



Cilt/Volume :3 Sayı/Issue :2 Yıl/Year :2017(Eylül)

ISSN-2149-6161

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND
STRATEGIES RESEARCH



İÇİNDEKİLER

HASTANELERDE DIŞ KAYNAK KULLANIMI YÖNTEMİYLE İSTİHDAM EDİLEN PERSONELİN PERFORMANSLARI HAKKINDA YÖNETİCİLERİN GÖRÜŞLERİ: ŞANLIURFA ÖRNEĞİ(1-13)

(Öğr. Gör. Dr. Hüseyin ERİŞ)

ENGELLİ BİREYLERİN SAĞLIK HİZMETİ ALIMINDA KARŞILAŞTIKLARI PROBLEMLER(14-24)

(Dr. Mustafa Kemal KÖRDEVE)

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA KARŞI İŞYERİ ŞİDDETİ (25-36)

(Merve Milet,Doç. Dr. Aygül Yanık)

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTANE KALİTE ÇALIŞMALARINA YÖNELİK GÖRÜŞLERİ VE KALİTE ALGISI (37-51)

(Meryem Örtlek ,Doç. Dr. Aygül Yanık,Dr. Ali Cengiz Kalkan,Sakine Topaloğlu,Ayten Kalaner,Öğr. Gör. Adnan Baç)

MERKEZİ HASTANE RANDEVU SİSTEMİNİN İŞLEYİŞİ ÜZERİNE BİR ALAN ARAŞTIRMASI(52-61)

(Dr. Mustafa Kemal KÖRDEVE,Belma Uzun,Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal)

INVESTIGATION OF THE FACTORS THAT SHAPE MEDICAL TOURISM: THE CASE OF TURKEY(62-72)

(Fedayi YAĞAR ,Sema DÖKME)

İTOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ MEVZUATINA BİR BAKIŞ(73-80)

(Yrd.Doç.Dr. Lütfi Saltuk DEMİR,Yrd.Doç.Dr. Yasemin DURDURAN,Yrd.Doç.Dr. Mehmet UYAR,Prof.Dr. Tahir Kemal ŞAHİN)

İLAÇ ENDÜSTRİSİNİN ELEŞTİREL ANALİZİ: ORJİNALE KARŞI JENERİK(81-93)

(Arş. Gör. Nazan KARTAL ,Arş. Gör. Murat KONCA)

İDİJİTAL İLAÇ PAZARLAMA UYGULAMALARI GELENEKSEL UYGULAMALARI YIKIYOR MU? HEKİMLERE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA(94-105)

(Prof. Dr. Sezer Korkmaz,Arş. Gör. Dr. Fatma Mansur,Arş. Gör. Dr. Dilek Uslu)

WEBOMETRİK SİRALAMASINDAKİ HASTANELERİN SOSYAL MEDYA KULLANIMI(106-118)

(Doç.Dr. Fatma LORCU,Şeyhmus DEMİR)

KLASİK, NEO-KLASİK ve MODERN YÖNETİM YAKLAŞIMLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BİR ANALİZ(119-134)

(Doç. Dr. Zekai ÖZTÜRK, Özlem Demir)

TIBBİ CİHAZ ÜRETİCİ FİRMALARI TARAFINDAN ISO 13485 KALİTE YÖNETİM SİSTEMİNİN UYGULANMASININ AVANTAJLARI(135-144)

(Doç. Dr. E. Asuman ATİLLA,Şenay ŞAT)

**HASTANELERDE DIŞ KAYNAK KULLANIMI YÖNTEMİYLE İSTİHDAM
EDİLEN PERSONELİN PERFORMANSLARI HAKKINDA YÖNETİCİLERİN
GÖRÜŞLERİ: ŞANLIURFA ÖRNEĞİ**

**DIRECTOR ASSESSMENT UPON THE PERFORMANCE OF THE PERSONNELS
EMPLOYED IN THE HOSPITALS BY OUTSOURCING METHOD: SANLIURFA
EXAMPLE**

Öğr. Gör. Dr. Hüseyin ERİŞ
Harran Üniversitesi
erisharran@hotmail.com

Özet

Bu araştırmada, Şanlıurfa il genelinde bulunan toplam 16 kamu hastanesinde görev yapan 302 yöneticinin Dış Kaynak Kullanımı (DKK) yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkındaki görüşleri değerlendirilmiştir. Araştırmada, 302 hastane yöneticisine anket dağıtılmış, % 81'inin (245 yönetici) ankete katıldıkları tespit edilmiştir. Analizlerde; önce faktör analizi kullanılarak, ölçekte alt boyutlarda yer alan ifadelerin birbirini destekleyip desteklemediğine bakılmıştır. Araştırma sonunda ölçeğin alt boyutlarının ortalaması; iletişim becerileri (3,45), Planlama ve Organize Etme Becerileri (3,53), Mesleki İş Bilgisi Ve Yeterliliği (3,48), Kurumsal Bilgi (3,34), Motivasyon (3,19), İş Disiplini ve etiği (3,60), Hasta/Yakınları ve Diğer Çalışanlarla İlişkiler (3,73) ve İş Kalitesi ve Hedeflere Ulaşma (3,54) olarak tespit edilmiştir. Ayrıca araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin % 71'i DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performansından ve %62'si ise kendi hastanelerinde çalışmalarından dolayı memnun olduklarını belirtmiştir.

Anahtar Kelimeler: Dış Kaynak Kullanımı, Sağlık Hizmetleri, Devlet Hastaneleri, İnsan Kaynakları Yönetimi

Abstract

In this study, the opinions of 302 directors which work in 16 hospitals in Sanliurfa and its districts upon the performance of the personnels employed by outsourcing method have been evaluated. In the study, surveys have been applied to 302 hospital directors and it has been detected that 81% of them all have participated to the survey. In the analysis first it is monitored by doing a factor analysis whether the items that are used support one another. At the end of the study, the sub-dimension average of the scale has been detected as follows: communication skills (3.45), Planning and organizing skills (3.53), Knowledge and Efficiency of the Profession (3,48), Corporate Knowledge (3,73), Motivation (3,19), Occupational Discipline and Ethics (3,60), Relations with Patients/ Patient's relatives and Other Staff (3,73) and Business Quality and Reaching to the Targets (3,54). Moreover 71% of the participant directors have stated that they are content of the personnel employed by outsourcing method and 62% of them are content of the staff working in their own hospitals..

Key Words: Outsourcing, Health Services, State Hospitals, Human Resources Management.

GİRİŞ

Dış kaynak kullanımı kavramı; işletme ve işletmenin içsel olarak elde ettiği hizmet ya da süreçleri temin eden bir veya daha fazla tedarikçi arasındaki sözleşmeye dayanan uzlaşma olarak tanımlanabilmektedir (Öztürk ve Sezgili, 2002). Bu yönüyle DKK; işletmelerin sadece kendi sahip oldukları yetenekleri ve kapasiteleri ile yetinmeyip, öz ya da temel yeteneklerinin yetersiz kaldığı durumlarda işletme dışından

ve kendi alanında uzman olan başka işletmelerden destek almasını ifade etmektedir (Gümüşay & Şahin ve Berberoğlu, 2011). İşletmeler faaliyetlerini, yenilikçi bir anlayışla ve gelişmeleri yakından takip ederek yürütmek zorundadırlar. Böylelikle, DKK ile yeteneklerini ve kaynaklarını çok daha etkin ve verimli bir şekilde kullanma olanağına sahip olurlar. Bu kapsamda işletmelerin DKK adına hareket etmeleri, stratejik yönetim anlayışının doğal bir sonucu olarak görülmektedir. DKK'nın günümüzde yaygınlaşmasının temelinde yer alan gelişmelerin başında küreselleşme, hızlı değişim süreci, rekabetin artması ve teknolojik gelişmelerin olduğu söylenebilir (Segouin, Hodges & Brechat, 2005; Dhar & Balakrishnan, 2006; Aris, Arshad & Mohamed, 2008; Crow & Muthuswamy, 2013):

DKK'nın işletmeler için sağladığı birtakım avantajlar şu şekilde sıralanabilir (Oza & Hill, 2007; Christina, 2013; Boşcor & Băltescu, 2014; Jacobson, 2004: 21; Kremic, Icmeli – Tukul & Rom, 2006; Tayauova, 2012; Cox, Roberts & Walton, 2011).

- DKK, işletmenin temel yeteneklerine odaklanabilmesini sağlamaktadır.
- DKK, işletme maliyetlerinin öngörülebilmesini ve düşürülmesini sağlamaktadır.
- DKK, hizmet kalitesi ve standartları ile müşteri memnuniyetinin artırılmasını sağlamaktadır.
- DKK, işletmelere süreç yenileme kapsamında avantaj sağlamaktadır.
- DKK, işletmelerin geniş ve esnek kaynak havuzuna sahip olmalarını ve işletmeler için kaynak sürekliliği sağlamaktadır.
- DKK, işletme tarafından yerine getirilen faaliyetlerin sınıflandırılmasını sağlayarak, daha etkili bir yönetim anlayışı doğrultusunda hareket edilmesini sağlar.
- DKK, işletme tarafından yerine getirilen faaliyetlerin sınıflandırılması ve bu doğrultuda bazı faaliyetlerin dışarıdan temin edilmesi neticesinde söz konusu olan küçülmeye karşılık, işletmenin temel faaliyetleri noktasında daha esnek hareket edilmesini sağlar.

DKK'nın, işletmeler için avantajları olduğu gibi dezavantajları da bulunmaktadır. DKK'nın işletmeler için söz konusu olan birtakım dezavantajları şu şekilde sıralanabilir (Troacă & Bodislav, 2012; MacCormack, Forbath, Brooks & Kalaher, 2007; Al – Khachroum & Kennawi, 2010; Hila & Dumitraşcu, 2014; Felea, 2011; Pirannejad, Salami & Mollae, 2010; Iqbal & Dad, 2013).

- DKK, ek kontrol maliyetlerinin ortaya çıkmasına,
- DKK, dışarıdan temin edilen işletme faaliyetleri üzerindeki kontrolün kaybedilmesine
- DKK, esneklik kaybına,
- DKK, nitelsiz tedarikçi işletmeler nedeniyle işletme başarısının düşmesine,
- DKK, sözleşme hükümlerinin yerine getirilmemesi doğrultusunda işletme faaliyetlerinin aksamasına ve
- DKK, işletme yeteneklerinin kaybedilmesine neden olabilmektedir.

Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı

Hizmet alanında faaliyet gösteren sağlık sektörünün / hastanelerin, en önemli kaynağı kuşkusuz insan gücüdür. Emek yoğun çalışan hastaneler, nitelikli eğitim almış, profesyonel insan gücü olmadan varlıklarını devam ettiremezler. Ayrıca hastane giderlerinin en önemli kalemini personel giderleri oluşturduğundan, insan kaynağı yönetimi hastaneler için çok önemli bir rol oynamaktadır. Genel olarak tüm işletmelerde olduğu gibi hastanelerde de farklı nedenlere bağlı olarak DKK tercih edilmektedir. Bu kapsamda hastanelerde DKK genel olarak; organizasyonel, mali, kalite, insan kaynakları yönetimi, finansal, teknolojik, pazarlama ve yasal zorunluluktan kaynaklanan nedenlere bağlı olarak kullanımı gündeme gelmektedir. Hastanelerde etkin bir şekilde kullanılan DKK'nın faydaları çeşitli yazarlarca şu şekilde belirtilmiştir (Karahana, 2009; Vuorenkoski & Mikkola, 2007; Guimarães & de Carvalho, 2011; Lorence & Spink, 2004);

- Rekabet avantajı elde edilmesine,
- Esnek, etkili, hızlı ve çağdaş bir yönetim anlayışına sahip olunmasına,
- Hastanenin verimliliğinin artırılmasına, kaynak ve zaman tasarrufu sağlanmasına,
- Hasta ve çalışanların memnuniyetlerinin artırılmasına,
- Hastane maliyetlerinin/giderlerinin azaltılmasına,
- Hastanenin sağlık hizmetlerine odaklanmasına,
- Gelişen tıp teknolojilerinden yararlanılabilmesine,
- Hizmet kalitesinin artırılmasına,
- Hastane risklerinin azaltılmasına,
- Hastanenin başarısının artırılmasına,
- Hastane kaynaklarının etkin dağılımına
- Yatırım harcamalarının azaltılmasına,
- Hastanenin faaliyetlerine yönelik karar alma süreçlerinin hızlandırılmasına katkı sağlamaktadır.

Hastanelerde dış kaynak kullanılmasında kimi zaman bu nedenlerin bir ya da birkaçı etkili olabilmekteyken, kimi zamanda söz konusu edilen bu nedenler ve faydaların tümüne yönelik olarak DKK yoluna gidebilmektedir. Ayrıca sağlık sektöründe etkin bir şekilde DKK kullanılmasına karşın,

Demir (2015) tarafından, Ankara’da faaliyet gösteren 39 hastanede çalışan yöneticilere yönelik bir araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaya katılan 158 hastane yöneticisinin %41’inin DKK kullanımı hakkında bilgi sahibi olmadıkları tespit edilmiştir (Demir, 2015).

Türkiye’de Kamu Hastanelerinde DKK Kullanımı Ve Alanları

Kamu hastaneleri de diğer işletmeler gibi ihtiyaçları olan, kaynakları çevreden temin ederek, bunları sağlık hizmeti sürecine dönüştürmekte ve ihtiyacı olanlara sunmaktadır. Fakat kamu hastanelerinin diğer kamu kurumlarından ayrılan en önemli özelliği daha karmaşık yapıda örgütler olmaları ve ihtiyaçlarını karşılamak için devlet tarafından belirlenen kanunlara uymak zorunda olmalarıdır. Kamuya ait hastanelerin ihtiyaçlarını dışarıdan temin edebilmeleri için, 04.01.2002 tarihinde kabul edilen, 22.01.2002 tarihli 24648 sayılı resmi gazetede yayımlanan ve 01.01.2003 tarihinde yürürlüğe giren 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu (KİK) yürürlüğe girmiştir. 4734 sayılı KİK’in amacı ise kamu hukukuna tabi olan veya kamunun denetimi altında bulunan veyahut kamu kaynağı kullanan kamu kurum ve kuruluşlarının yapacakları ihalelerde uygulanacak esas ve usulleri belirlemektir.

Hastanelerde, alanında uzman personelin istihdam edilmesi, hizmet kalitesinin artırılması, hasta tatmini ve memnuniyeti düzeyinin de artırılmasını sağlayacaktır. DKK yolu ile hastanelerde istihdam edilen personelin alanındaki uzmanlığı da işlerin daha hızlı, etkin, kaliteli ve verimli bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlayacağı söylenebilir. Rigoli ve Dussault, DKK yoluyla istihdam edilen personelin hizmet sunumu sürecinde yarattığı etkinin, genel olarak hastane personelinin motivasyon düzeyinin artmasını sağlayacağı ve verimlilik artışını beraberinde getireceğini ifade etmişlerdir (Rigoli & Dussault, 2003; Yıldırım, 1994: 69).

Konu ile ilgili olarak 05.05.2004 Tarih ve 25453 Sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller” kapsamında; eczane, hemşirelik, odyometri, teknisyenlik gibi birtakım kadrolara eleman alınması öngörülmüş olunmasına karşın, Danıştay 5. Hukuk Dairesi’nin 22.11.2004 Tarih ve Esas 2004/4439 Sayılı Kararı ile bu yürütmenin durdurulmasına karar verilmiştir. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı, 13.01.2005 tarihli Tebliği ile bu yöndeki alımlarını durdurmuştur (Hizmet Satın Alımı İle İlgili Danıştay Kararı, 2015).

Bu esaslar çerçevesinde kamu hastanelerinde, etkin ve verimli olarak kullanılmayan bir bölümün verimliliğini artırmak, yıpranmış ya da eski teçhizatı ve ekonomik ömrünü tamamlamış cihazların kaynak kullanımında bulunulmadan yenilenmesinde bir yöntem olarak ele alınan DKK, şu alanlarda kullanılmaktadır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012; Karahan, 2009; Vuorenkoski & Mikkola, 2007).

- Temizlik / çamaşır hizmetleri
- Yemek pişirme / sunum hizmetleri
- Güvenlik hizmetleri
- Hasta bakıcılığı hizmetleri
- Tıbbi görüntüleme hizmetleri
- Tıbbi laboratuvar hizmetleri
- Hastane otomasyon / yazılım hizmetleri
- Hastane bilgi işlem / tıbbi sekreterlik hizmetleri
- Tıbbi cihaz kiralama
- Personel taşıma hizmetleri
- Danışmanlık hizmetleri
- Muhasebe ve finans hizmetleri
- Bakım ve onarım hizmetleri
- Kantin / kafeterya hizmetleri
- Otopark
- Haşere / böcek ilaçlama.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Amacı: Bu çalışmanın amacı, Şanlıurfa Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı 15 Hastane ile Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkında yönetici görüşlerini değerlendirmektir.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme: Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa il ve ilçelerinde, Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı bulunan 15 devlet hastanesi ile Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi olmak üzere toplam 16 hastanede görev yapan 302 hastane yöneticisi oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem grup seçilmemiş olup, evrendeki 302 tane hastane yöneticisinin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Genel uygulamada 302 hastane yöneticisine dağıtılan anketlere, % 81'inin (245 yönetici) ankete katıldıkları tespit edilmiştir.

Araştırmanın Varsayımları: Araştırma, Türkiye geneli bir çalışma olmayıp, sadece araştırmanın yapıldığı Şanlıurfa'daki kamu hastanelerinde DKK yöntemiyle istihdam edilen personeller hakkındaki hastane yöneticilerinin görüşlerini yansıtmaktadır. Ayrıca Şanlıurfa'da faaliyet gösteren özel hastaneler bu araştırmaya dahil edilmemiştir. Bunun yanı sıra, bu araştırmada elde edilen sonuçların, genel olarak gelecekte yapılacak araştırmalara ve DKK yoluyla personel istihdam edecek hastanelere bilgi sağlayabileceği varsayılmaktadır. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin araştırmadaki ifadeleri doğru anladıkları ve doğru cevap verdikleri kabul edilmektedir.

Veri Toplama Aracı: Araştırma, anket esasına dayalı bir alan araştırmasıdır. Araştırmada kullanılacak ölçüm aracını oluşturmak amacıyla ülkemizde ve dünyada yapılan yayınlar araştırılıp, incelenmiş ve hastanelerde çalışan hastane yöneticileri ile akademisyenlerin görüşlerine başvurularak, çalışmanın amacına uygun bir anket geliştirilmiştir. Pilot uygulamada hastane yöneticilerinin görüşleri, önerileri doğrultusunda anket üzerinde gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Böylelikle 8 alt boyut ve 54 ifadede oluşan performans anketi ortaya konulmuştur. Anket, "İletişim Becerileri (4 ifade)", "Planlama ve Organize Etme Becerileri (5 ifade)", "Mesleki İş Bilgisi ve Yeterliliği (10 ifade)", "Kurumsal Bilgi (3

ifade)", "Motivasyon (13 ifade)", "İş Disiplini ve Etiği (10 ifade)", "Dış İlişkiler ve Hasta Odaklılık (6 ifade)" ile "İş kalitesi ve Hedeflere Ulaşma (3 ifade)" olarak belirlenen sekiz alt boyuttan oluşmaktadır. Ankete "doğrusal faktör analizi" uygulanarak, hem yapısal geçerliliği hem de her bir alt boyuttaki ifadelerin performans ölçümündeki etkileri incelenmiştir. Ankette yer alan her bir ifade 5'li Likert ölçeğine göre hazırlanmış olup; "Kesinlikle Katılmıyorum (1)", "Katılmıyorum (2)", "Kararsızım (3)", "Katılıyorum (4)" ve "Kesinlikle Katılıyorum (5)" ifadeleri yer verilerek oluşturulmuştur.

Araştırma yapılmadan önce Gazi Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 26.02.2015 tarihinde verilen "Etik İlkelerine Uygun" kararı alınmıştır. Araştırmanın Şanlıurfa ili genelinde yapılabilmesi için gerekli izin yazıları 13.03.2015 tarihinde Kamu Hastaneleri Şanlıurfa Genel Sekreterliği'nden ve 13.03.2015 tarihinde de Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliğinden alınmıştır. Araştırma anketi, 16.03.2015 – 13.04.2015 tarihleri arasında uygulanmıştır. Genel olarak hastane yöneticilerine çalışma hakkında bilgi verilerek 302 hastane yöneticisine anket dağıtılmış ve 245 (%0,81) hastane yöneticisi anketleri doldurmuştur.

Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliklerine İlişkin Bilgiler: Araştırmada kullanılan ölçeğin Cronbach Alpha (α) katsayısı 0,90'dır. Buda kullanılan ölçme aracının güvenilir olduğunu gösterir. Ayrıca araştırmada kullanılan ölçeğin alt boyutları için doğrusal faktör analizi uygulanmış ve doğrusal faktör uygulanan 8 alt boyuttan sadece motivasyon alt boyutunda ifadelerin farklı boyutlarda toplandığı tespit edilmiştir. Bu sebepten bu çalışmada sadece motivasyon alt boyutuna ait faktör analizi ve faktör analizi yükleri ile ifadelerin motivasyon alt boyutuna etkileri verilmiştir.

Tablo 1'de motivasyon alt boyutu üzerine yapılan faktör analizi için test istatistiği ve açıklayıcı istatistikler verilmiştir.

Tablo 1: Motivasyon Alt Boyutu Üzerine Yapılan Faktör Analizi İçin Test İstatistiği Ve Açıklayıcı İstatistikler

Açıklanan Varyans (%)	63,127
Cronbach's Alpha	0,882
KMO	0,868
Bartlett's Test	1485,711 (p=0,000)

Motivasyon boyutuna ait 13 maddenin tek boyutta toplanıp toplanmadığını incelemek için açıklayıcı faktör analizi yapılmış ve bulgular tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Motivasyon Alt Boyutu Üzerine Yapılan Faktör Analizinin Faktör Yükleri

Sıra no	Motivasyon Alt Boyutuna Ait Sorular	1	2	3
1	Hastanenin fiziki çalışma koşulları ve iş ortamı, hastaneye istekli gelmelerini sağlar	,747	-,016	-,201
2	Görevde yükselme imkânlarının olması, yüksek motivasyonla çalışmalarını sağlamaktadır.	,760	,028	-,224
3	Hastanede sosyal imkânlarının (yemek, servis, lojman, ikramiye, kreş vb.) sunulması, daha istekli çalışmalarını sağlamaktadır.	,742	-,079	-,200
4	Kendilerini hastaneye ait hissettiklerinden dolayı daha istekli çalışmaktadırlar	,823	,083	-,167
5	Eşit işe eşit ücret ilkesi uygulandığından, çalışma motivasyonları yüksektir.	,697	,367	-,036

6	Aldıkları ücret, hastanede aynı veya benzer işi yapan kadrolu personelle aynı olduğundan motivasyonları yüksektir.	,581	,596	,066
7	Aldıkları ücret, piyasa koşullarına uygun olduğundan performanslarını olumlu yönde etkilemektedir	,480	,693	,145
8	Yasal izinlerini kullanabildikleri için motivasyonları olumlu etkilenmektedir.	,623	,290	,227
9	Mesai bitiminde, maddi beklenti olmadan, işlerini bitirip öyle giderler.	-,026	,106	,683
10	İşlerini benimsemişlerdir ve severek yaparlar	,686	,005	,158
11	Ciddi bir hata yapmadığı müddetçe, iş güvencesinin olması sebebiyle kendini daha güvende hissederler.	,676	-,051	,455
12	Amirleri tarafından takdir edilmeleri, maddi ödül verilmesi çalışma isteklerini olumlu etkiler	,613	-,370	,464
13	İşlerini yapmaları için gerekli araç ve gereçlerin olması daha istekli çalışmalarını sağlar.	,671	-,396	,346

Motivasyon boyutuna ait 13 maddenin tek boyutta toplanıp toplanmadığını incelemek için açıklayıcı faktör analizi yapılmış, bulgular tablo 1 ve tablo 2’de verilmiştir. Yapılan analize göre motivasyon alt boyutundaki ifadelerin üç farklı boyutta toplandığı tespit edilmiştir. Üç farklı alt boyutun ortaya çıkmasında anketteki motivasyon alt boyutundaki, 6, 7, 11, 12 ve 13 numaralı ifadelerin etkili olduğu görülmüştür. Bu bulguya dayanarak motivasyon alt boyutundan 6, 7, 11, 12 ve 13 numaralı ifadeler çıkarılmış ve motivasyon alt boyutu 13 ifadeden 8 ifadeye indirilerek, araştırmada kullanılmıştır.

Tablo 3’de, 5 ifade çıkartıldıktan sonra uygulanan doğrulayıcı faktör analizi modeline göre motivasyon alt boyutuna ait ifadelerin, motivasyon alt boyutuna etkileri verilmiştir.

Tablo 3: Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeline Göre Motivasyon Alt Boyutuna Ait İfadelerin, Motivasyon Alt Boyutuna Etkileri

Sıra No	5. Motivasyon	Tahmin	Standart hata	Kritik değer	P	Standart tahmin
23	Hastanenin fiziki çalışma koşulları ve iş ortamı, hastaneye istekli gelmelerini sağlar	1				0,745
24	Görevde yükselme imkânlarının olması, yüksek motivasyonla çalışmalarını sağlamaktadır.	1,082	0,097	11,109	***	0,719
25	Hastanede sosyal imkânlarının (yemek, servis, lojman, ikramiye, kreş vb.) sunulması, daha istekli çalışmalarını sağlamaktadır.	0,983	0,097	10,125	***	0,667
26	Kendilerini hastaneye ait hissettiklerinden dolayı daha istekli çalışmaktadırlar	1,134	0,087	12,983	***	0,833
27	Eşit işe eşit ücret ilkesi uygulandığından, çalışma motivasyonları yüksektir.	0,949	0,099	9,634	***	0,629
30	Yasal izinlerini kullanabildikleri için motivasyonları olumlu etkilenmektedir.	0,827	0,093	8,88	***	0,583
32	İşlerini benimsemişlerdir ve severek yaparlar	0,885	0,081	10,923	***	0,708
33	Ciddi bir hata yapmadığı müddetçe, iş güvencesinin olması sebebiyle kendini daha güvende hissederler.	0,762	0,079	9,693	***	0,633

Tablo 3 incelendiğinde bütün maddelerin boyut üzerindeki etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Motivasyon boyutu üzerinde en etkili (belirleyiciliği en yüksek) olan maddenin 26. İfadedeki “Kendilerini hastaneye ait hissettiklerinden dolayı daha istekli çalışmaktadırlar” ifadesi; en az etkili maddenin ise 30. ifadedeki “Yasal izinlerini kullanabildikleri için motivasyonlarını olumlu etkilenmektedir.” ifadesi olduğu görülmektedir.

Doğrulamalı faktör analizine göre boyutlar arasındaki korelasyon katsayıları tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4: Doğrulamalı Faktör Analizi Modeline Göre Ölçekte Boyutlar Arasındaki Korelasyon Katsayıları

		İletişim Becerileri	Planlama ve Organize Etme	Mesleki İş Bilgisi ve Yeterliliği	Motivasyon	İş Disiplini ve Etiği	Hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler	İş kalitesi ve hedeflere ulaşma
İletişim beceriler	Kovaryans	0,698	0,712	0,602	0,489	0,515	0,539	0,507
	Korelasyon	0,965	0,862	0,721	0,631	0,721	0,739	0,752
Planlama ve organize etme	Kovaryans		0,668	0,565	0,445	0,506	0,509	0,489
	Korelasyon		0,923	0,759	0,644	0,796	0,782	0,814
Mesleki iş bilgisi ve yeterliliği	Kovaryans			0,733	0,503	0,578	0,551	0,517
	Korelasyon			0,877	0,648	0,809	0,755	0,766
Kurumsal bilgi	Kovaryans				0,524	0,540	0,544	0,535
	Korelasyon				0,657	0,735	0,725	0,771
Motivasyon	Kovaryans					0,486	0,484	0,461
	Korelasyon					0,713	0,694	0,716
İş disiplini ve etiği	Kovaryans						0,541	0,501
	Korelasyon						0,843	0,845
İş kalitesi ve hedeflere ulaşma	Kovaryans							0,539
	Korelasyon							0,889

Tablo 4 incelendiğinde elde edilen bulgulara göre; boyutlar arasındaki bütün korelasyonların istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü olduğu görülmektedir. Korelasyon katsayılarına göre en yüksek ilişki; ‘iletişim becerileri’ boyutuyla ‘planlama ve organize etme’ boyutu arasında, en düşük ilişki ise ‘iletişim becerileri’ boyutuyla ‘motivasyon’ boyutu arasında gerçekleşmiştir.

Araştırma bulguları

Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin sosyo – demografik özellikleri tablo 5’de verilmiş ve yorumlanmıştır.

Tablo 5: Araştırmaya Katılan Hastane Yöneticilerinin Sosyo – Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Değişkenler	Toplam		Demografik Özellikler	Değişkenler	Toplam	
		Sayı	%			Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	123	50,20	Meslek	Hekim	44	17,96
	Erkek	122	49,80		Hemşire/ebe	116	47,35
Yaş Grupları	18 – 30 yaş	69	28,16		Sağlık Yöneticisi	35	14,29
	31 – 35 yaş	73	29,79		Sağ. Tek.	25	10,20
	36 – 40 yaş	65	26,53		Diğer	25	10,20
	41 yaş ve üzeri	38	15,52		Hastanedeki Yöneticilik Görevi	Başhekim/ Yrd.	27
Eğitim	Lise	39	15,92	Hastane Müd./ Yrd.		39	15,91
	Önlisans	48	19,59	Servis Sorumlusu		100	40,82
	Lisans	100	40,81	Diğer		79	32,25

	Tıp,Diş Hekimi	43	17,55	Hastanedeki Yöneticilik Süresi	0 – 4 Yıl	168	68,57
	Yüksek lisans ve Doktora	15	6,12		5 – 10 Yıl	56	22,86
	Toplam	245	100,00		11 Yıl ve Üzeri	21	8,57
					Toplam	245	100,00

Tablo 5 incelendiğinde, araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin % 50,2’sinin kadın, % 49,8’inin erkek; yaş grupları açısından % 28,16’sının 18 – 30 yaş grubunda; % 29,79’unun 31 – 35 yaş grubunda; % 26,53’ünün 36 – 40 yaş grubunda ve % 15,52’sinin 41 yaş ve üzeri grubunda; eğitim açısından % 15,92’sinin lise, % 19,59’unun önlisans, % 40,81’inin lisans, % 17,55’inin tıp, uzman hekim ve diş hekimi, % 6,12’sinin yüksek lisans ve doktora grubunda; meslek açısından, % 17,96’sının hekim, % 47,35’inin hemşire/ebe, % 14,29’unun işletmeci ve sağlık yöneticisi, % 10,20’sinin sağlık teknikeri/teknisyeni ve % 10,20’sinin diğer meslek grubunda; yöneticilerin hastanedeki yöneticilik görevleri açısından, % 11,02’sinin başhekim ve başhekim yardımcısı, % 15,91’inin hastane müdür ve hastane müdür yardımcısı, % 40,82’sinin servis sorumlusu ve % 32,25’inin diğer grubunda; hastanedeki yöneticilik süreleri açısından, ankete katılan yöneticilerin % 68,57’sinin 0 – 4 yıl, % 22,86’sının 5 – 10 yıl, % 5,57’sinin ise 11 yıl ve üzeri grubunda oldukları tespit edilmiştir.

DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkında hastane yöneticilerinin görüşlerine ait ortalamalar tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6: Dış Kaynak Kullanımı Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansları Hakkında Hastane Yöneticilerinin Görüşlerine Ait Ortalama Değerler

No	Alt Boyutlar	Sayı	Ortalama
1	İletişim Becerileri	245	3,45
2	Planlama ve Organize Etme Becerileri	245	3,53
3	Mesleki İş Bilgisi Ve Yeterliliği	245	3,48
4	Kurumsal Bilgi	245	3,34
5	Motivasyon	245	3,19
6	İş Disiplini ve Etiği	245	3,60
7	Hasta/Yakınları ve Diğer Çalışanlarla İlişkiler	245	3,73
8	İş Kalitesi ve Hedeflere Ulaşma	245	3,54

Tablo 6’de, araştırmada incelenen alt boyutların ortalamalarına bakıldığında, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkında hastane yöneticilerinin, “kurumsal bilgi” (ort:3,34) ve “motivasyon” (ort:3,19) alt boyutlarında kararsız oldukları görülmektedir. Araştırmada incelenen diğer altı alt boyuttaki ifadeler ise genel olarak katıldıkları ve olumlu görüş bildirdikleri tespit edilmiştir. Yani hastane yöneticileri, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin iletişim becerileri, planlama ve organize etme becerileri, mesleki iş bilgisi ve yeterliliği, iş disiplini ve etiği, hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla ilişkiler, iş kalitesi ve hedeflere ulaşma alt boyutlarında ifade edilen DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performanslarından memnun olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 7’de hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle çalışan personelin performansından dolayı memnun olup olmadıkları hakkındaki görüşlerine yer verilmiştir.

Tablo 7: Hastane Yöneticilerinin, Dış Kaynak Kullanımı Yöntemiyle İstihdam Edilen Personelin Performansından Memnuniyetleri Hakkındaki Görüşleri

	Sayı	%
Evet	173	70,6
Hayır	37	15,1
Kararsızım	35	14,3
Toplam	245	100,0

Tablo 7’de, araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin % 70,6’sı DKK yöntemiyle çalışan personelin performansından memnun olduklarını, % 14,3’ü kararsız olduğunu ve % 15,1’i ise memnun olmadığını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin büyük bir çoğunluğu, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performansından memnun olduklarını, küçük bir grup ise memnun olmadığını belirtmiştir.

Tablo 8’de hastane yöneticilerinin, DKK yöntemiyle çalışan personelin kendi hastanelerinde çalışmalarından dolayı memnun olup olmadıkları hakkındaki görüşlerine yer verilmiştir.

Tablo 8: Hastane Yöneticilerinin, Dış Kaynak Kullanımı Yöntemiyle Çalışan Personelin Kendi Hastanelerinde Çalışmalarından Dolayı Memnuniyetleri Hakkındaki Görüşleri

	Sayı	%
Evet	151	61,6
Hayır	41	16,7
Kararsızım	53	21,6
Toplam	245	100,0

Tablo 8’de, araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin % 61,6’sı DKK yöntemiyle çalışan personelin kendi hastanelerinde çalışmalarından memnun olduklarını, % 16,7’sinin kararsız olduğu ve % 21,6’sının ise memnun olmadığını tespit edilmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma, Şanlıurfa il ve ilçelerinde, Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı bulunan 15 devlet hastanesi ile Harran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi olmak üzere toplam 16 hastanede çalışan 302 hastane yöneticisi arasında yapılmıştır. Genel uygulamada 302 hastane yöneticisine anket dağıtılmış, 245 hastane yöneticisinin (% 0,81) ankete katıldıkları tespit edilmiştir. Bu sebepten, araştırmayı Türkiye’ye genelleme yapmamız mümkün değildir.

Literatürde Sağlık kurumlarında DKK ile ilgili bazı çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalara bakıldığında; Yalçın ve arkadaşları tarafından (2011) “Kamu Hastanelerinde Dış Kaynak Kullanımı: Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği”; Akyürek tarafından (2013) “Türk Sağlık Sisteminde Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Yasal Altyapısı”; Karahan tarafından (2009) “Dış Kaynak Kullanımının Verimlilik Üzerine Etkisi (Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma)” gibi araştırmalar olduğu görülmektedir. Yine literatür taramasında DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin çalışma koşulları ve iş güvenliği gibi konularda çeşitli çalışmalara ulaşılmaktadır. Bu çalışmalardan bazıları şunlardır: İzgi ve Türkmen tarafından (2012) “Akdeniz Üniversitesi’nde taşeron sağlık işçilerinin işçi sağlığı ve iş güvenliği durum tespiti”; Akyürek ve Arkadaşları tarafından yapılan “Buzdağının Görünmeyen Kısmı: İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarının Yönetimsel Yansımaları”; Ulukan ve Yılmaz tarafından (2016) “Kamu Sağlık Sektöründe Çalışan Taşeron Kadın İşçiler: Samsun ve Ordu İli Örneği” gibi. Fakat literatürde DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performansı ile ilgili yapılmış çalışmaya

rastlanılmadığı için, bu çalışma ile doğrudan bir karşılaştırma yapılamamıştır. Bu araştırmanın, ileride bu konuda çalışma yapacaklar için veri teşkil edeceğinden yararlı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu araştırmada, DKK kullanımıyla istihdam edilen personel ile kadrolu çalışan personelin performanslarını karşılaştırmaya yönelik bir çalışmada yapılmamıştır.

Bu çalışmanın amacı, Şanlıurfa Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastaneler ile Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkında yönetici görüşlerini değerlendirmektir.

Araştırmada kullanılan ölçeğin alt boyutları arasındaki korelasyon ilişkilerine (tablo 4) bakılmış ve bütün alt boyutların birbirleri ile anlamlı ve pozitif yönde bir ilişkiye sahip olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada incelenen alt boyutların ortalamalarına bakıldığında (Tablo 6), DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performansları hakkında hastane yöneticilerinin, “kurumsal bilgi” (ort:3,34) ve “motivasyon” (ort:3,19) alt boyutları konularında kararsız oldukları, diğer altı alt boyuttaki (Ort: 3,45 – 3,73) ifadeler ise genel olarak katıldıkları tespit edilmiştir. Hastane yöneticilerinin “Motivasyon ve kurumsal bilgi” alt boyutlarında kararsız olmalarını, işçilere sunulan sosyo ekonomik imkanların, işçilerin çalışma düzeylerini arttıracak düzeyde olmaması yani asgari seviyede kalmasına bağlanabilir. Ayrıca DKK yoluyla istihdam edilen personelin çalıştıkları hastanelere bağlılık/aidiyet seviyelerinin de düşük olması (Eriş, Öztürk ve Arslan, 2017), hastane yöneticilerinin, personelin motivasyon ve kurumsal bilgi boyutları konusunda kararsız olmalarına etki ettiği düşünülmektedir.

Sonuç olarak araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin % 70,6’sı (tablo 7) DKK yöntemiyle çalışan personelin performansından, % 61,6’sı (tablo 8) ise kendi hastanelerinde çalışmalarından dolayı memnun olduklarını belirtmişlerdir. Yani araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin büyük bir çoğunluğu, DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin performansından ve kendi hastanelerinde çalışmalarından dolayı memnun olduklarını, küçük bir grup ise memnun olmadıklarını belirtmiştir. Sezer (2009) tarafında yapılan çalışmada ise DKK yoluyla alınan hizmetlerin iki hastanede çalışan personelin beklentilerini karşılamadığı tespit edilmiştir (Sezer, 2009). Yiğit (2004) tarafından yapılan çalışmada ise hastanelerin DKK uygulaması ile hizmet alma nedenleri arasında, hastanenin performansını yani hizmet kalitesini artırma çabası olduğu belirtilmektedir (Yiğit, 2004). Yani DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin, hastanenin sağlık hizmetleri sunumunda daha kaliteli hizmet vermede yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda kamu hastanelerinde çalışan hastane yöneticilerine yapılabilecek öneriler aşağıda sunulmuştur.

- DKK yöntemiyle istihdam edilen personelin sosyal imkânları (yemek, servis, lojman, kreş vb.) artırılarak, yasal izinlerinin kullanılması sağlanmalı, fiziki çalışma ortamlarının daha uygun duruma getirilerek, kendilerine dinlenme ve kıyafetlerini değiştirebilecekleri odaların verilmesi gibi imkanlar sunularak, personelin motivasyonları artırılabilir.
- DKK yöntemiyle çalışan personel, mesleki iş bilgi ve yeterliliği konusunda desteklenmeli ve gerekli görülen durumlarda personel konu ile ilgili eğitimlere tabi tutulmalıdır. Personelin yaptıkları işle ilgili sorunların tespit edilmesi ve çözülmesi, yaptıkları işlerin kayıtlarını doğru tutma ve bireysel gelişimleri için personele eğitimler verilmelidir.
- DKK yöntemiyle istihdam edilen personelinin aidiyet duygularını geliştirmek, yaptıkları işin önemine sahip olmalarını sağlamak için hastanenin misyon, vizyon, amaç ve kalite politikaları hakkında personele gerekli hizmet içi eğitim verilmeli ve personelin benimsemesi için çalışmalar yapılmalıdır.
- Hastaneler, DKK yöntemiyle istihdam ettikleri personelden daha fazla verim almak istiyorsa, hizmet alımı teknik şartnamesini ihtiyaçlar doğrultusunda hazırlamalı, detaylar açıklanmalı ve hizmet sağlayıcısı firmanın yeterliliği tespit edilmelidir.

KAYNAKÇA

- Akyürek Ç.E. ; Toygar Ş.A.; Eriş H. ; Top M. “Buzdağının Görünmeyen Kısmı: İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarının Yönetimsel Yansımaları”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2011; 4(2):125-149.
- Akyürek. Ç. E., (2013) Türk Sağlık Sisteminde Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Yasal Altyapısı, Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt 12, Sayı 2, 2013
- Al – Khachroum, M. M. and Kennawi, W. (2010). “Readiness of Organizations for Outsourcing the Human Resources Activities (Applied at Industrial Organizations in the City of Aleppo)”. Journal of Academic Researches and Studies,2(3), November, 16 – 34.
- Aris, S. R. H. S., Arshad, N. H. and Mohamed, A. (2008). “Conceptual Framework on Risk Management in IT Outsourcing Projects”. Faculty of Information Technology and Quantitative Science (FTMSK), 4(5), 816 – 831.
- Boşcor, D. and Băltescu, C. (2014). “Romania’s Competitive Advantages on the Global Outsourcing Market”. Bulletin of the Transilvania University of Braşov, Series V: Economic Sciences, 7 (56 – 1), 149 – 154.
- Christina, A. (2013). “Human Resource Outsourcing: A Boon or Bane”. National Monthly Refereed Journal of Research in Commerce & Management, 2(4); 142 – 148.
- Cox, M., Roberts, M. and Walton, J. (2011). “IT Outsourcing in the Public Sector: Experiences Form Local Government”. Electronic Journal Information Systems Evaluation, 14(2); 193 – 203.
- Crow, G. B. and Muthuswamy, V. (2013). “International Outsourcing in the Information Technology Industry: Trends and Implications”. Communications of the International Information Management Association, 3(1); 25 – 34.
- Demir, İ., ., (2015). “Hastane Yöneticilerinin Stratejik Yönetim Araçları Bilgi Ve Kullanım Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma” Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara
- Dhar, S. and Balakrishnan, B. (2006). “Risks, Benefits, and Challenges in Global IT Outsourcing: Perspectives and Practices”. Journal of Global Information Management,14(3), 39 – 69.
- Eriş, H., Öztürk, Y., ve Arslan, B., (2017) Organizational Commitment Levels Of Subcontracted Workers Working At Public Hospitals: Case Of Şanlıurfa, 6th International Conference on New Challenges in Management and Business, Dubai on 11 February 2017
- Felea, M. (2011). “Outsourcing Logistics Activities”. Supply Chain Management Journal,2(1), 48 – 56.
- Guimarães, C. M. and de Carvalho, J. C. (2011). “Outsourcing in the Healthcare Sector – A State – of – the – Art Review”. Supply Chain Forum an International Journal, 12(1), 140 – 148.
- Gümüşay – Şahin, A. ve Berberoğlu, N. (2011). “Lojistik Outsourcing Karar Süreci ve 3PL Firma Seçim Kriterleri”. AJIT – e: Online Academic Journal of Information Technology,Güz Dönemi, 2(5), 33 – 50.
- Hila, C. M. and Dumitraşcu, O. (2014). “Outsourcing within a Supply Chain Management Framework”. Proceedings of the 8th International Management Conference – Management Challenges for Sustainable Development: November 6th – 7th 2014,Romania: Lucian Blaga University, 328 – 336.
- İnternet: “Hizmet Satın Alımı İle İlgili Danıştay Kararı”. (2015). Türk Tabipleri Birliği Resmi İnternet Sitesi, http://www.tdb.org.tr/tdb/admin/mevzuat/userfiles/danistay_karari_hizmet_alimi.pdf, adresinden 15 Ocak 2015’te alınmıştır.

İnternet: “Kamu İhale Kurumu – Mevzuat”. (2015). Kamu İhale Kurumu Resmi İnternet Sitesi, <http://www.ihale.gov.tr/>, adresinden 15 Şubat 2015’te alınmıştır.

İzgu. C. M., Türkmen., Ö.H., “Akdeniz Üniversitesi’nde taşeron sağlık işçilerinin işçi sağlığı ve iş güvenliği durum tespiti” Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2012;10(3)

Jacobson, T. (2004). IT Outsourcing in US Hospitals: Potential Benefits and Risks. Oregon: Applied Information Management and the Graduate School of the University of Oregon in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of Master of Science, 21.

Karahan A., (2009) “Dış Kaynak Kullanımının Verimlilik Üzerine Etkisi (Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma)” Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Cilt 12 Sayı 21 Haziran 2009 ss.185-199.

Karahan, A. (2009). “Dış Kaynak Kullanımının Verimlilik Üzerine Etkisi (Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma)”. Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 12(21), Haziran Dönemi, 185 – 199.

Kremic, T., Icmeli – Tukel, O. and Rom, W. O. (2006). “Outsourcing Decision Support: A Survey of Benefits, Risks, and Decision Factors”. Supply Chain Management: An International Journal, 11(6), 467 – 482.

Lorence, D. P. and Spink, A. (2004). “Healthcare Information Systems Outsourcing”. Science Direct, April, 24(2), 131 – 145.

MacCormack, A., Forbath, T., Brooks, P. and Kalaher, P. (2007). “From Outsourcing to Global Collaboration: New Ways to Build Competitiveness”. Harvard Business School Achieving Innovation through Global Collaboration: A New Source of Competitive Advantage, HBS Working Paper: 7(79), 1 – 20.

Oza, A. and Hill, K. L. (2007). “Outsourcing to India: Advantage or Disadvantage?”. Proceedings of the Academy of Information and Management Sciences, 11(1);15 – 20.

Öztürk, A. ve Sezgili, K. (2002). “Dış Kaynaklardan Yararlanmanın Yeni Bir Rekabet Stratejisi Olarak Kullanılması ve Uygulama Süreci”. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 21(2), 127 – 142.

Pirannejad, A., Salami, H. and Mollae, A. (2010). “Outsourcing Priorities of Government Functions: Analytic Network Process Approach”. African Journal of Business Management, August, 4(9); 1723 – 1735.

Rigoli, F. and Dussault, G. (2003). “The Interface between Health Sector Reform and Human Resources in Health”. Human Resources for Health. November, 1(9); 1 – 12.

Segouin, C., Hodges, B. and Brechat, P. H. (2005). “Globalization in Health Care: Is International Standardization of Quality a Step Toward Outsourcing?”, International Journal for Quality in Health Care, 17(4); 277 – 279.

Sezer, A., (2009), “Hastane İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımının (Outsourcing) Hizmet Kalitesine Etkisi ve Bir Uygulama” Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi, İzmir

Tayauova, G. (2012). “Advantages and Disadvantages of Outsourcing: Analysis of Outsourcing Practices of Kazakhstan Banks”. Procedia – Social and Behavioral Sciences, 41, 188 – 195.

Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M., (2012). “Sağlık İşletmeleri Yönetimi”. Nobel Yayınları, Ankara, ISBN: 978-605-133-184-3.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Troacă, V. A. and Bodislav, D. A. (2012). “Outsourcing: The Concept”. Theoretical and Applied Economics, 19(6 – 571); 51 – 58.

Ulukan. N.C., Yılmaz. D. Ö. (2016) “Kamu Sağlık Sektöründe Çalışan Taşeron Kadın İşçiler: Samsun ve Ordu İli Örneği”, Çalışma ve Toplum, 2016/1

Vuorenkoski, L. and Mikkola, H. (2007). “Outsourcing in Primary Health Care”. Health Policy Monitor (HPM), 9, 1 – 6.

Yalçın. İ., Akın. M. Şeker. M., (2011) “Kamu Hastanelerinde Dış Kaynak Kullanımı: Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği” KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi 13 (20): 83-92, 2011.

Yiğit. V., (2004) “Dış Kaynaklardan Yararlanma ve Hastane İşletmelerinde Uygulaması”. Yüksek Lisans Tezi Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı

Yıldırım, S. (1994). Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 67, 69.

ENGELLİ BİREYLERİN SAĞLIK HİZMETİ ALIMINDA KARŞILAŞTIKLARI PROBLEMLER

Dr. Mustafa Kemal KÖRDEVE
Gedik Üniversitesi Meslek Yüksekokulu
kemal.kordeve@gedik.edu.tr

Özet

Dezavantajlı gruplar içerisinde olan engelli bireyler sosyal hayat içerisinde birçok problem yaşamaktadırlar. Bunlardan en önemlisi de sağlık problemleridir. Engelli bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanırken yaşadıkları problemleri en aza indirmek önem arz etmektedir.

Bu araştırmanın amacı engelli bireylerin sağlık hizmeti alırken karşılaştıkları problemleri tespit etmek ve çözüm önerileri geliştirmektir. Bu amaçla İstanbul ilinde hizmet vermekte olan dört engelli vakfı üyeleri üzerinde anket çalışması yapılmıştır. 102 kişi katılan çalışmada 5'li Likert ölçeği kullanılmıştır. Yapılan analizler sonucunda engel durumu ile sosyal güvenlik faktörü arasında %5 anlamlılığa göre $r=,196$ düzeyinde bir ilişki tespit edilmiştir. Bununla beraber evli olan engelli bireyler bekar olan engelli bireylere göre sağlık hizmeti alırken daha az problem yaşamaktadırlar.

Anahtar kelimeler: Engelli birey, sağlık, sağlık problemleri

Abstract

Disabled people are disadvantaged groups who lives many problems in social life. The most important of which are health problems. It is very important to reduce the problems that disabled people have faced while benefiting from health services.

The aim of this research is to identify the problems faced by disabled individuals during health care and to develop solutions. With this purpose, the survey had been made on four disability foundation in Istanbul city. Five point likert scale was used in the survey that 102 people participated. As a result of the analyzes made, according to 5% significations and $r=,196$, the relationship was found between the disability status and the social securtiy. however, married disabled individuals have less problem while get service than single disabled individuals.

Keyword: Disabled individual, health, health problems

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali şeklinde tanımlamıştır (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2015:69). Kişinin bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılamada güçlük çekmesi ve bu nedenle farklı alanlarda desteğe ihtiyaç duyması ise engellilik olarak tanımlanmaktadır (Pınarlıgil, 2008). Diğer bir tanımda ise engellilik, doğuştan ya da sonradan herhangi bir nedenle fiziksel veya düşünsel yeteneklerdeki azalmalar şeklinde ifade edilmiştir (Baybora, 2006).

Çağdaş ve sosyal devlet olabilmenin öncelikli gerekliliklerinden birisi de toplumsal yaşamın her alanına tam katılımın sağlanmasıdır (Berkün, 2016). Özellikle de engelli bireylerin hayatın her alanına katılabilmeleri, özel ya da kamu hizmetlerinden kolay bir şekilde faydalanabilmeleri önem arz etmektedir. Engelli birey yaşamı süresince farklı durumlar karşısında, çeşitli faktörlere bağlı olarak toplumda üstlenmesi gereken görevleri engeli nedeni ile yapamamaktadır (Gökbay, Ergen ve Özdemir, 2011). Engelli bireylere yönelik sosyal politikaların gerçekçi ve tüm şartlar düşünülerek yapılması, toplumun huzurunun sağlanması açısından da önem taşır (Öz ve Orhan, 2010). Nüfusumuzun önemli bir oranını oluşturan engelli bireylere yönelik olarak Amerika ve Avrupaya göre kıyaslandığında ülkemizde yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır (Burcu, 2011). 2011 TÜİK verilerine göre ülkemizde toplam nüfusun %6,6'sı engelli bireylerden oluşmaktadır. Diğer bir ifadeyle 4 milyon 882 bin 841 kişi engellidir (www.tuik.com.tr). Başka bir kaynakta ise ülkemizdeki engelli birey sayısının 8.5 milyon olduğu ifade edilmiştir (Bekçi, 2012).

Engelli sayısının hem ülkemizde hem de dünyada çok olması nedeniyle engellilere ilişkin herkesin zayıf ya da güçlü, olumlu ya da olumsuz bir tutumu bulunmaktadır (Mamatoğlu, Dökmen ve Yıldırım, 2015). Bu nedenle dezavantajlı gruplar arasında büyük bir çoğunluğa sahip olan engelli bireylerin desteklenmesi büyük önem arz etmektedir. Engelli bireylerin yetersiz kaldığı alanlarda desteklenmeleri hem başarı düzeylerini arttıracak (Genç ve Çat, 2013) hem de sosyal yaşam içerisinde engellerine uygun her türlü araç gereçlerin geliştirilmesi toplum içerisinde daha aktif olmalarını sağlayacaktır. Engelli çocuğu olan ailelerde strese bağlı aile içi ve sosyal ilişkilerin ciddi etkileeneceği (Karadağ, 2009) de düşünüldüğünde sağlık hizmetlerinde sağlanacak kolaylıklar aileye de olumlu yansıtacaktır. Bu nedenle öncelikle her birey için birinci önceliğe sahip olan sağlık konusunda, engelli bireylerin daha kaliteli ve daha rahat hizmet alabilmelerini sağlamak önem arz etmektedir. Bu çalışmada engelli bireylerin sağlık hizmetleri alımı yaparken karşılaştıkları problemleri tespit edilerek çözüm önerileri geliştirmek için yapılmıştır

ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ

Araştırma İstanbul ilinde hizmet vermekte olan dört engelli vakfından hizmet almakta olan engelli bireyler üzerinde anket yöntemi ile yapılmıştır. Araştırma engelli bireylerin sağlık hizmeti alırken karşılaştıkları çeşitli problemleri değerlendirmek için yapılan nicel bir araştırmadır. Anket soruları araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak hazırlanmıştır. İki bölümden oluşan anketin birinci bölümünde katılımcılara ait demografik değişkenler ve engel durumlarıyla ilgili toplam altı soru sorulmuştur. İkinci bölümde ise toplam yirmi bir soru sorulmuş ve 5'li Likert ölçeği kullanılmıştır. Bu bölümde bireylerin sağlık hizmeti alırken karşılaştıkları problemlere yönelik sorular yer almıştır. 21 maddenin güvenilirliğini hesaplamak için iç tutarlılık katsayısı olan "Cronbach Alpha" hesaplanmıştır. Ölçeğin genel güvenilirliği $\alpha=0.824$ olarak bulunmuştur.

Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı farklı kategorilerdeki engelli bireylerin (İşitme, görme, ortopedik, konuşma) sağlık hizmeti alırken karşılaştıkları problemleri tespit ederek çözüm önerileri geliştirmektir. Bu amaçla bir ölçek geliştirilmiş ve uygulanmıştır. Katılımcıların cevaplarını 'Kesinlikle Katılıyorum (5)' seçeneğinden 'Hiç Katılmıyorum (1)' seçeneğine doğru vermeleri istenmiştir. Anketler, "SPSS Statistics 22.0" programında analiz edilerek değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma toplam üye sayısı 241 olan, 4 engelli vakfında, vakıf üyeleri üzerinde, 2016 yılı ekim ve 2017 mart ayları arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma yasal izinlerde yaşanan güçlükler, üye sayısının sınırlı olması ve katılımın gönüllü olması nedeniyle 102 kişi ile sınırlı kalmıştır. Anketler katılımcılara yüz yüze yapılmıştır.

Araştırmanın evren ve örnekleme

Araştırma İstanbul ilinde 4 engelli vakfında yapılan araştırmaya 43 kadın, 59 erkek olmak üzere toplam 102 kişi katılmıştır. Katılımcılara ait demografik değişkenler aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 1. Demografik Faktörler

		Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Yaş	18-27	28	27,5	27,5
	28-36	33	32,4	59,8
	37-47	29	28,4	88,2
	48-57	12	11,8	100,0
Cinsiyet	kadın	43	42,2	42,2
	Erkek	59	57,8	100,0
Eğitim	İlköğretim	33	32,4	32,4
	Ortaöğretim	32	31,4	63,7
	Ön lisans	15	14,7	78,4
	Lisans	22	21,6	100,0
Medeni Durum	Evli	33	32,4	32,4
	Bekar	69	67,6	100,0
Aylık Gelir	1300-2000	68	66,7	66,7
	2001-2700	18	17,6	84,3
	2701-3400	16	15,7	100,0
Engel Durumu	İşitme	12	11,8	11,8
	Görme	19	18,6	30,4
	Konuşma	15	14,7	45,1
	Ortopedik	56	54,9	100,0
	Toplam	102	100,0	

Tabloda görüldüğü üzere araştırmaya katılanların yaş ortalaması genel olarak genç nüfustan oluşmaktadır. Araştırmada yaş sorusunda '58 yaş ve üzeri' seçeneği de olmasına rağmen bu yaş aralığında katılımcı olmamıştır.

Dikkat çeken diğer bir nokta ise aylık gelir sorusunda görülmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin %66,7'si en düşük maaş aralığında bulunmaktadır.

Tablo 2. Soru Bölümleri ve Değişken Türleri

Soru Bölümleri	Değişken Türü	Soru Sayısı	Ölçek
Kişisel bilgiler ve engel durumu	Bağımsız	6	Nominal-Ordinal
Sağlık hizmeti alırken yaşanan problemler	Bağımlı	21	5'li Likert

Çalışmada toplam 27 soru sorulmuştur. Çalışmadaki soruların madde analizi yapıp, anketin bütününe katkısı araştırılarak ortaya konulmuştur. Soru-Bütün istatistiklerine göre Cronbach's Alfa katsayılarında ilgili soru çıkarıldıktan sonraki değişimler arasında önemli bir farklılık gözlenmemiştir. Bu nedenle tüm soruların ölçekte yer alması gerektiği değerlendirilmiş ve soru çıkarılmamıştır. Yapılan güvenilirlik testi sonucunda ölçek ,824 düzeyinde iyi derecede güvenilir bulunmuştur.

Araştırmanın Hipotezleri

Çalışmada engel durumuna göre aşağıdaki hipotezler kurulmuştur.

H1: Engelli bireylerde eğitim durumu ile aylık gelir arasında ilişki vardır.

H2: Bireylerin engel durumu ile Sosyal Güvenlik Faktörü arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H3: Engelli bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanırken yaşadıkları stres engel durumuna göre farklılık gösterir.

H4: Evli olan engelli bireyler bekar olan engelli bireylere göre sağlık hizmetlerine ulaşmada daha az problem yaşarlar.

BULGULAR

Geliştirilen ölçek faktör analizi yapmak için uygun bulunmuştur. KMO değeri ,649 çıkmış olup, değişkenlerin birbiriyle korelasyon gösterip göstermediğini sınavan Barlett's test anlamlılığı ($p=0,000$) faktör analizi yapmanın uygun olduğunu göstermektedir.

Tablo 3. KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,649
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1570,241
	df	210
	Sig.	,000

Metot olarak Temel Bileşenler (**Principal Components**) seçilmiş ve Öz değeri (Eigenvalues) 1'den büyük olan faktörler dikkate alınmıştır. Faktör sayısı dört faktörle sınırlı tutulmuş ve kümülatif toplamda bu ölçek, ölçülmeye çalışılan özelliğin % 64,997'sini açıklayabilmektedir. Toplam varyansın açıklanmasında % 64,997 oranında bir bilgi yeterli görüldüğünden, yeni soru ve faktörler eklenerek çalışma tekrarlanmamıştır. Okunabilirliği arttırmak ve daha uygun bir yapı ortaya çıkarmak için **varimax** metoduyla **rotasyon** yapılmıştır.

Tablo 4. Faktör yükü tablosu

Faktör Adı	Sorular	Component			
		1	2	3	4
Ulaşım Faktörü	S.12. Sağlık kuruluşunda telefon, asansör, merdiven ve hastane girişi engelli vatandaşlara göre tasarlanmıştır.	,841			
	S.16. Hastane içi geçişlerde tüm merdiven ve rampalar engellilere göre tasarlanmıştır.	,796			
	S.15. Sağlık kuruluşundaki WC ve lavabolar engelli vatandaşlar düşünülerek tasarlanmıştır.	,764			
	S.3. Sağlık kuruluşlarında engellilere yönelik yeterli düzeyde yönlendirme tabelaları vardır.	,725			
	S.5. Tedavi sonrası ilgili sağlık personeli tarafından yeterli açıklama yapılıyor.	,639			

	S.1. Sağlık kuruluşundan kolay bir şekilde randevu alabiliyorum.	,605
	S.10. Sağlık kuruluşunda engelli vatandaşlar için tüm araç ve gereçlerini kullanabileceği kabartma yazılı, ışıklı ve sözlü uyarı ve işaretler vardır.	,591
Sosyal Güvenlik Faktörü	S.20. Sosyal güvencem sayesinde ilaçlarımı ücret ödmeden alabiliyorum.	,875
	S.21. Sosyal güvencem sayesinde her türlü rahatsızlığım için gerekli tıbbi malzemeyi ücret ödmeden alabiliyorum.	,840
	S.19. Sosyal güvencem sayesinde her türlü sağlık hizmetini ücret ödmeden alabiliyorum.	,744
Psikolojik Faktörler	S.11. Sağlık kuruluşlarından hizmet alırken stres yaşıyorum.	-,809
	S.14. Sağlık kuruluşuna ilk girişte personelden gerekli ilgiyi ve yardımı görüyorum.	,756
	S.18. Yanımda yakınım olmadan da sağlık kuruluşuna gidip tedavi işlemlerimi yapabiliyorum.	,582
	S.7. Muayene olurken bana öncelik veriliyor olması beni psikolojik anlamda rahatsız ediyor.	-,546
	S.13. Sağlık kuruluşunda kolayca erişebileceğim, yeterli, engelli otoparkı var.	,515
	S.4. Tedavi gördüğüm hekime ve sağlık personeline derdimi rahatça anlatabiliyorum.	,501
	S.9. Sağlık kuruluşuna ilk girdiğimde engelime uygun teçhizat temin edebiliyorum (tekerlik sandalye, sedye, sesli yönlendirme vb.).	,431
Yardımcı Faktörler	S.8. Sağlık kuruluşuna gittiğimde yardım için yanıma görevli bir personel verilir.	,818
	S.6. Muayene olurken diğer hasta ve hasta yakınlarından gerekli anlayışı görüyorum.	,657
	S.2. Poliklinik hizmetlerinde sıra beklemiyorum, öncelik hakkımı kullanabiliyorum.	,589
	S.17. Bekleme esnasında oturmak için koltuklar engelli vatandaşlar için uygundur.	-,449

Yapılan faktör analizi sonucunda elde edilen 4 faktör, ulaşım faktörü, sosyal güvenlik faktörü, psikolojik faktör ve yardımcı faktör şeklinde isimlendirilmiştir.

Elde edilen faktörlerin, demografik faktörlerle olan ilişkisini görmek için korelasyon analizi yapılmıştır. Faktörler arasındaki ilişki korelasyon tablosunda gösterilmiştir. Bölüm soruları ile faktörler arasında %1 ve %5 anlamlılığa göre birçok ilişki bulunmuştur.

Tablo 5. Korelasyon Tablosu

Değişkenler	Yaş	Cinsiyet	Eğitim	Medeni Durum	Aylık Gelir	Engel Durumu	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	
Yaş	Pearson Correlation	1	,092	,094	-,360**	,302**	,090	,086	,297**	,123	,116
	Sig. (2-tailed)		,360	,348	,000	,002	,371	,389	,002	,220	,244
	N	102	102	102	102	102	102	102	102	102	102
Cinsiyet	Pearson Correlation	,092	1	,211*	-,124	,187	,136	-,161	,134	-,015	,060
	Sig. (2-tailed)	,360		,033	,216	,060	,172	,107	,179	,878	,547
	N	102	102	102	102	102	102	102	102	102	102
Eğitim	Pearson Correlation	,094	,211*	1	-,234*	,536**	,261**	-,188	,511**	,251*	,207*
	Sig. (2-tailed)	,348	,033		,018	,000	,008	,058	,000	,011	,037
	N	102	102	102	102	102	102	102	102	102	102
Medeni Durum	Pearson Correlation	-,360**	-,124	-,234*	1	-,553**	-,246*	,225*	-,425**	-,116	,065
	Sig. (2-tailed)	,000	,216	,018		,000	,013	,023	,000	,246	,518
	N	102	102	102	102	102	102	102	102	102	102
Aylık Gelir	Pearson Correlation	,302**	,187	,536**	-,553**	1	,199*	-,105	,558**	,021	,155
	Sig. (2-tailed)	,002	,060	,000	,000		,045	,292	,000	,832	,120
	N	102	102	102	102	102	102	102	102	102	102
Engel Durumu	Pearson Correlation	,090	,136	,261**	-,246*	,199*	1	-,082	,196*	,134	,230*
	Sig. (2-tailed)	,371	,172	,008	,013	,045		,413	,049	,180	,020
	N	102	102	102	102	102	102	102	102	102	102
Ulaşım Faktörü	Pearson Correlation	,086	-,161	-,188	,225*	-,105	-,082	1	,000	,000	,000
	Sig. (2-tailed)	,389	,107	,058	,023	,292	,413		1,000	1,000	1,000
	N	102	102	102	102	102	102	102	102	102	102
Sosyal Güvenlik Faktörü	Pearson Correlation	,297**	,134	,511**	-,425**	,558**	,196*	,000	1	,000	,000
	Sig. (2-tailed)	,002	,179	,000	,000	,000	,049	1,000		1,000	1,000
	N	102	102	102	102	102	102	102	102	102	102
Psikolojik Faktörler	Pearson Correlation	,123	-,015	,251*	-,116	,021	,134	,000	,000	1	,000
	Sig. (2-tailed)	,220	,878	,011	,246	,832	,180	1,000	1,000		1,000
	N	102	102	102	102	102	102	102	102	102	102
Yardımcı Faktörler	Pearson Correlation	,116	,060	,207*	,065	,155	,230*	,000	,000	,000	1
	Sig. (2-tailed)	,244	,547	,037	,518	,120	,020	1,000	1,000	1,000	
	N	102	102	102	102	102	102	102	102	102	102

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

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

Hipotezlerin değerlendirilmesi

H1 ve H2 hipotezleri ikili regresyon analizine tabi tutulmuş ve aşağıdaki veriler elde edilmiştir.

Tablo 6. H1 ve H2 hipotezleri sonuç tablosu

HİPOTEZLER	BULGULAR		REGRESYON		SONUÇ
	KORELASYON		(a.b) R= 0,536 R ² = 0,288 F = 40,382 (p=0,000) Sabit = ,684 B=0,358		
H1: Engelli bireylerde eğitim durumu ile aylık gelir arasında ilişki vardır (Eğitim/Aylık gelir)	r=,536** p=0,000	İlişki anlamlı	β=0,536 t=6,355 (p=,000)	Yordamada anlamlı	KABUL EDİLDİ
H2: Bireylerin engel durumu ile Sosyal Güvenlik Faktörü arasında anlamlı bir ilişki vardır. (Engel durumu/Sosyal Güvenlik Faktörü)	r=,196* p=0,049	İlişki anlamlı	R= ,196 R ² = ,038 F= 3,975 Sabit= -,558 B=,178 β=,196 t=1,994 (p=0,049)	Yordamada anlamlı	KABUL EDİLDİ

H3: Engelli bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanırken yaşadıkları stres engel durumuna göre farklılık gösterir.

Araştırmanın üçüncü modelinde engelli bireylerin sağlık hizmetlerini alırken yaşadıkları stresin engel durumuna göre farklılık göstereceği varsayılarak bağımsız örneklem tek yönlü varyans analizine tabi tutulmuştur.

Tablo 7. Engel durumuna göre sağlık kuruluşlarından hizmet alırken stres yaşama durumu

Engel Durumu	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
İşitme	12	2,5833	1,24011	,35799
Görme	19	2,6842	1,45498	,33379
Konuşma	15	3,0000	1,30931	,33806
Ortopedik	56	2,5179	1,59535	,21319
Total	102	2,6275	1,48205	,14674

Tabloda görüldüğü üzere engel durumuna göre stres yaşama durumu değişmemektedir. Konuşma engeli ortalaması diğer engel durumlarının ortalamalarına göre yüksek olsa da ANOVA tablosunun Sig. (Anlamlılık) sütunundaki

değerin 0,737 olduğu görülmektedir. Söz konusu değer 0,05'ten büyük olduğu için, engel durumu ile stres yaşama arasındaki ilişki ($p > 0,05$) istatistiksel olarak anlamlı olmadığından hipotez kabul edilmemiştir.

Tablo 8. Anova tablosu

	Kareler toplamı	df	Ortalama kare	F	Sig.
Gruplar arasında	2,839	3	,946	,423	,737
Gruplar halinde	219,004	98	2,235		
Toplam	221,843	101			

H4: Evli olan engelli bireyler bekar olan engelli bireylere göre sağlık hizmetlerine ulaşmada daha az problem yaşarlar.

Araştırmanın dördüncü modelinde evli olan engelli bireylerin bekar olan engelli bireylere göre sağlık hizmetlerine ulaşmada daha az problem yaşayacakları varsayılarak bağımsız örneklem t testi analizi yapılmıştır.

Tablo 9. Grup İstatistikleri

	Medeni Durum	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Ulaşım Problemleri	Evli	33	-,3233798	1,00751364	,17538561
	Bekar	69	,1546599	,96570536	,11625726

Tabloda evli engelli bireylerin ortalamasının bekar engelli bireylerin ortalamasına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu farkın rastlantısal olmadığı bağımsız örneklem testi tablosunda gözlenmiştir.

Tablo 10. Bağımsız örneklem t testi

Ortalamaların eşitliği için t testi						
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
Ulaşım Problemleri	Eşit varyanlar kabul edildi	-2,306	100	,023	-,47803965	,20726438
	Eşit varyanlar kabul edilmedi	-2,272	60,777	,027	-,47803965	,21041831

Bağımsız örneklem t testi tablosunun Sig. (Anlamlılık) sütunundaki değer 0,023 olduğu görülmektedir. Söz konusu değer 0,05'den küçük olduğu için, evli engelli bireyler ile bekar engelli bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımındaki problemleri arasındaki ilişkinin $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu görülmüştür. Diğer bir ifadeyle t-testi sonuçları ve gruplara ait ortalamalar birlikte değerlendirildiğinde, evli engelli bireyler bekar engelli bireylere göre sağlık hizmetlerine ulaşmada daha az problem yaşamaktadırlar, hipotez kabul edilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık hizmetlerinden sunumunda engelli bireylere öncelik tanınması büyük önem arz etmektedir. Bu öncelik hakkının tanınmasında engelli bireylerin duygusal durumları göz önünde bulundurulmalı ve rencide edilmemelidir. Araştırmaya katılanların bir kısmı sağlık hizmetlerinden faydalanırken öncelik tanınmasından rahatsızlık duyduklarını ifade etmişlerdir. Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada da benzer bir sonuç elde edilmiştir. Buna göre hocalarının engelli öğrencilerine öncelik tanırken aciz görmemeleri onları daha çok mutlu etmiştir (Burcu, 2002). Diğer bir ifadeyle engelli bireylere gösterilen pozitif ayrımcılığın hissettirilmesi kişileri rencide etmekte ve olumsuz etkilemektedir.

Çalışmada öne çıkan konulardan birisi de engelli bireylerin aylık gelirlerinin düşük olmasıdır. Bunda birçok faktör bulunmaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça aylık gelir de artmaktadır. Bu nedenle eğitim daha çok teşvik edilmelidir. Bireyler engelli olduğu için aylık gelirlerinin düşük olabileceği kanısı da göz ardı edilmemeli ayrıca incelenmelidir.

Katılımcıların %37'si sağlık hizmetleri alırken beklentilerini, %60'ı beklemeden hizmet alabildiğini, ifade ederken %3'lük bir kesim ise kararsız kalmıştır. Durduran ve Bodur'un yaptığı araştırmaya göre ise engelli bireylerin sağlık hizmetlerinde karşılaştıkları problemleri bekletilmek ve önceliğin olmaması (Durduran ve Bodur, 2009) olarak bulmuşlardır.

Engelli bireylerin toplumsal yaşama katılımlarının artırılması için mekânsal düzenlemeler önem arz etmektedir (Şahin ve Erkal, 2012). Bu düzenlemelerin eğitimden sağlığa, otelden restorana kadar her alanda yapılması gerekmektedir.

Ülkemizde genel anlamda engelliler için sağlık hizmetlerin ulaşılabilir olmadığı ifade edilmektedir (Ulaş ve Uçku, 2012). Araştırmada da genel anlamda engelli bireylerin sağlık hizmetleri alırken ulaşım problemleri yaşadığı gözlenmiştir. Bakım hizmetlerindeki bu yetersizlik aile bireyleri veya gönüllü kişilerce telafi edilmeye çalışılmaktadır (Yılmaz ve ark., 2010). Bu nedenle vakıfların ve gönüllü kuruluşların desteklenmesi önerilmektedir.

Katılımcıların %53'ü sağlık kuruluşunda telefon, asansör, merdiven ve hastane girişi engelli vatandaşlara göre tasarlanmamış olduğunu ifade etmiştir. Fiziksel alt yapının engelliler için uygun olmadığını söylemiştir (Bodur ve Durduran, 2009).

Sağlık personelinin engelli birey ve ailesinin sağlığını korumada ve geliştirmede önemli rolü olduğundan (Cangöl, Karaca ve Aslan, 2013) sağlık personeline engelli birey ve ailelerinin her türlü gereksinimlerini profesyonel bir şekilde karşılayabilmeleri için sürekli eğitimler verilmesi önerilmektedir.

Araştırmada, çalışmaya katılan engelli bireylerin eğitim düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Benzer bir araştırmada da engelli bireylerin eğitim düzeylerinin düşük olduğu gözlemlenmiştir (Naçar, Çetinkaya ve Baykan, 2012). Bunda bireylerin engellerinin eğitimlerini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Bu nedenle engelli bireylerin eğitimlerini ilerletebilmeleri için uygun ve yeterli eğitim ortamların oluşturulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Baybora, D. (2010). Çalışma Hayatında Özürlülere Karşı Ayrımcılık. 229-269, <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/9188>, 08.04.2017 tarihinde alınmıştır.

Bekçi, B. (2012). Fiziksel Engelli Kullanıcılar İçin En Uygun Ulaşım Akslarının Erişebilirlik Açısından İrdelenmesi: Bartın Kenti Örneği. Bartın Orman Fakültesi Dergisi, 14(21), 26-36.

Berkün, S. (2016). Avrupa kentsel şartı'nın kentlerdeki özürlü ve sosyo-ekonomik bakımdan engellilere yönelik ilkeleri ve bursa kentinde kamu kurum ve kuruluşlarının erişilebilirliği. Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 8(1), 61-72.

Bodur, S., Durduran, Y. (2009). Konya'da engelli çocukların sağlık hizmetlerinden yararlanma ve beklenti durumu. Genel Tıp Dergisi, 19(4), 169-175.

Burcu, E. (2002). Üniversitede Okuyan Özürlü Öğrencilerin Sorunları: Hacettepe-Beytepe Kampüsü öğrencileri örneği. Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 19(1), 83-103.

Burcu, E. (2011). Türkiye'deki engelli bireylere ilişkin kültürel tanımlamalar: Ankara örneği. Edebiyat Fakültesi Dergisi, 28(1).

Cangöl, E., Karaca, P., Aslan, E. (2013). Engelli Bireylerde Cinsel Sağlık. Androloji Bülteni, 53, 141-146.

Durduran, Y., Bodur, S. (2009). Engellilerin Engellilikleri Dışındaki Sağlık Sorunları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. Selçuk Tıp Dergisi 25(2), 69-77.

Genç, Y., Çat, G. (2013). Engellilerin istihdamı ve sosyal içirme ilişkisi. Akademik İncelemeler Dergisi, 8(1), 363-393.

Gökbay, İ. Z., Ergen, A., Özdemir, N. (2011). Engelli Bireylerin İstihdamına Yönelik Bir Vaka Çalışması: Engelsiz Eğitim, Öneri Dergisi, 9(36), 01-08.

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18617> 06.05.2017 tarihinde alınmıştır.

Karadağ, G. (2009). Engelli çocuğa sahip annelerin yaşadıkları güçlükler ile aileden algıladıkları sosyal destek ve umutsuzluk düzeyleri. TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(4), 315-322.

Mamatoğlu, N., Dökmen, Y.Z., Yıldırım, F. (2015). İşyerinde Engelliye Yönelik Tutumlar Ölçeği. Edebiyat Fakültesi Dergisi, 32(2), 183-2004.

Naçar, M., Çetinkaya, F., Baykan, Z. (2012). Kayseri il merkezinde özürlülük, sakatlık ve engellilik prevalansı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 11(1), 71-80.

Öz, C.S., Orhan, S. (2010). Özürlü İstihdam Yöntemlerinin Uygulanabilirliği Üzerine Bir Değerlendirme. Çalışma İlişkileri Dergisi, 1(3), 36-48.

Pınarlıgil, N.B., (2008), Dezavantajlı Gruplarda Sosyal Karşılaştırma Diyaliz Hastalarının Sosyal Karşılaştırma Süreç ve Eğilimlerinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Şahin, H., Erkal, S. (2012). Ortopedik ve görme engelli bireyler için konaklama tesislerinde yapılması gereken düzenlemeler. Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar Dergisi. 1-14 (28 nisan 2012)

Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., Işık, O., (2015). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel, 7. Basım, Mayıs 2015, Ankara.

Ulaş, S. C., Uçku, R. (2012). Türkiye'de özrürlük ve özürürlere sunulan hizmetler. TAF Preventive Medicine Bulletin, 11(4).

Yılmaz, M., Sametoğlu, F., Akmeşe, G., Tak, A., Yağbasan, B., Gökçay, S. Sağlam, M., Doğanyılmaz, D., Erdem, S. (2010). Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. İstanbul Tıp Dergisi, 11(3):125-132

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA KARŞI İŞYERİ ŞİDDETİ WORKPLACE VIOLENCE AGAINST HEALTH WORKERS

Merve Milet

Edirne Sultan I.Murat Devlet Hastanesi,
merve-akbulut@hotmail.com

Doç. Dr. Aygül Yanık

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,
aygul.yanik@medeniyet.edu.tr

Özet

Çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarının işyerinde şiddet ile karşılaşma oranını, karşılaştıkları şiddet türlerini, şiddeti gerçekleştirenleri, şiddetin zamanını, nedenlerini ve şiddete karşı gösterilen davranışları belirlemek ve bu şiddet değişkenlerinin demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını değerlendirmektir. Çalışma, sağlık çalışanları üzerinde yapıldı. Veriler anket formu ile toplandı. Toplam 345 anket değerlendirmeye alındı. Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edildi. Çalışanların çoğunluğunun (%86,1) görev esnasında şiddetle karşılaşma endişesi yaşadığı ve en az bir şiddet türü ile karşılaştığı belirlendi. Çalışanların çoğunlukla hasta (%25,6) ve yakınları (%65,4) tarafından şiddete maruz kaldığı, erkeklerin daha fazla şiddet uyguladığı (%58,5) ve şiddetin büyük oranda (%56,4) mesai saatlerinde meydana geldiği tespit edildi. Şiddete karşı çalışanların genellikle karşılık vermeden işine devam etme ve güvenliğe bildirme davranışları gösterdiği belirlendi. En önemli şiddet nedenleri olarak, şiddeti uygulayanların şiddeti kendilerine hak görmeleri ve hastanede güvenlik önlemlerinin yetersizliği gösterildi. Çalışanlar işyerinde en fazla sözel şiddete maruz kalmaktadır. Dahası demografik özelliklere göre çalışanların işyeri şiddet algısı değişmektedir.

Anahtar Kelimeler: Şiddet, Sağlık çalışanı, Doktor, Hemşire

Abstract

The purpose of the study is to determine the rate of the workplace violence against health workers, the types of violence they encounter, violence practitioners, time of violence, causes and the behaviors who is shown against violence, and to evaluate whether the variables of violence vary according to the demographic characteristics. This study is conducted on health workers. Data is collected through a questionnaire. A total of 345 questionnaires are evaluated. Data is analyzed with the SPSS 22. It has been determined that most of workers' anxious about encountering violence during their duty (86.1%) and they have experienced at least one type of violence. It is found that, workers are mostly exposed to violence by patients (25.6%) and their relatives (65.4%), men commit more violent (58.5%), and violence is occurred mostly in working hours (56.4%). It has been determined that workers against violence usually show behaviors to continue to work without responding and to report security. The most important causes of violence is showed by those who committed violence, they think it is their rights and the lack of safety precautions in the hospitals. Workers expose to the most verbal violence at their workplace. Further perception of their workplace violence changes according to some demographic characteristics.

Keywords: Violence, Health Workers, Physician, Hospital.

1. GİRİŞ

Temel amaçları kişilerin sağlıklarını korumak, geliştirmek ve iyileştirmek olan, zor şartlar altında yoğun tempoda çalışan sağlık çalışanlarına karşı son yıllarda işyeri şiddet eğilimleri artmaktadır. Sağlık çalışanlarının işyerinde şiddet ile karşılaşma endişesi ve şiddete maruz kalmaları pek çok yönden onları olumsuz etkilemektedir. Şiddetin ciddiliğini ve psikolojik etkilerini ölçmek zor olmakla beraber (Zahid et al., 1999), işyeri şiddeti çalışanlar, hastalar ve işverenler için ciddi sonuçlara sahiptir (Gates et al., 2011). Bunlardan bazıları; çalışanlarda psikolojik bozukluk (baş ağrısı, öfke, çaresizlik, yalnızlık, depresyon, korku) (Boz et al., 2006; Celik et al., 2007; Celebioglu et al., 2010; Terzoni et al., 2015), güven duygusu ve iş tatmininin azalması, personel devir hızının artması (Gates et al., 2011; Araujo & Sofield, 2011; Baydin & Erenler, 2014), meslekten ve kurumdan ayrılma isteği, iş kalitesinin azalması (Ahmed, 2012; Aksakal et al., 2015), zayıf hasta bakımı ve mesleki performans kaybıdır (Celik et al., 2007; Woelfle & McCaffrey, 2007; Kaya, 2016; Tee et al., 2016). İşyeri şiddetinin en yaygın sonuçları korku, öfke, endişedir (Terzoni et al., 2015). Kısaca işyeri şiddeti çalışanların üretimi etkilemekte, mesleki hataları arttırmakta, motivasyonu düşürmekte, mesleki tatmini ve performansı olumsuz etkilemektedir. Ayrıca işyeri şiddetinin çalışanları işe alma ve tutmada da önemli bir faktör olduğu görülmektedir.

İşyeri şiddeti, çalışanlara fiziksel, psikolojik ya da sözel davranışları içeren doğrudan bir eylem ya da eylemleri ifade eder (Tee et al., 2016). Bu eylem ya da eylemler fiziksel saldırı, saldırı tehdidi, taciz, zorlama, yıldırma ve sözel kötü lafları içerir ve yaygın olarak çalışan sağlığı ve güvenliği için bir tehdit unsurudur. Sağlık çalışanları, özellikle hemşireler büyük bir risk altındadır. Yalnız çalışan, ilaca erişebilen, stresli hastalara bakım veren ve müşterilere daha yakın olan çalışanlar, şiddete daha fazla maruz kalma olasılığına sahiptir. Risk, hasta ile yakın olma ile yakından ilişkilidir (Jackson et al., 2002; Canton, 2009). İşyeri şiddeti, hastalar, yakınları, diğer meslektaşlar ve diğer profesyonel gruplar tarafından gerçekleştirilebilir (Jackson et al., 2002). Yukarıda da belirtildiği üzere çalışanların işyeri şiddet algısı ve etkilerini ölçmeye yönelik ulusal ve uluslararası düzeyde çalışmaların olduğu görülmekte ve sonrasında da çalışmalara devam edileceği tahmin edilmektedir. Çünkü sağlık çalışanlarına karşı işyeri şiddeti artarak devam eden önemli bir sorun olmayı sürdürmektedir. Türkiye’de de durum farklı değildir.

Bu çalışma, sağlık çalışanlarının işyeri şiddeti ile karşılaşma oranını, karşılaştıkları şiddet türlerini, şiddeti gerçekleştirenleri, şiddetin gerçekleşme zamanını, şiddetin nedenlerini, şiddete karşı alınan önlemleri, şiddete karşı gösterilen davranışları belirlemek ve işyeri şiddet değişkenlerinin demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını değerlendirmek amacıyla yapıldı.

(Metin içerisinde işyeri şiddeti şiddet ve sağlık çalışanları çalışanlar olarak anılacaktır).

2. YÖNTEM

Çalışma, çalışanların işyerinde ne tür şiddete, ne sıklıkta maruz kaldıklarını ve işyerinde şiddet davranışları değişkenlerinin çalışanların demografik özelliklerine göre değişkenlik gösterip göstermediği sorusundan hareketle tasarlandı. Çalışmada aşağıda belirtilen varsayımlar test edildi. H₁: Çalışanların şiddetle karşılaşma endişesi, şiddete maruz kalma, şiddeti uygulayanın cinsiyeti, şiddetle karşılaşma zamanı, şiddetin nedenleri hakkındaki düşünceleri ile demografik özellikler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık vardır. H₂: Çalışanların şiddetle ilgili suçluluk duyguları, şiddet eğitimi, iş yerinde şiddete karşı önlemler ile demografik özellikler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık vardır. H₃: Çalışanların maruz kaldıkları şiddet türü, şiddeti gerçekleştiren kişi ve şiddete karşı gösterilen davranış ile demografik özellikler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık vardır.

Çalışma Türkiye’nin eğitim düzeyi yüksek yerleşenlere sahip bir ili olan Edirne’de Edirne Sultan I. Murat Devlet Hastanesi ve Trakya Üniversitesi Hastanesi sağlık çalışanları üzerinde 01.01.2015 ve 01.04.2015 tarihleri arasında yapıldı. Araştırma evreni yaklaşık 1648 çalışandan oluştu. Örneklem büyüklüğü the sample accout formülüyle hesaplandı ve tesadüfi örnekleme yöntemiyle örneklem belirlendi. Veri toplama tekniği olarak anket formu kullanıldı. Anket, katılımcıların özelliklerini belirlemek için hazırlanan demografik sorular ve mevcut kaynaklardan yararlanarak oluşturulan işyeri şiddeti ile ilgili sorulardan oluştu. Çalışma için Edirne Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği ve Trakya Üniversitesi Rektörlüğü’nden izin alındı. Çalışanlar, çalışma hakkında bilgilendirildi ve gönüllü katılım sağlandı. Çalışmaya eksiksiz ve hatasız doldurulan 345 anket dahil edildi. Başvuranların benzer niteliklere sahip olduğu varsayılarak iki hastane çalışanlarının verileri birlikte

değerlendirildi. Veriler, IBM SPSS Statistics Version 22 paket programı ile analiz edildi. Verilerin analizinde öncelikle tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) ve Ki-Kare Trend analizi (Pearson Chi-Square- Fisher's Exact test) kullanıldı. Testlerde yanılma olasılığı 0,05 olarak belirlendi. Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı niteliktedir.

Çalışmanın en önemli sınırlılığı örneklemin küçük olmasıdır. Bir başka sınırlılığı da uygulama esnasında izinli, hastalık raporlu çalışanlar, yardımcı hizmetliler ile anketi doldurmak istemeyen çalışanların, çalışmaya dahil edilmemesidir. Bu nedenlerle, çalışma sonuçları genellenemez.

3. BULGULAR

3.1. Çalışanların Demografik Özellikleri

Çalışanların çoğunluğu kadın, 30 yaşından küçük ve evlidir. Ayrıca çalışanların %93,7'sinin üniversite düzeyinde eğitilmiş, %65,8'inin hemşire-ebe, %15,9'unun doktor, %74,4'ünün 5 yıldan fazla mesleki deneyimi olduğu, %83,5'inin nöbet tuttuğu, %64,3'ünün devlet hastanesinde çalıştığı belirlenmiştir. Sonuçlar Tablo 1'den takip edilebilir.

Tablo 1. Sağlık Çalışanlarına Ait Demografik Özellikler

Demografik Özellikler	Alt Gruplar	n	%
Yaş	30 yaş altı	102	29,6
	30-39 yaş	143	41,4
	40 yaş ve üzeri	100	29
Cinsiyet	Kadın	247	71,6
	Erkek	98	28,4
Medeni durum	Bekar	101	29,3
	Evli	244	70,7
Eğitim	Lise	22	6,4
	Ön lisans	81	23,5
	Lisans	172	49,9
	Yüksek lisans	21	6,1
	Doktora ve uzmanlık	49	14,2
Meslek	Doktor	55	15,9
	Hemşire-ebe	227	65,8
	Diğer sağlık çalışanları	63	18,3
Mesleki kıdem (yıl)	1 yıldan az	13	3,8
	1-5	75	21,7
	6-10	84	24,3
	11-15	58	16,8
	16 ve üzeri	115	33,3
Birim	Klinik	130	37,7
	Yoğun bakım	80	23,2
	Ameliyathane	34	9,9
	Acil	25	7,2
	Diğer (Poliklinik, lab vb)	76	22,0

Hastane	Devlet hastanesi	222	64,3
	Üniversite hastanesi	123	35,7
Nöbet tutma durumu	Tutuyor	288	83,5
	Tutmuyor	57	16,5

3.2. Şiddet Değişkenleri ve Gösterilen Tepkisel Davranışlar

Çalışanların (n=297) %86,1'inin çalışırken şiddetle karşılaşma endişesi yaşadığı ve (n=228) %66,1'inin herhangi bir şiddet türü ile karşılaştığı belirlendi. Şiddetle karşılaşan çalışanların (n=193) %82,5'inin sözel, (n=25) %10,7'inin fiziksel, (n=15) %6,4'ünün psikolojik ve (n=1) %0,4'ünün ekonomik şiddete maruz kaldığı tespit edildi. Şiddetin (n=153) %65,4'ünün hasta yakınları, (n=60) %25,6'sının hastalar, (n=11) %4,7'sinin yöneticiler, (n=10) %4,3'ünün iş arkadaşları tarafından gerçekleştirildiği belirlendi. Şiddeti uygulayanların (n=137) %58,5'inin erkek ve (n=97) %41,5'inin kadın olduğu tespit edildi. Şiddetin (n=132) %56,4'ünün mesai saatinde ve (n=102) %43,6'sının nöbet esnasında meydana geldiği belirlendi.

Uygulanan şiddet karşısında gösterilen tepkisel davranışlar ise; karşılık vermeden işine devam etmek (n=82, %35), güvenliğe bildirmek (n=63, %26,9), karşılık vermek (n=43, %18,4), beyaz kod (alo 113)'a bildirmek (n=21, %9), hastane yöneticisine rapor etmek (n=14, %6), hukuki yollara başvurmak (n=2, %0,9) ve diğer yöntemleri kullanmak (n=9, %3,8) şeklinde sıralandı.

3.3. Şiddetin Nedenleri

3.3.1. Şiddeti uygulayanlar açısından şiddetin nedenleri; şiddeti kendine hak görme (%53), uygulanan sağlık politikaları (%43,6), hastalık psikolojisi (%36,8), ihmal edildiğini düşünme (%26,5), kötü iletişim - yanlış anlaşma (%23,9), tedaviden memnuniyetsizlik (%16,7), aşırı iş yoğunluğu (%23,1), uzun bekleme süresi (%17,9), alkol - ilaç etkisi (%7,3) ve kötü haber alma (%3,4) olarak belirtildi.

3.3.2. Hastane açısından şiddetin nedenleri; hastanede güvenlik önlemlerinin yetersizliği (%68,1), şiddet gerçekleştikten sonra yöneticinin desteklememesi (%53,4), şiddetle baş etme eğitimi almama (%44,3), çalışan güvenliği biriminin işleyişi konusunda bilgi sahibi olmama (%42,9), işyeri şiddetine karşı önlem alınmaması (%36,8), şiddet olaylarının nasıl rapor edileceği konusunda bilgilendirilmeme (%34,2), kendi suçunun olduğu (%11,1) ve hastanede çalışan güvenliği birimi olmaması (%6,7) olarak sıralandı. Her iki hastanede de çalışan güvenliği birimi olduğu ancak bazı çalışanların bu birimden haberdar olmadığı görülmektedir.

3.4. Çalışanların Şiddet Algısının Demografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

3.4.1. Şiddet Endişesi, Şiddete Maruz Kalma, Şiddet Uygulayanın Cinsiyeti ve Şiddet Zamanı Açısından Değerlendirme

Şiddet endişesi ve şiddete maruz kalma değişkenleri "evet-hayır" şeklinde verilen cevaplar üzerinden değerlendirildi. Yaşa göre, şiddet endişesi ($\chi^2=0,067$, $p=0,795$), şiddete maruz kalma ($\chi^2=3,344$, $p=0,067$), şiddet uygulayanın cinsiyeti ($\chi^2=0,430$, $p=0,806$) ve şiddet zamanı ($\chi^2=5,818$, $p=0,055$) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Cinsiyete göre, şiddet endişesi ($\chi^2=0,222$, $p=0,638$), şiddete maruz kalma ($\chi^2=1,743$, $p=0,187$), şiddet uygulayanın cinsiyeti ($\chi^2=1,223$, $p=0,269$) ve şiddet zamanı ($\chi^2=0,012$, $p=0,913$) açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Medeni duruma göre, şiddet endişesi ($\chi^2=1,822$, $p=0,177$), şiddete maruz kalma ($\chi^2=0,472$, $p=0,492$), şiddet uygulayanın cinsiyeti ($\chi^2=0,011$, $p=0,916$) ve şiddet zamanı ($\chi^2=3,332$, $p=0,068$) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Eğitime göre, şiddet endişesi ($\chi^2=0,317$, $p=0,573$), şiddete maruz kalma ($\chi^2=2,582$, $p=0,108$), şiddet uygulayanın cinsiyeti ($\chi^2=2,558$, $p=0,650$) ve şiddet zamanı ($\chi^2=8,087$, $p=0,086$) açısından gruplar arasında anlamlı fark belirlenmedi ($p>0,05$). Şiddet endişesi yaşayanlar ile yaşamayanlar, şiddete maruz kalanlar ile kalmayanlar, şiddeti gerçekleştirenin kadın ya da erkek olması, şiddetin mesai saatinde ya da nöbet esnasında meydana gelmesi, çalışanların yaşı, cinsiyeti ve eğitimine göre değişmemektedir.

Öte yandan unvana göre, şiddet endişesi ($\chi^2=1,089$, $p=0,580$), şiddete maruz kalma ($\chi^2=4,985$, $p=0,083$) ve şiddet uygulayanın cinsiyeti ($\chi^2=1,541$, $p=0,463$) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Ancak, şiddet zamanı ($\chi^2=6,437$, $p=0,040$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Doktorlar şiddetin en fazla mesai saatinde (%68,9) ve hemşireler ise nöbet esnasında meydana geldiğini ifade etmişlerdir. Mesleki kıdeme göre, şiddet endişesi ($\chi^2=0,136$, $p=0,712$) ve şiddet uygulayanın cinsiyeti ($\chi^2=0,861$, $p=0,940$) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Oysa, şiddete maruz kalma ($\chi^2=4,879$, $p=0,027$) ve şiddet zamanı ($\chi^2=15,361$, $p=0,002$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Mesleki kıdem açısından sırasıyla; 15 yıl ve üzeri çalışanların %74,8'inin, 6-10 yıl çalışanların %66,7'sinin, 1-5 yıl çalışanların 61,3'ünün, 11-15 yıl çalışanların %58,6'sının ve 1 yıldan az çalışanların %46,2'sinin şiddete maruz kaldığı belirlendi. Ayrıca 6-10 yıl çalışanların %69'unun, 11-15 yıl çalışanların %64,7'sinin, 15 yıl ve üzeri çalışanların %58,6'sının, 1-5 yıl çalışanların %34,7'sinin ve 1 yıldan az çalışanların %33,3'ünün şiddetin mesai saatinde oluştuğunu belirttiği saptandı. Yani mesleki kıdemleri 1 yıldan az (%66,7) ve 1-5 yıl (%65,3) çalışanların daha yüksek oranda (%66,7) şiddetin nöbet esnasında meydana geldiğini bildirdiği belirlendi. Birime göre, şiddet uygulayanın cinsiyeti ($\chi^2=5,152$, $p=0,272$) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Ancak, şiddet endişesi ($\chi^2=16,176$, $p=0,002$), şiddete maruz kalma ($\chi^2=9,867$, $p=0,043$) ve şiddet zamanı ($\chi^2=19,925$, $p=0,001$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Görev esnasında klinikte çalışanların %93,8'inin, yoğun bakımda çalışanların %82,5'inin, ameliyathanede çalışanların %70,6'sının, acilde çalışanların %92'sinin ve diğer yerlerde çalışanların %81,6'sının şiddet endişesi yaşadığı belirlendi. Görev esnasında şiddet endişesi açısından klinikte çalışanlar ile yoğun bakım, ameliyathane ve diğer yerlerde çalışanlar; acilde çalışanlar ile ameliyathanede çalışanlar arasında anlamlı fark belirlendi ($p<0,05$). Ayrıca şiddete klinikte çalışanların %72,3'ünün, yoğun bakımda çalışanların %57,5'inin, ameliyathanede çalışanların %58,8'inin, acilde çalışanların %84'ünün ve diğer yerlerde çalışanların %61,8'ünün maruz kaldığı tespit edildi. Şiddete maruz kalma açısından klinikte çalışanlar ile yoğun bakımda çalışanlar, acilde çalışanlar ile yoğun bakım, ameliyathane ve diğer yerlerde çalışanlar arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Ayrıca, klinikte çalışanların %60,4'ünün, yoğun bakımda çalışanların %45,7'sinin, ameliyathanede çalışanların %76,6'sının, acilde çalışanların %19'unun ve diğer yerlerde çalışanların %66'sının şiddetin mesai saatlerinde ortaya çıktığını belirttiği saptandı. Yani acilde çalışanların %81'inin ve yoğun bakımda çalışanların %54,3'ünün şiddetin nöbet esnasında oluştuğunu ifade ettiği belirlendi. Şiddete maruz kalma zamanları açısından; klinikte çalışanlar ile acilde çalışanlar; yoğun bakımda çalışanlar ile ameliyathane, acil ve diğer yerlerde çalışanlar; ameliyathanede çalışanlar ile acil servis ve diğer yerlerde çalışanlar anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Kuruma göre, şiddete maruz kalma ($\chi^2=0,295$, $p=0,587$), şiddet uygulayanın cinsiyeti ($\chi^2=0,264$, $p=0,607$) ve şiddet zamanı ($\chi^2=0,637$, $p=0,425$) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Fakat şiddet endişesi ($\chi^2=3,942$, $p=0,047$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Devlet hastanesinde çalışanların %83,3'ünün ve üniversite hastanesinde çalışanların %91,1'inin şiddet endişesi hissettiği belirlendi. Devlet hastanesinde çalışanların %67,1'inin ve üniversite hastanesinde çalışanların %64,2'sinin şiddete maruz kaldığı saptandı. Ayrıca devlet hastanesinde çalışanların %40,3'ünün ve üniversite hastanesinde çalışanların %43,8'inin şiddeti kadınların uyguladığını ifade ettiği belirlendi. Yine devlet hastanesinde çalışanların %54,5'inin ve üniversite hastanesinde çalışanların %60'mın şiddetin mesai saatinde olduğunu belirttiği saptandı. Ancak, devlet hastanesinde çalışanların %45,5'inin ve üniversite hastanesinde çalışanların %40'mın şiddetin nöbet esnasında oluştuğunu belirttiği saptandı. Nöbet tutma durumlarına göre, şiddete maruz kalma ($\chi^2=1,263$, $p=0,261$) ve şiddet uygulayanın cinsiyeti ($\chi^2=1,704$, $p=0,192$) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Oysa, şiddet endişesi ($\chi^2=4,510$, $p=0,034$) ve şiddetin meydana geliş zamanları ($\chi^2=11,707$, $p=0,001$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Nöbet tutan çalışanların %87,8'inin şiddet endişesi yaşadığı, %67,4'ünün şiddete maruz kaldığı, %56,8'inin şiddeti erkeklerin uyguladığını belirttiği ve %51,8'inin şiddetin mesai saatinde ortaya çıktığını ifade ettiği belirlendi. Yukarıda açıklandığı üzere işyerinde şiddet endişesi, şiddete maruz kalma, şiddet uygulayanın cinsiyeti ve şiddet zamanı değişkenlerinden en az biri ile çalışanların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu ve eğitimi dışındaki demografik özellikleri ilişkilidir.

3.4.2. Şiddet Nedenleri Açısından Değerlendirme

Çalışanların şiddetin nedenleri hakkındaki görüşleri "evet-hayır" olarak değişkenlere verilen cevaplara göre değerlendirildi.

Cinsiyete göre, çalışanların şiddeti kendine hak görme ($\chi^2=0,002$, $p=0,965$), sağlık politikaları ($\chi^2=0,031$, $p=0,860$), hastalık psikolojisi ($\chi^2=1,718$, $p=0,190$), ihmal edildiğini düşünme ($\chi^2=0,119$, $p=0,730$), kötü iletişim yanlış anlaşılma ($\chi^2=1,973$, $p=0,160$), tedaviden memnuniyetsizlik ($\chi^2=0,000$, $p=1,000$) aşırı iş yoğunluğu ($\chi^2=1,295$, $p=0,255$), uzun bekleme süresi ($\chi^2=0,116$, $p=0,733$), alkol ilaç etkisi ($\chi^2=0,016$, $p=0,900$), kötü haber

alma ($\chi^2=1,438$, $p=0,230$) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Kuruma göre, şiddeti kendine hak görme ($\chi^2=0,197$, $p=0,657$), sağlık politikaları ($\chi^2=2,663$, $p=0,103$), hastalık psikolojisi ($\chi^2=2,561$, $p=0,110$), ihmal edildiğini düşünme ($\chi^2=0,317$, $p=0,573$), kötü iletişim yanlış anlaşma ($\chi^2=1,032$, $p=0,310$), tedaviden memnuniyetsizlik ($\chi^2=1,839$, $p=0,175$) aşırı iş yoğunluğu ($\chi^2=0,253$, $p=0,615$), uzun bekleme süresi ($\chi^2=1,710$, $p=0,191$), alkol ilaç etkisi ($\chi^2=0,926$, $p=0,336$) ve kötü haber alma ($\chi^2=0,920$, $p=0,337$) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Nöbet tutma durumlarına göre, şiddeti kendine hak görme ($\chi^2=0,875$, $p=0,350$), sağlık politikaları ($\chi^2=1,449$, $p=0,229$), hastalık psikolojisi ($\chi^2=3,814$, $p=0,051$), ihmal edildiğini düşünme ($\chi^2=0,892$, $p=0,345$), kötü iletişim yanlış anlaşma ($\chi^2=0,026$, $p=0,872$), tedaviden memnuniyetsizlik ($\chi^2=0,007$, $p=0,935$) aşırı iş yoğunluğu ($\chi^2=0,816$, $p=0,366$), uzun bekleme süresi ($\chi^2=0,375$, $p=0,540$), alkol ilaç etkisi ($\chi^2=1,187$, $p=0,276$) ve kötü haber alma ($\chi^2=1,457$, $p=0,610$) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Öte yandan yaşa göre, şiddeti kendine hak görme ($\chi^2=0,040$, $p=0,842$), sağlık politikaları ($\chi^2=2,100$, $p=0,350$), hastalık psikolojisi ($\chi^2=2,001$, $p=0,157$), ihmal edildiğini düşünme ($\chi^2=0,000$, $p=0,987$), kötü iletişim yanlış anlaşılma ($\chi^2=0,005$, $p=0,942$), aşırı iş yoğunluğu ($\chi^2=0,485$, $p=0,486$), uzun bekleme süresi ($\chi^2=1,233$, $p=0,267$), alkol ilaç etkisi ($\chi^2=0,517$, $p=0,472$) ve kötü haber alma ($\chi^2=0,085$, $p=0,771$) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), tedaviden memnuniyetsizlik ($\chi^2=8,526$, $p=0,004$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). 30 yaş altı çalışanların %28,1'inin, 30-49 yaş çalışanların %14,7'sinin ve 40 yaş ve üzeri çalışanların 9,3'nün tedaviden memnuniyetsiz olduğu; oysa, 30 yaş altı çalışanların %71,9'inin, 30-49 yaş çalışanların %85,3'ünün ve 40 yaş ve üzeri çalışanların 90,7'sinin tedaviden memnun olduğu belirlendi. Medeni duruma göre, şiddeti kendine hak görme ($\chi^2=0,089$, $p=0,765$), sağlık politikaları ($\chi^2=1,952$, $p=0,162$), hastalık psikolojisi ($\chi^2=0,276$, $p=0,599$), kötü iletişim yanlış anlaşılma ($\chi^2=0,073$, $p=0,787$), aşırı iş yoğunluğu ($\chi^2=0,070$, $p=0,791$), uzun bekleme süresi ($\chi^2=0,003$, $p=0,954$), alkol ilaç etkisi ($\chi^2=0,455$, $p=0,577$) ve kötü haber alma ($\chi^2=0,000$, $p=1,000$) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), ihmal edildiğini düşünme ($\chi^2=4,596$, $p=0,032$) ve tedaviden memnuniyetsizlik ($\chi^2=7,445$, $p=0,006$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Bekar çalışanların %36,4'ün ve evli çalışanların %52,4'ü şiddet uygulayanın ihmal edildiği düşüncesiyle ve yine bekar çalışanların %27,3'ü ve evli çalışanların %12,5'i tedaviden memnuniyetsizlik nedeniyle şiddete başvurduğunu belirtmişlerdir. Eğitime göre, sağlık politikaları ($\chi^2=0,487$, $p=0,485$), hastalık psikolojisi ($\chi^2=0,983$, $p=0,321$), ihmal edildiğini düşünme ($\chi^2=0,130$, $p=0,719$), tedaviden memnuniyetsizlik ($\chi^2=1,102$, $p=0,294$), aşırı iş yoğunluğu ($\chi^2=0,646$, $p=0,422$), uzun bekleme süresi ($\chi^2=0,006$, $p=0,941$), alkol ilaç etkisi ($\chi^2=0,053$, $p=0,818$) ve kötü haber alma ($\chi^2=0,028$, $p=0,866$) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), şiddeti kendine hak görme ($\chi^2=12,928$, $p=0,000$) ve kötü iletişim yanlış anlaşılma ($\chi^2=5,057$, $p=0,025$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Lise mezunlarının %45,5'inin, ön lisans mezunlarının %39,7'sinin, lisans mezunlarının %51,5'inin, yüksek lisans mezunlarının %60'ının ve doktora-uzmanlık mezunlarının %76,2'sinin şiddet uygulayanın şiddeti kendine hak olarak gördüğünü ifade etmişlerdir. Ayrıca lise mezunlarının %9,1'inin, ön lisans mezunlarının %34,9'unun, lisans mezunlarının %25,2'sinin, yüksek lisans mezunlarının %20'sinin ve doktora-uzmanlık mezunlarının %9,5'inin kötü iletişim yanlış anlaşılma şiddet sebebi olarak göstermişlerdir. Unvana göre, sağlık politikaları ($\chi^2=2,218$, $p=0,330$), hastalık psikolojisi ($\chi^2=3,299$, $p=0,192$), ihmal edildiğini düşünme ($\chi^2=0,658$, $p=0,720$), kötü iletişim yanlış anlaşılma ($\chi^2=4,973$, $p=0,083$), tedaviden memnuniyetsizlik ($\chi^2=2,450$, $p=0,294$), aşırı iş yoğunluğu ($\chi^2=5,514$, $p=0,063$), uzun bekleme süresi ($\chi^2=1,814$, $p=0,404$), alkol ilaç etkisi ($\chi^2=2,143$, $p=0,328$) ve kötü haber alma ($\chi^2=2,742$, $p=0,262$) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), şiddeti kendine hak görme ($\chi^2=14,124$, $p=0,001$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Doktorların %77,8'i, hemşire-ebelerin %45,8'i ve diğerlerinin %51,1'i şiddeti uygulayanın şiddeti kendine hak olarak gördüğünü belirtmişlerdir. Doktorların şiddet nedeni olarak uygulayıcıların şiddeti kendilerine hak olarak görme düşüncelerinin, hemşire-ebe ($p=0,001$) ve diğer çalışanların ($p=0,013$) düşüncelerinden anlamlı farklı olduğu belirlendi ($p<0,05$). Mesleki kідeme göre, şiddeti kendine hak görme ($\chi^2=0,093$, $p=0,761$), sağlık politikaları ($\chi^2=0,271$, $p=0,603$), hastalık psikolojisi ($\chi^2=0,962$, $p=0,327$), ihmal edildiğini düşünme ($\chi^2=0,123$, $p=0,726$), kötü iletişim yanlış anlaşılma ($\chi^2=0,511$, $p=0,475$), aşırı iş yoğunluğu ($\chi^2=0,399$, $p=0,528$), uzun bekleme süresi ($\chi^2=0,128$, $p=0,721$), alkol ilaç etkisi ($\chi^2=0,071$, $p=0,790$) ve kötü haber alma ($\chi^2=0,000$, $p=0,994$) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), tedaviden memnuniyetsizlik ($\chi^2=5,382$, $p=0,020$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). 1-5 yıl çalışanların %28,6'sının, 6-10 yıl çalışanların %77,6'sının, 11-15 yıl çalışanların %17,6'sının ve 15 yıl ve üzeri çalışanların %9,2'sinin tedaviden memnuniyetsizliği şiddet sebebi olarak gördüğü belirlendi. Birime göre ise, aşırı iş yoğunluğu ($\chi^2=14,892$, $p=0,004$), alkol ilaç etkisi ($\chi^2=9,598$, $p=0,027$) ve kötü haber alma ($\chi^2=7,977$, $p=0,036$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Klinikte çalışanların

%19,8'i, yoğun bakımda çalışanların %10,9'u, ameliyathanede çalışanların %47,6'sı, acil serviste çalışanların %14,3'ü ve diğer yerlerde çalışanların %34'ü aşırı iş yoğunluğunu şiddet nedeni olarak göstermişlerdir. Yine klinikte çalışanların %15,2'si, yoğun bakımda çalışanların %10,2'si, acil serviste çalışanların %23,8'i ve diğer yerlerde çalışanların %4'ü alkol ilaç etkisini şiddet nedeni olarak değerlendirmişlerdir. Ayrıca klinikte çalışanların %2,1'i, yoğun bakımda çalışanların %4,3'ü, ameliyathanede çalışanların %14,3'ü ve acil serviste çalışanların %4,8'i şiddet nedeni olarak kötü haber almayı ifade etmişlerdir. Şiddet nedeninin aşırı iş yoğunluğu değişkenine göre; ameliyathanede çalışanlar ile klinik, acil servis ve diğer yerlerde çalışanlar; yoğun bakımda çalışanlar ile diğer yerlerde çalışanlar açısından gruplar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,05$). Yine şiddet nedeninin alkol-ilâç etkisi olduğuna göre; klinikte çalışanlar ile acil serviste çalışanlar; ameliyathanede çalışanlar ile acil servis ve diğer yerlerde çalışanlar açısından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu görüldü ($p<0,05$). Şiddet nedeninin kötü haber alma olduğuna göre; klinikte çalışanlar ile ameliyathanede çalışanlar açısından gruplar arasındaki fark da anlamlıdır ($p<0,05$).

Yukarıda açıklandığı üzere, şiddet nedenleri değişkenleri ile çalışanların cinsiyeti, kurumu ve nöbet tutma durumu ilişkili değildir. Ancak şiddet nedenleri değişkenlerinden en az biri ile diğer demografik özellikler ilişkilidir.

3.4.3. Şiddet İle İlgili Suçluluk Duygusu, Şiddet Eğitimi Alma ve Şiddete Karşı Önlemler Açısından Değerlendirme

Çalışanların şiddet ile ilgili suçluluk duygusu, şiddet eğitimi alma ve şiddete karşı önlemler hakkındaki görüşleri "evet, hayır ve kısmen" şeklinde verilen cevaplar dikkate alınarak değerlendirildi.

Yaşa göre, güvenlik önlemlerinin yeterliliği ($\chi^2=10,345$, $p=0,029$) ve şiddete karşı alınan önlemlerin varlığı ($\chi^2=19,812$, $p=0,001$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Evet ve kısmen seçenekleri birlikte değerlendirildiğinde 30 yaş altı çalışanların %25,5'i, 30-39 yaş çalışanların %29,4'ü ve 40 yaş ve üzeri çalışanların %42'si kurumdaki güvenlik önlemlerinin yeterli olduğunu ifade etmişlerdir. Evet ve kısmen seçenekleri birlikte değerlendirildiğinde 30 yaş altı çalışanların %46,1'i, 30-39 yaş çalışanların %69,3'ü ve 40 yaş ve üzeri çalışanların %72'si kurumlarında şiddete karşı önlem olduğunu belirtmişlerdir. Cinsiyete göre, şiddeti kendi suçu görme ($\chi^2=9,453$, $p=0,003$), güvenlik önlemlerinin yeterliliği ($\chi^2=6,199$, $p=0,045$) ve şiddeti rapor etme konusunda bilgilendirilme ($\chi^2=7,963$, $p=0,019$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Evet ve kısmen seçenekleri birlikte değerlendirildiğinde kadınların %1,8'i ve erkeklerin %11,1'i şiddeti kendi suçu olarak gördüğünü, kadınların %28,7'si ve erkeklerin %39,8'i kurumdaki güvenlik önlemlerinin yeterli olduğunu, kadınların %65,2'si ve erkeklerin %67,3'ü şiddeti rapor etme konusunda bilgilendirildiklerini ifade etmişlerdir. Medeni duruma göre, çalışan güvenliği birimi olması ($\chi^2=6,266$, $p=0,044$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Evet ve kısmen seçenekleri birlikte değerlendirildiğinde bekarların %88,1'i ve evlilerin %95,5'i kurumlarında çalışan güvenliği birimi olduğunu belirtmişlerdir. Eğitime göre, şiddeti kendi suçu görme ($\chi^2=14,795$, $p=0,019$), güvenlik önlemlerinin yeterliliği ($\chi^2=22,608$, $p=0,002$) ve işyeri şiddetine karşı alınan önlemlerin varlığı ($\chi^2=19,751$, $p=0,009$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Diğer gruplara göre anlamlı fark saptanmadı. Unvana göre, şiddeti kendi suçu görme ($\chi^2=10,738$, $p=0,010$), güvenlik önlemlerinin yeterliliği ($\chi^2=25,944$, $p=0,000$), şiddetle baş etme eğitimi alınması ($\chi^2=10,977$, $p=0,027$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Mesleki kıdeme göre, güvenlik önlemlerinin yeterliliği ($\chi^2=14,645$, $p=0,045$), işyeri şiddetine karşı alınan önlemlerin varlığı ($\chi^2=24,096$, $p=0,001$) ve güvenlik birimi işleyiş bilgisi ($\chi^2=16,269$, $p=0,034$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Diğer gruplar açısından anlamlı fark bulunmadı. Birime göre, güvenlik önlemlerinin yeterliliği ($\chi^2=20,215$, $p=0,006$) ve şiddetle baş etme eğitimi alınması ($\chi^2=18,125$, $p=0,020$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Kuruma göre, şiddete karşı alınan önlemlerin varlığı ($\chi^2=11,856$, $p=0,003$) ve nöbet tutma durumuna göre, şiddete karşı alınan önlemlerin varlığı ($\chi^2=6,210$, $p=0,045$) ve güvenlik birimi işleyiş bilgisi ($\chi^2=16,820$, $p=0,000$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

Yukarıda belirtildiği üzere, şiddet ile ilgili suçluluk duygusu, şiddet eğitimi alma ve şiddete karşı önlemler değişkenlerinden en az biri ile tüm demografik özellikler ilişkilidir.

3.4.4. Maruz Kalınan Şiddet Türü, Şiddeti Gerçekleştiren Kişi Ve Şiddete Karşı Ne Yapıldığı Açısından Değerlendirme

Cinsiyete göre, maruz kalınan şiddet türü ($\chi^2=4,719$, $p=0,165$), şiddetin kim tarafından gerçekleştirildiği ($\chi^2=10,875$, $p=0,070$) ve şiddet karşısında ne yapıldığı ($\chi^2=4,344$, $p=0,221$) açısından gruplar arasında anlamlı fark

bulunmadı ($p>0,05$). Eğitime göre, maruz kalınan şiddet türü ($\chi^2=9,622$, $p=0,750$) şiddetin kim tarafından gerçekleştirildiği ($\chi^2=31,824$, $p=0,065$) ve şiddet karşısında ne yapıldığı ($\chi^2=9,231$, $p=0,604$) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Nöbet tutma durumuna göre, maruz kalınan şiddet türü ($\chi^2=7,077$, $p=0,055$), şiddetin kim tarafından gerçekleştirildiği ($\chi^2=2,039$, $p=0,587$) ve uygulanan şiddet karşısında ne yapıldığı ($\chi^2=8,287$, $p=0,177$) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Diğer taraftan yaşa göre, maruz kalınan şiddet türü ($\chi^2=3,939$, $p=0,732$) ve şiddet karşısında ne yapıldığı ($\chi^2=14,836$, $p=0,205$) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Ancak, şiddetin kim tarafından gerçekleştirildiği ($\chi^2=12,785$, $p=0,035$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). 40 yaş ve üzeri çalışanların %38,7'si şiddetin hastalar; 30-39 yaş çalışanların %72,6'sı hasta yakınları; 30-39 ve 40 yaş ve üzeri çalışanların %5,3'ü iş arkadaşları; ayrıca 30 yaş altı çalışanların %6,3'ü yöneticiler tarafından en fazla şiddet uygulandığını ifade etmişlerdir. Medeni duruma göre, maruz kalınan şiddet türü ($\chi^2=1,353$, $p=0,741$) ve şiddet karşısında ne yapıldığı ($\chi^2=5,726$, $p=0,435$) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Ancak, şiddetin kim tarafından gerçekleştirildiği ($\chi^2=8,812$, $p=0,023$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Bekarların %30,3'ü hasta, %60,6'sı hasta yakınları, %9,1'i yöneticiler; evlilerin %23,8'i hastalar, %67,3'ü hasta yakınları, %6'sı iş arkadaşları ve %3'ü yöneticiler tarafından şiddetin uygulandığını belirtmişlerdir. Unvana göre, maruz kalınan şiddet türü ($\chi^2=3,789$, $p=0,052$) ve şiddetin kim tarafından gerçekleştirildiği ($\chi^2=0,842$, $p=0,359$) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Fakat, şiddet karşısında ne yapıldığı ($\chi^2=23,421$, $p=0,013$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Uygulanan şiddet karşısında doktorların %26,7'si, hemşire-ebelerin %37,5'i ve diğerlerinin %35,6'sı, karşılık vermeden işine devam ettiğini; doktorların %28,9'u, hemşire-ebelerin %28,5'i ve diğerlerinin %20'si, güvenliğe bildirdiğini; doktorların %31,1'i, hemşire-ebelerin %12,5'i ve diğerlerinin %24,4'ü, karşılık verdiğini; doktorların %2,2'si, hemşire-ebelerin %4,9'u ve diğerlerinin %13,3'ü hastane yöneticisine bildirdiğini; doktorların %8,9'u, hemşire-ebelerin %11,1'i ve diğerlerinin %2,2'si beyaz kod (alo 113)'e haber verdiğini; doktorların %2,2'si ve diğerlerinin %2,2'si ise hukuki yollara başvurduğunu belirtmişlerdir. Birime göre, maruz kalınan şiddet türü ($\chi^2=14,917$, $p=0,191$) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Oysa, şiddetin kim tarafından gerçekleştirildiği ($\chi^2=34,014$, $p=0,000$) ve şiddet karşısında ne yapıldığı ($\chi^2=34,876$, $p=0,026$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Şiddeti ameliyathanede çalışanların %38,1'i en fazla hastaların; acilde çalışanların %95,2'i en fazla hasta yakınlarının; ameliyathanede çalışanların %14,3'ü en fazla iş arkadaşlarının ve %14,3'ü en fazla yöneticilerin gerçekleştirdiğini ifade etmişlerdir. Yine ikinci olarak şiddeti, klinikte çalışanların %32,3'ü, hastaların; yoğun bakımda çalışanların %82,6'sı, hasta yakınlarının; klinikte çalışanların %2,1'i, iş arkadaşlarının ve yoğun bakımda çalışanların %4,3'ü yöneticilerin gerçekleştirdiğini belirtmişlerdir. Ayrıca şiddet uygulandığında; karşılık vermeden işine devam etme (%47,6) ameliyathane, güvenliğe bildirme (%33,3) klinik, karşılık verme (%38,1) ameliyathane, hastane yöneticisine bildirme (%8,3) klinik çalışanları, beyaz kod'a bildirme (%19) acil servis çalışanları ve hukuki yollara başvurma (%8,7) yoğun bakım çalışanları tarafından en fazla gösterilmiştir. Kuruma göre, maruz kalınan şiddet türü ($\chi^2=5,206$, $p=0,124$) ve şiddet karşısında ne yapıldığı ($\chi^2=5,125$, $p=0,534$) açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Ancak, şiddetin kim tarafından gerçekleştirildiği ($\chi^2=7,773$, $p=0,049$) açısından anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Devlet hastanesinde çalışanların %26'sı hastalar, %61,7'si hasta yakınları, %6,5'i iş arkadaşları ve %5,8'i yöneticiler; üniversite hastanesinde çalışanların %25'i hastalar, %72,5'i hasta yakınları ve %2,5'i yöneticiler tarafından şiddet uygulandığını ifade etmişlerdir.

Yukarıda gösterildiği üzere, maruz kalınan şiddet türü, şiddeti gerçekleştiren kişi ve şiddete karşı ne yapıldığı değişkenleri, çalışanların cinsiyeti, eğitimi ve nöbet durumu ilişkili değildir. Ancak belirtilen şiddet nedeni değişkenlerinin en az biri ile çalışanların diğer demografik özellikler ilişkilidir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ulusal ve uluslararası boyutta farklı sağlık çalışanlarının büyük oranda işyeri şiddetine maruz kaldığı pek çok araştırma ile ortaya konulmuştur (Ayrancı et al., 2006; Lanza et al., 2006; Yildirim, 2009; Altınbaş et al., 2011; Mantzouranis et al., 2015; Kaya et al., 2016; Cıkrıklar et al., 2016). Sağlık çalışanlarına karşı şiddetin yaygınlaşarak devam eden önemli bir problem olduğu görülmektedir. Çalışmada, çalışanların büyük çoğunluğunun şiddetle karşılaşma endişesi hissettiği ve herhangi bir şiddet türü ile karşılaştığı belirlendi. En fazladan en aza doğru sırasıyla çalışanların; sözel, fiziksel, psikolojik ve ekonomik şiddete maruz kaldığı tespit edildi. Çalışmaya benzer şekilde farklı çalışmalarda da, çalışanların işyerinde en fazla sözel ve ardından fiziksel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (Ayrancı et al., 2006; Lanza et al., 2006; Oztunc, 2006; Çelik et al., 2007; Aksakal et al., 2015; Mantzouranis et al., 2015; Cıkrıklar et al., 2016). Canbaz et al. (2008) çalışmalarında, yaş, cinsiyet ve şiddetten kaynaklı endişenin daha yüksek endişe ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Dolayısıyla şiddet endişesinin olumsuz etkisi de önemli olmaktadır.

Çalışmada şiddetin öncelikli nedenleri olarak; uygulayıcılar açısından şiddeti kendine hak görme, uygulanan sağlık politikaları ve hastalık psikolojisi gösterilmektedir. Kurum açısından ise kurumda güvenlik önlemlerinin yetersizliği, şiddet gerçekleşikten sonra yöneticinin desteklememesi ve şiddetle baş etme eğitimi almama gösterilmektedir. Baydın & Erenler (2014) çalışmalarında şiddet nedenlerini; önleyici politikaların yokluğu, eğitimsel yetersizlik, saldırıları raporlamaya gönülsüzlük, hastaların ve yakınlarının beklentilerinin karşılanmaması olarak belirlemişlerdir. Kaya et al. (2016), şiddetin en önemli nedeninin sağlık sistemi ve Efe & Ayaz (2010) iletişim problemleri (Efe & Ayaz, 2010) olduğunu ifade etmişlerdir. Ahmed (2012) ise, şiddete en çok katkıyı çalışanların negatif sosyal imajları ile yönetici desteği yetersizliğinin sağladığını bulmuşlardır. Boz et al., (2006) çalışmalarında, kötü alışkanlıkları (alkol, ilaç), bekleme zamanları, güvenlik sistemlerinin ve şiddet konusunda eğitim yetersizliğini şiddet nedenleri olarak belirlemişlerdir. Araştırmalar çalışma bulgularını destekler niteliktedir.

Çalışmada şiddetin büyük oranda hastalar ve hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği belirlendi. Farklı çalışmalarda da benzer şekilde şiddetin çoğunlukla hastalar, hasta yakınları (aile, arkadaş) (Jackson et al., 2002; Ayrancı, 2005; Ayrancı et al., 2006; Bilgin & Buzlu, 2006; Çelik et al., 2007; Ahmed, 2012), meslektaşlar, diğer profesyonel gruplar, yöneticiler (Jackson et al., 2002; Çelik et al., 2007; Efe & Ayaz, 2010), alkol ve ilaç bağımlıları (Boz et al., 2006) tarafından gerçekleştirildiği belirlenmiştir.

Çalışmada şiddeti çoğunlukla erkeklerin uyguladığı ve mesai saatlerinde oluştuğu tespit edildi. Şiddet karşısında karşılık vermeden işine devam etmek ve güvenliğe bildirmek en çok gösterilen tepkisel davranışlardandı. Kaya et al. (2016) ise, şiddete karşı çalışanların genellikle sözel cevapla tepki gösterdiğini belirlemiştir.

Çalışmada, doktorlar mesai saatinde hemşire-ebeler ise gece nöbeti esnasında en fazla şiddete maruz kalmaktadır. Bu durum ebe-hemşirelerin çoğunlukla hasta ve yakınları ile geceleri yalnız olarak karşılaşmalarından kaynaklanabilir. Deneyimi az çalışanların gece nöbetinde daha fazla şiddete maruz kalması yalnız kaldıklarında daha savunmasız oldukları ile açıklanabilir. Deneyimli çalışanlar ise gündüz daha fazla şiddete maruz kalmaktadır. Klinikte çalışanlar yoğun bakım, ameliyathane ve diğer yerlerde çalışanlardan; acilde çalışanlar ameliyathanede çalışanlardan daha fazla şiddet endişesi hissetmektedirler. Ancak acil serviste ve kliniklerde çalışanlar en fazla olmak üzere, tüm birimlerde çalışanlar büyük oranda şiddet endişesi yaşamaktadırlar. Yoğun bakımda ve acil serviste çalışanlar ameliyathanede çalışanlardan daha fazla şiddete maruz kalmaktadır. Ancak acil serviste çalışanlar en fazla şiddetle karşılaşmaktadır. Yoğun bakım ve acil servis şiddet karşısında Beyaz kod bildiriminin en fazla kullanıldığı birimlerdir. Klinik, ameliyathane ve diğer birimlerde mesai saatinde, acil servis ve yoğun bakımda gece nöbeti esnasında daha fazla şiddet gerçekleşmektedir. Gece nöbeti tutanlar daha fazla şiddet endişesi hissetmektedir. Ancak şiddet çoğunlukla mesai saatinde oluşmaktadır. Çalışmalarda çalışmaya benzer ve farklı sonuçlar bulunmuştur. Kaya et al. (2016)'nın çalışmasında şiddet değişkenleri ile kurum, mesleki deneyim ve çalışma zamanı arasında anlamlı fark belirlenmiştir. Çelik et al. (2007), çalışma zamanı açısından doktor ve hemşireler arasında şiddete maruz kalmada anlamlı fark bulmuştur. Terzoni et al. (2015), şiddet ile yaş, görev ve birim arasında anlamlı ilişki belirlemişlerdir. Ahmed (2012) ise daha genç, daha az tecrübeli olanlar, acilde ve yoğun bakımda çalışanların daha fazla şiddete maruz kaldığını saptamıştır.

Çalışmada 30 yaş ve altı çalışanlar, şiddet nedeni olarak en fazla tedaviden memnuniyetsizliği göstermektedir. Ayrıca bekarlar evlilerden daha fazla şiddet nedenleri olarak ihmal edildiğini ve tedaviden memnuniyetsizlik değişkenlerini belirtmektedir. Doktorlar şiddeti kendine hak olarak görme, ön lisans mezunları kötü iletişim-yanlış anlaşılma değişkenini en fazla şiddet nedeni olarak ifade etmektedir. 15 yıl ve üzeri deneyimli çalışanlara göre tedaviden memnuniyetsizlik önemli bir şiddet nedeni değildir. Ayrıca ameliyathanede çalışanlar şiddet nedeni olarak en fazla tedaviden memnuniyetsizliği ve kötü haber almayı, acil serviste çalışanlar ise alkol-ilaç etkisini ifade etmektedir. Boz et al. (2006), şiddete en fazla alkol ile ilaç bağımlılarının sebep olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca çalışmalarında güvenlik sistemlerinin yetersiz olduğu ve şiddet hakkında daha fazla eğitim ihtiyacı olduğunu belirtmişlerdir. Baydın & Erenler (2014) ise, önleyici politikaların yokluğu, eğitimsel yetersizlik, saldırıları raporlamaya gönülsüzlük, hastaların ve onların yakınlarının beklentilerinin karşılanmaması değişkenlerini şiddet nedenleri olarak saptamışlardır.

Çalışmada, orta yaşın altındakiler daha fazla oranda güvenlik önlemlerini yetersiz bulmaktadırlar. 30 yaş ve altındakiler ise şiddete karşı büyük oranda önlem alınmadığını ifade etmektedir. Kadınlar erkeklerden daha fazla oranda kurumlarında güvenlik önlemlerinin yetersiz olduğunu ve şiddet olaylarının nasıl rapor edileceği konusunda bilgilendirilmenin olmadığını belirtmektedir. Çalışanlar şiddet olayında tüm eğitim düzeylerinde kendi suçu olmadığını ifade etmektedir. Lise ve üniversite mezunları, büyük oranda güvenlik önlemlerinin yeterli olmadığını düşünmektedir. Unvan gruplarının hemen hemen hepsi şiddetin kendi suçu olmadığını ifade etmektedir. Hemşire-ebeler en yüksek düzeyde şiddet önlemlerinin yeterli olmadığına işaret etmektedir. Hemşire-ebeler şiddetle karşılaştığında nasıl davranacağı konusunda eğitim almadığını, doktorlardan daha fazla oranda belirtmektedir. Diğer gruplara göre en fazla 1-5 yıl ve en az 15 yıl ve üstü çalışanların güvenlik önlemlerinin yetersiz olduğunu, şiddete karşı önlemlerin olmadığını ve çalışan güvenliği biriminin işleyişi konusunda herhangi bir bilgiye sahip olmadığını ifade etmektedir. Acil serviste çalışanlar en fazla oranda güvenlik önlemlerinin yetersiz olduğunu ve şiddet karşısında nasıl davranılması gerektiği konusunda eğitim almadığını belirtmektedir. Gece nöbeti tutanlar daha yüksek düzeyde şiddete karşı önlem alınmadığı ve çalışan güvenliği biriminin işleyişi konusunda herhangi bir bilgiye sahip olmadığını ifade etmektedir.

Çalışmada, şiddete karşı en fazla doktorlar karşılık verirken, hemşire-ebeler ile diğer gruplar karşılık vermeden işine devam etmektedir. Doktorlar ile hemşire-ebeler şiddet karşısında ikinci olarak güvenliğe bildirme yöntemini kullanmaktadırlar. Tüm birimlerde en fazla hasta yakını, ardından hastalar tarafından şiddet gerçekleşmektedir. Ameliyathanede ise iş arkadaşları ve yöneticiler tarafından en fazla şiddet uygulanmaktadır. Kaya et al. (2016) ise şiddete karşı çalışanların genellikle sözel cevapla tepki gösterildiğini belirlemiştir. Çalışmada olduğu gibi Ayranç (2005)'da, en fazla hasta yakınlarının şiddete eğilimli olduğunu bulmuştur. Meslektaşların şiddetinin bütün alanlarda çalışanları etkilediği ve performansı düşürdüğü belirlenmiştir (Woelfle & McCaffrey, 2007). Çalışmada şiddet ile cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmazken, Findorff et al. (2005)'nın çalışmasında kadınların erkeklerden daha fazla şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir.

Çalışanlar işyerinde büyük oranda sözel ve fiziksel şiddet endişesi hissetmekte ve bu şiddet türlerine maruz kalmaktadır. Çalışma bulguları, hipotezleri desteklemektedir. İşyeri şiddet değişkenleri çalışanların bazı demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Çalışma bulguları da dikkate alınarak şiddeti önlemeye yönelik sağlık politikaları gözden geçirilmeli ve gerekliyse revize edilerek etkinliği artırılmalıdır. Şiddetin daha fazla gerçekleştiği zamanlar ve birimler (acil servisler) için önleyici farklı stratejiler ve politikalar üretilmelidir. Çalışanların görev esnasında şiddetle karşılaşma endişesini gidermeye yönelik önlemler alınmalıdır. Bu kapsamda, sağlık kurumlarında güvenlik önlemlerinin ve şiddete karşı yaptırımların artırılması ve şiddete maruz kalan çalışanlara üst yöneticiler tarafından destek verilmesi sağlanmalıdır. Hasta ve yakınları başta olmak üzere, sağlık hizmetleri, çıktıları ve şiddet yaptırımları konularında halk eğitim programları geliştirilmelidir. Çalışanlar şiddet ile baş etme konusunda güçlendirilmelidir. Sağlık kurumlarında şiddet vakalarının eksiksiz bildirimini sağlayacak sistemler geliştirilmelidir.

Bu çalışma sağlık yöneticilerinin ve çalışanların sağlık kurumlarında çalışanlara karşı şiddet davranışları konusunda farkındalığını arttıracak ve onların bu kurumlarda şiddeti önlemeye yönelik ortak strateji ve politikalar geliştirmelerine katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Ahmed, A.S.1. (2012). "Verbal and physical abuse against Jordanian nurses in the work environment". East Mediterr Health J., 18(4), 318-24.
- Aksakal, F.N., Karasahin, E.F., Dikmen, A.U., Avci, E. & Ozkan, S. (2015). "Workplace physical violence, verbal violence, and mobbing experienced by nurses at a university hospital". Turk J Med Sci, 45(6),1360-8.
- Altinbas, K., Altinbas, G., Turkcan, A, Oral, E.T. & Walters, J. (2011). "A survey of verbal and physical assaults towards psychiatrists in Turkey". Int J Soc Psychiatry, 57(6), 631-6.
- Araujo, S. & Sofield, L. (2011). "Workplace violence in nursing today". Nurs Clin North Am., 46(4),457-64.
- Ayranci, U. (2005). "Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey". J Emerg Med, 28(3), 361-5.
- Baydin, A. & Erenler, A.K. (2014). "Workplace violence in emergency department and its effects on emergency staff". Int J Emerg Ment Health, 16(2), 288-90.
- Bilgin, H. & Buzlu, S. (2006). "A study of psychiatric nurses' beliefs and attitudes about work safety and assaults in Turkey". Issues Ment Health Nurs, 27(1), 75-90.
- Boz, B., Acar, K., Ergin, A., Erdur, B., Kurtulus, A., Turkcuer, I. & Ergin, N. (2006). "Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey". Adv Ther., 23(2), 364-9.
- Canbaz, S., Dundar, C., Dabak, S., Sunter, A.T., Peksen, Y. & Cetinoglu, E.C. (2008). "Violence towards workers in hospital emergency services and in emergency medical care units in Samsun: an epidemiological study". Ulus Travma Acil Cerrahi Derg., 14(3), 239-44.
- Canton, A.N., Sherman, M.F., Magda, L.A., Westra, L.J., Pearson, J.M., Raveis, V.H. & Gershon, R.R. (2009). "Violence, job satisfaction, and employment intentions among home healthcare registered nurses". Home Healthc Nurse, 27(6), 364-73.
- Celebioglu, A., Akpınar, R.B., Kucukoglu, S. & Engin, R. (2010). "Violence experienced by Turkish nursing students in clinical settings: their emotions and behaviors". Nurse Educ Today, 30(7), 687-91.
- Celik, S.S., Celik, Y., Agirbas, I. & Ugurluoglu, O. (2007). "Verbal and physical abuse against nurses in Turkey". Int Nurs Rev., 54(4), 359-66.
- Cikriklar, H.I., Yurumez, Y., Gungor, B., Askın, R., Yucel, M. & Baydemir, C. (2016). "Violence against emergency department employees and the attitude of employees towards violence". Hong Kong Med J., 22(5), 464-71.
- Efe, S.Y. & Ayaz, S. (2010). "Mobbing against nurses in the workplace in Turkey". Int Nurs Rev., 57(3), 328-34.
- Findorff, M.J., McGovern, P.M., Wall, M.M., Gerberich, S.G. (2005). "Reporting violence to a health care employer: A cross-sectional study". AAOHN J., 53(9), 399-406.
- Gates, D., Gillespie, G., Kowalenko, T., Succop, P., Sanker, M., Farra, S. (2011). "Occupational and demographic factors associated with violence in the emergency department". Adv Emerg Nurs J., 33(4), 303-13.
- Jackson, D., Clare, J. & Mannix, J. (2002). "Who would want to be a nurse? Violence in the workplace-a factor in recruitment and retention". J Nurs Manag., 10(1),13-20.

- Kaya, S., Bilgin Demir, I., Karsavuran, S., Urek, D. & Ilgun, G. (2016). "Violence Against Doctors and Nurses in Hospitals in Turkey". *J Forensic Nurs.*, 12(1), 26-34.
- Lanza, M.L., Zeiss, R.A. & Rierdan, J. (2006). "Non-physical violence: a risk factor for physical violence in health care settings". *AAOHN J.*, 54(9), 397-402.
- Mantzouranis, G., Fafliora, E., Bampalis, V.G. & Christopoulou, I. (2015). "Assessment and Analysis of Workplace Violence in a Greek Tertiary Hospital". *Arch Environ Occup Health.*, 70(5), 256-64.
- Oztunc, G. (2006). "Examination of incidents of workplace verbal abuse against nurses". *J Nurs Care Qual.*, 21(4), 360-5.
- Senuzun Ergun, F. & Karadakovan, A. (2005). "Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city". *Int Nurs Rev.*, 52(2), 154-60.
- Tee, S., Uzar Ozcetin, Y.S. & Russell-Westhead, M. (2016). "Workplace violence experienced by nursing students: A UK survey". *Nurse Educ Today*, 41,30-5.
- Terzoni, S., Ferrara, P., Cornelli, R., Ricci, C., Oggioni, C. & Destrebecq, A. (2015). "Violence and unsafety in a major Italian hospital: experience and perceptions of health care workers". *Med Lav.*, 106(6), 403-11.
- Zahid, M.A., al-Sahlawi, K.S., Shahid, A.A., al-Ajmi, M.T. & Awadh, J.A. (1999). "Violence towards doctors: prevalence and effects". *Hosp Med.*, 60(6), 414-8.
- Yildirim, A. & Yildirim, D. (2007). "Mobbing in the workplace by peers and managers: mobbing experienced by nurses working in healthcare facilities in Turkey and its effect on nurses". *J Clin Nurs.*, 16(8), 1444-53.
- Woelfle, C.Y. & McCaffrey, R. (2007). "Nurse on nurse". *Nurs Forum*, 42(3), 123-31.

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HASTANE KALİTE ÇALIŞMALARINA YÖNELİK
GÖRÜŞLERİ VE KALİTE ALGISI

HEALTH WORKERS' OPINIONS ON HOSPITAL QUALITY STUDIES AND THEIR
QUALITY PERCEPTION

Sağlık Yöneticisi - Hemşire Meryem Örtlek

Çorlu Devlet Hastanesi,

meryem.kurtul@hotmail.com

Doç. Dr. Aygül Yanık

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,

aygul.yanik@medeniyet.edu.tr

Dr. Ali Cengiz Kalkan

Çerkezköy Devlet Hastanesi

alicengizkalkan@hotmail.com

Hemşire Sakine Topaloğlu

Çorlu Devlet Hastanesi

sakinenator@gmail.com

Hemşire Ayten Kalaner

Çorlu Devlet Hastanesi

aytenkalaner@msn.com

Öğr. Gör. Adnan Baç

Namık Kemal Üniversitesi

bacadnan@hotmail.com

Özet

Araştırma, sağlık çalışanlarının hastane kalite çalışmalarına yönelik görüşleri ile kalite algısını belirlemek ve kalite algısının demografik değişkenlerle ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı. Bu araştırma, Türkiye’de kalite değerlendirme puanı yüksek olan bir devlet hastanesinde gerçekleştirildi. Bu hastanede çalışan doktorlar, hemşireler ve yöneticiler araştırma kapsamına alındı. Veriler anket formu ile toplandı. Tesadüfi örnekleme yöntemiyle araştırma örnekleme seçildi. Eksiksiz yanıtlanan 214 anket değerlendirmeye alındı. Verilerin analizinde SPSS 22.0 for Windows paket programı kullanıldı. Hastane kalite çalışmalarının sunulan hizmetlere önemli oranda olumlu etkisinin olduğu belirlendi. Ayrıca bu çalışmaların çalışanlara en önemli katkısı, müşteri memnuniyetine odaklı yönetim yaklaşımının benimsenmesidir. Çalışanların kalite algısı puanları incelendiğinde; kurumsal kalite ve destek orta, katılım, güven ve genel kalite algısı yüksek düzeyde bulundu. Çalışanların kalite algısı ile cinsiyet, unvan, mesleki deneyim ve sağlıkta kalite standartları eğitimi arasında anlamlı fark bulundu. Sağlık çalışanları kalite algısının demografik değişkenlere göre değiştiği belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Kalite, Algı, Doktor, Hemşire, Yönetici.

Abstract

The research was conducted to determine the health workers' quality opinions and their quality perception on hospital quality studies and to evaluate the relations with demographic variables of quality perception. This research was done at a state hospital that quality evaluation score was high in Turkey. Physicians, nurses and managers working in this hospital was included in the research. Data was collected using the questionnaire. A research sample was selected with the random sampling method. The SPSS for Windows 22.0 software was used in order to analyze data. 214 questionnaire with no missing data were evaluated. It was determined that hospital quality studies had a positive effect on the services provided. Also the most important contribution of these studies to workers was adoption of a management approach focused on customer satisfaction. When it was examined the workers' quality perception scores, it was found that their institutional quality approach and quality support was medium, participation in quality, reliance in quality and general quality perception was high-level. Dimensions of quality perception showed significant differences according to gender, title, professional experience and the education of quality standards in health. It was determined that health workers' quality perception changed according to demographic variables.

Keywords: Quality, Perception, Physician, Nurse, Manager

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetleri kalitesi, sağlık sektöründe yer alan kişiler tarafından uluslararası boyutta incelenen bir konudur (Gaur vd., 2011). Türkiye’de ise Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte hastanelerde kaliteli hizmet sunmak temel hedeflerden biri olarak daha fazla önem kazanmaya başlamıştır. Bu kapsamda çalışanların algıladığı hizmet kalitesi, kalite geliştirme faaliyetlerinin ilk adımıdır (Kim & Han, 2012). Hasta ve çalışan güvenliği, risk yönetimi, hasta ve çalışan tatmini ve sağlık hizmetlerinin etkinliği açısından sağlık çalışanlarının kalite algısı önemlidir. Ayrıca işletmelerin rekabet üstünlüğü sağlamasında da kalite değerli bir ölçüttür ve pazarlama stratejisinin çekirdeği olarak ortaya çıkmaktadır (Taylor, 1994). Sağlık Hizmetleri Kalitesi = Teknik Kalite + Tedavi Sanatı şeklinde ifade edilebilir. Kalitenin teknik yönü; teşhis ve tedavi hizmetlerinin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygunluğunu, sanatsal yönü; hizmet ortamının genel özellikleri ve hizmet sunanların müşterilere yönelik tutum ve davranışlarını kapsamaktadır. Genellikle hastaların kalite algısının ilk belirleyicisi, kalitenin sanatsal yönüdür (Taylor, 1994; John, 1991; Miranda vd., 2010). Sağlık hizmet kalitesi, bireyler ve toplum için olası sağlık çıktılarını artıran, mevcut profesyonel bilgi ile tutarlı sağlık hizmetleri düzeyidir. Bu açıdan kaliteli hizmet; hizmetin sunumu, bilimsel, kliniksel, teknik, kişilerarası ilişki, el becerisi, bilişsel ve sağlık hizmetinin örgütsel ve yönetsel unsurları hakkında en güncel bilginin kullanımını gerektirmektedir (Lezzoni, 1993).

Kavramsal olarak modern kalite yönetimi yapı, süreç ve çıktıyı barındıran kaliteli bakımın çerçevesini tanımlayan Avedis Donabedian’ın çalışmasına dayanır. Yapı; personel, tedarikçiler, araçlar ve fiziksel kaynaklardır. Süreçler; teşhis, tedavi, hasta bakım prosedürleri ve protokolleridir. Çıktılar ise; hastane enfeksiyon oranları, hastalık ve ölüm oranları, hasta ve çalışan tatmini vb.dir (Al-Assaf, 2001:16-17; Rodkey, 2009). Ayrıca tıbbi teknoloji de bu çerçeve üzerinde etkili olup, sağlık hizmeti ile çıktısının geliştirilmesinde derin bir etkiye sahiptir (Racoveanu vd., 1995). Bir çıktının kalitesi, çıktının bazı özellikler setini bir bireyin kişisel olarak değerlendirmesidir. Bu yüzden kalite, bireysel değer sistemine dayanır. Yüksek kalite, müşteri beklentileri açısından sürekli iyileştirme ile başarılabilir. Sürekli kalite geliştirme amacını, müşteri gereksinimlerini gidererek beklentileri karşılamaktır. Donabedian tarafından sağlık hizmetlerinde kalite; hizmetin bir sonucu olarak, sağlık durumunda hizmete bağlı bir değişiklik olarak belirtmekte ve hizmetin kalitesi arttıkça sağlığın da olumlu yönde gelişmesi beklenmektedir (Campbell vd., 2000; Larson & Muller, 2002; Best & Neuhauser, 2004). Kısaca yüksek kaliteli sağlık hizmeti; profesyonel mükemmelliğin en yüksek derecesi, kaynak kullanımında etkililik, hastalara minimum risk ve sağlıkta olumlu bir etki sağlamalıdır (Racoveanu & Johansen, 1995). Kaliteli hizmetin esasları ideal sağlık hizmetleridir. Bu bağlamda sağlık hizmetleri kalitesinin özelliklerinin ortaya çıkartılması için çalışmalar yapılmıştır. Donabedian, bu özellikleri; etkililik, etkenlik, verimlilik, optimallik, kabul edilebilirlik, yasallık ve eşitlik üzere yedi ana

başlıkta toplamıştır (Donabedian, 1992; Kavuncubaşı & Yıldırım, 2012: 471-474). Bu özellikler bir bütün olarak değerlendirilmeli ve başarı için sağlık hizmetlerinde yeterince sağlanmalıdır.

Kaliteli sağlık hizmeti özellikleri sağlansa bile bazen sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirme çalışmalarında başarı sağlanamayabilir. Bu başarısızlığın nedenleri arasında (Can, 2008:303); başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının kalite çalışmalarına yeterince katılmamaları, dolayısıyla kalite iyileştirme çalışmalarının etkili yapılamaması, çalışmaların iş yükünü artıracak düşüncesi, tepe yöneticilerin kalite çalışmalarını önemsememesi, maliyet/etkililik çalışmalarında yetersizlikler ve kalite iyileştirme çalışmalarını destekleyecek bütçeleme ve planlama sistemleri arasındaki uyumsuzluklardır. Bu başarısızlık nedenlerinin ortaya çıkartılması ve ivedilikle ortadan kaldırılması önemlidir. Çünkü başarı ve dolayısıyla yüksek kaliteli sağlık hizmeti, iç ve dış müşteri tatmini ve yönetim ile çalışanların güçlü uyumları ile sağlanabilmektedir. Böylece halkın güveninin artması, işbirliği, ekip çalışması ve dayanışmanın sağlanması, prestijin ve verimliliğin artması, maliyetlerin azalması ve güvenlik ile sağlığın yükseltilmesi de sağlanmış olacaktır (Anonim, Sağlık Bakanlığı, 2005). Kalitenin sırrı sevgidir. Hastayı, mesleği ve tanrıyı sevmek gereklidir. Eğer bunlar sevilirse, sağlık hizmet sistemi izlenerek geri besleme sağlanabilir ve sağlık hizmetleri geliştirebilir (Best & Neuhauser, 2004). Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması, çalışanların kalite yönetimi ve organizasyon sürecine gönüllü katılımını ve tepe yönetimin önderlik etmesini gerektirmektedir. Bu anlamda ekip anlayışı ile etkili bir kalite yönetimi ve organizasyonu önemli olmaktadır. Kalite yönetimi; bir ürün veya hizmette arzulan özelliklerin belirlenmesi, bu özelliklere sahip ürün ve hizmetin tasarlanması, üretimin gerçekleştirilmesi, ürünlerin arzulan özelliklere sahip olup olmadığının belirlenmesi, ürün ve hizmet sonuçlarının değerlendirilmesi, gerekli olduğunda ürün ve hizmetin özelliklerinin değiştirilmesi faaliyetleri içermektedir (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2012:474).

Bu araştırma, sağlık çalışanlarının hastane kalite çalışmaları hakkındaki görüşleri ile kalite algısının belirlenmesi ve bunların demografik değişkenler açısından değerlendirilmesi amacıyla yapıldı. Hastanelerde sağlık ekibinin olmazsa olmaz üyeleri olan yöneticiler, doktorlar ve hemşirelerin hastane kalite çalışmalarına ilişkin görüşleri ile kalite algılarının ölçülmesi ve değerlendirilmesi, hastanelerde kaliteli hizmet sunulması ve hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilmesine önemli katkı sağlayacaktır.

2. YÖNTEM

Sağlık çalışanlarının kurumsal kalite yaklaşımı, kalite çalışmalarına destek vermesi, bu çalışmalara katılımı ve kaliteye güven duyması hastane kalite yönetimi ve kaliteli hizmet sunumu açısından önemlidir. Bu araştırma, “hastane sürekli kalite geliştirme sürecinin devamlılığını sağlamak için sağlık çalışanlarının kalite çalışmalarına yönelik görüşleri ve kalite algısı, demografik değişkenlere göre farklıdır”, varsayımından hareketle tasarlandı. Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma, Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Tekirdağ Kamu Hastaneler Birliği’ne bağlı hizmet kalitesi değerlendirme puanı yüksek olan ikinci basamak bir hastane olan Çorlu Devlet Hastanesi’nde yapıldı. Modern bir binaya sahip olan hastane 400 yataklı olup, araştırma yapıldığı dönemde kalite değerlendirme puanı 100 puan üzerinden 93 puandır. Araştırma için Tekirdağ Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği’nden izin alındı. Veriler anket formu ile toplandı. Anket, başta Koç (2006:159-162)’un çalışması olmak üzere mevcut çalışmalardan yararlanılarak uyarlandı ve son şekli verildi. Araştırma kapsamına alt, orta ve üst düzey yöneticiler, doktorlar (Tüm doktorlar uzmandır) ve hemşirelerden oluşan sağlık çalışanları alındı. Uygulamadan önce çalışanlara araştırma hakkında bilgi verildi ve gönüllü katılımları sağlandı. Tesadüfi örnekleme yöntemiyle, 340 çalışandan oluşan araştırma evreninden, her grubu yeterli oranda temsil edecek şekilde örneklem rasgele seçildi ve 220 kişiye 1-31 Mayıs 2014 tarihleri arasında anket uygulandı. Araştırma grubunun %63’üne ulaşıldı. Hatalı ve eksik doldurulan anketler çıkarıldıktan sonra, eksiksiz yanıtlanan 214 anket değerlendirilme alındı.

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 22,0 for Windows paket programında %95 güvenle yapıldı. Kategorik veriler frekans ve yüzde ile, sürekli veriler ortalama ve standart sapma ile hesaplandı. Veri setinin faktör analizi için uygunluğunun değerlendirilmesinde kullanılan iki değerden ilki Kaiser Mayer Olkin (KMO) değeridir (Alpar, 2011; 286-291). Yapılan faktör analizi sonucunda 8., 19. ve 28. sorular iki faktörde 0,40 değeri üzerinde yüke sahip ve binişik özellikte olduklarından analizden çıkarılarak analiz yenilendi. Yenilenen analiz sonucunda ölçeğin KMO değeri 0,888 olduğundan veri seti faktör analizi için uygun bulundu. Bartlett testi sonucu incelendiğinde ise yüksek düzeyde anlamlı sonuç elde edildi ($X^2=3064,319$; $sd:496$; $p=0,001$). Değişkenler arasında yüksek

korelasyon bulundu. Ölçek 4 faktörden oluştu ve bu 4 faktörün varyansa yaptığı toplam katkı % 48,52'dir. Bu faktörler; Faktör 1: Kurumsal kalite, Faktör 2: Destek, Faktör 3: Katılım ve Faktör 4: Güvendir. İlk üç faktörün puanlarının yüksek, dördüncü faktörün puanının düşük olması beklenmektedir. Çünkü kurumsal kalite, destek ve katılım faktörlerinin değişkenleri olumlu iken güven faktörünün değişkenleri olumsuzdur. Değerlendirmeye esas değişkenlerde bireylerin kalite algısı, en olumsuzdan en olumluya doğru 1-5 arasında puanlandı. Sürekli verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ile Shapiro-Wilk analizleri ve histogram grafikleri ile değerlendirildi. Verilerin normal dağılmadığı görüldü. Bu nedenle sürekli verilerin iki grup arasında karşılaştırılmasında Mann Whitney U, ikiden fazla grup arasında karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H istatistiksel analizleri kullanıldı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Ölçeğin güvenilirliği Cronbach alfa (α) katsayısı ile ölçüldü. Cronbach alpha katsayısı, ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının bir ölçüsüdür (Alpar, 2011; 814-815). Ölçek güvenilirliği incelendiğinde; kurumsal kalite $\alpha=0,902$ ve destek $\alpha=0,823$ yüksek derecede güvenilir, katılım $\alpha=0,708$ ve güven $\alpha=0,693$ oldukça güvenilir, genel ölçek ise $\alpha=0,923$ yüksek derecede güvenilir bulundu. Ölçeğin oldukça ve yüksek derecede güvenilir olduğu belirlendi.

Araştırmanın bazı kısıtları vardır. Bunlardan ilki örneklemin kısmen küçük olmasıdır. Diğer bir kısıt, araştırma kapsamına sadece yöneticiler, doktorlar ile hemşirelerin alınması ve diğer çalışanların ihmal edilmesidir. Bir başka kısıt, araştırmaya katılmayı istemeyen, araştırma sırasında sağlık sorunu, yasal izin ve diğer nedenlerle hastanede bulunmayan ve hastanede 6 aydan az çalışanların araştırma kapsamı dışında bırakılmasıdır. Bu nedenlerle araştırma bulguları genellenemez.

3. BULGULAR

3.1. Demografik Değişkenler ve Çalışanların Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Eğitimi

Çalışanların yaş ortalaması $37,84 \pm 8,75$ (minimum 19 ve maksimum 65)'tür. Ayrıca çalışanların %72,9'unun kadın, %84,5'inin 30 yaş ve üstü, 57,9'unun yönetici, %23,8'inin doktor, %68,2'sinin hemşire, %80,4'ünün evli, %88,3'ünün ön lisans ve üstü eğitilmiş, %86'sının 5 yıldan fazla mesleki deneyim ve %63,6'sının bir yıldan fazla hastane kıdemine sahip olduğu bulundu (Tablo 4). Öte yandan çalışanların %95,8'inin SKS ile ilgili eğitim aldığı ve bunların %76,3'ünün bu eğitimi hizmet içi eğitim şeklinde aldığı belirlendi. Çoğunluğun eğitimlerle sağlıkta kalite standartları (SKS) uyumunda artış olduğunu, yaklaşık yarısının SKS eğitimi almaya istekliyken yarısının isteksiz olduğu tespit edildi. Eğitime istekli olanların en fazla kendilerini sağlıkta kalite konusunda geliştirmek amacıyla, isteksiz olanların ise gerçek eksikliklerin tespit edilmediği kanaatinde olduğu gerekçesini ileri sürdüğü belirlendi (Tablo 1).

Eğitime istekli olanların; kendilerini sağlıkta kalite konusunda geliştirmek, sağlıkta kalite standartlarındaki değişiklik ve gelişmeleri öğrenmek, en iyi bakımı verebilmek, standartları sağlamak, hastalara daha kaliteli hizmet sunmak gibi amaçları olduğu bulundu. Eğitime isteksiz olanların ise; gerçek eksikliklerin tespit edilmediği kanaatinde olduğu, uzun yıllar eğitim aldıklarından dolayı bıktığı, gereksiz bulunduğu, ilgilenmediği ve zamanının olmadığı gibi gerekçeler ileri sürdüğü belirlendi.

Tablo 1: Demografik Değişkenler ve Çalışanların SKS Eğitimi Dağılımı

Demografik Değişkenler ve SKS Eğitimi	Gruplar	n (Çalışan sayısı)	% (Yüzde)
Cinsiyet	Erkek	58	27,1
	Kadın	156	72,9
Yaş	30'dan küçük	33	15,4
	30-39	101	47,2
	40-49	57	26,6
	50 ve üzeri	23	10,7

Unvan	Yönetici	22	7,9
	Doktor	51	23,8
	Hemşire	146	68,2
Medeni durum	Evli	172	80,4
	Bekâr	42	19,6
Eğitim	Lise ve dengi okul	25	11,7
	Ön lisans	55	25,7
	Lisans	71	33,2
	Yüksek lisans, doktora	63	29,4
Mesleki deneyim (yıl)	1 yıldan az	7	3,3
	1-5	23	10,7
	6-10	47	22,0
	11-15	41	19,2
	16-20	42	19,6
	20 yıl ve üstü	54	25,2
Hastane kıdemi (yıl)	1 yıldan az	47	22,0
	1-5	78	36,4
	6-10	38	17,8
	11-15	20	9,3
	16-20	15	7,0
	21 yıl ve üstü	16	7,5
SKS ile ilgili	Eğitim alan	204	95,8
	Eğitim almayan	9	4,2
Eğitim türü	Örgün (lisans-yüksek lisans)	16	7,7
	Hizmet içi eğitim	158	76,3
	Bilimsel etkinlikler (sempozyum-kongre)	23	11,1
	Kurs-sertifika	10	4,8
Alınan eğitimler ve SKS uyumu	Uyum artışı oldu	161	77,4
	Uyum artışı olmadı	47	22,6
SKS eğitimi almaya	İstekli	103	48,6
	İstekli değil	109	51,4
SKS eğitimi almayı isteme nedenleri	Kendimi sağlıkta kalite konusunda geliştirmek için	36	34,6
	Sağlıkta kalite standartlarındaki değişiklik ve gelişmeleri öğrenmek	28	26,9
	En iyi bakımı verebilmek standartları sağlamak	22	21,2
	Hastalara daha kaliteli hizmet sunmak	15	14,4
	Çalıştığım kurumda kalite standartlarının artmasını sağlamak	3	2,9
SKS eğitimi almayı istememe nedenleri	Gerçek eksikliklerin tespit edilmediği kanaatindeyim	53	24,8
	Uzun yıllar eğitim aldığımızdan dolayı bıktık	40	18,7
	Gereksiz buluyorum	14	6,7
	İlgilenmiyorum	13	6,1
	Zaman yok	11	5,1
	Eğitim verenlerin yetkin olduğuna inanmıyorum	4	1,9
	Kendi eğitimimi kendim gerçekleştiriyorum	2	0,9

	Diğer	2	0,9
--	-------	---	-----

3.2. Çalışanların Kalite Çalışmalarına Yönelik Görüşleri

Çalışanların %75,2'sinin hastanede kalite çalışmalarına karşı isteksiz grup olduğu, bunların da %87'sinin hekimlerden oluştuğu ve eğitim sonrası büyük oranda fikir değişikliği olmadığı ama %84,1'inin hastanede kalite çalışmalarının etkili uygulandığını ifade ettiği belirlendi. Çalışanların büyük oranda uygulanan kalite programının sunulan hizmete olumlu etkisinin olduğunu belirtmesine karşın, %21'inin etkilemediğini ve %6,1'inin olumsuz etkilediğini belirtmesi dikkat çekicidir. Kalite uygulamalarının gelecek 10 yıldaki önemi ve kullanımının azalacağına inanan grup %23,8'dir. Kalite çalışmalarında hastanenin en güçlü yönü müşteri memnuniyetine odaklı bir yönetim anlayışı ve çalışmaların hastaneye en önemli katkısının müşteri odaklı yaklaşım olduğu belirlendi. Çalışanların %6,1'inin kalite çalışmalarının hastane hizmetlerine hiç katkısının olmadığını ve 0,5'inin çalışan memnuniyetini azalttığı şeklinde algıladığı saptandı (Tablo 2).

Tablo 2: Çalışanların Kalite Çalışmalarına Yönelik Görüşleri

Kalite çalışmalarına yönelik değişkenler	Gruplar	n	%
Kurumda kalite çalışmalarına isteksiz grup	Var	161	75,2
	Yok	53	24,8
Kalite çalışmalarına isteksiz grup	Yöneticiler	7	4,3
	Doktorlar	140	87,0
	Hemşireler	21	13,0
Eğitim sonrası fikir değişikliği	Oldu	30	18,8
	Olmadı	130	81,3
Kurumda kalite çalışmaları	Etkili uygulanıyor	180	84,1
	Etkili uygulanmıyor	34	15,9
Kurumda kalite çalışmalarının amacına ulaşması ve yaygınlaştırması için	Motivasyonu sağlayarak çalışanların katılımını sağlaması	31	14,6
	Ani ve hızlı değişim yerine aşamalı değişimin sağlanması	27	12,7
	Üst yönetimin bu çalışmaları bu çalışmaları benimsemesi ve iyi tanınması	25	11,7
	Kalite sorumluluğunun hastane çapında yaygınlaştırılması	13	6,1
	Dış danışmanlık hizmeti alınması	3	1,4
Kurumda kalite çalışmalarının yönetim şekli	Eğitimlerle sürekli bilgilendirmenin sağlanması	3	1,4
	Kalite çalışmaları her aşamada yönetici ve çalışanların ortak kararı ile yürütülür	91	42,5
	Kalite süreci mantığı açıklanarak, çalışanların katkısı sağlanır	83	38,8
	Kalite uygulamaları isteği üst yönetimden gelir, çalışanlar buna uyar	31	14,5
Kurumda uygulanan kalite programının sunulan hizmete etkisi	Kalite uygulamaları isteği üst yönetimden gelir, çalışmalar buna direnç gösterir	9	4,2
	Olumlu etkiledi	156	72,9
	Etkilemedi	45	21,0
Kalite uygulamalarının gelecek 10 yıldaki önemi ve kullanımı	Olumsuz etkiledi	13	6,1
	Azalacak	51	23,8
Kalite sürecinin kurumsal ile kişisel yönetim felsefesi uyumu	Azalmayacak	163	76,2
	Uyumlu olup, aynı doğrultuda olacak	151	70,6
Kalite çalışmalarını konusunda	Uyumlu değil, farklı yönlü olacak	63	29,4
	Müşteri memnuniyetine odaklı bir yönetim anlayışı	198	92,5

kurumun güçlü yönü	Hizmette kaliteyi ön planda tutan bir çalışma anlayışı	187	87,4
	Karar mekanizmasında akılcılık	156	72,9
	İletişim mekanizmalarının işlerliği	155	72,4
	Örgüt ikliminin motivasyon artırıcı nitelikte olması	140	65,4
Kalite çalışmalarının kuruma katkısı	Müşteri odaklı yaklaşım sağlandı	89	41,6
	Kanıtı dayalı çalışma anlayışı sağlandı	29	13,6
	Tercih edilir hastane olmayı sağladı	29	13,6
	Bütünleşme ve katılımcı ortam yarattı	28	13,1
	Hiç katkısı olmadı	25	11,7
	Verim arttı	13	6,1
	Çalışan memnuniyetini azalttı	1	0,5
Kurumda kalite çalışmalarının başarısını sağlayan etken	Çalışanların kalite anlayışı	144	67,3
	Üst yönetimin kalite anlayışı	46	21,5
	Finansal imkanlar	16	7,5
	Kullanılan teknoloji, uzmanlık ve malzeme kapasitesi	8	3,7

3.3. Kalite Algısı Ölçeğinin Faktörleri, Faktör Yükleri ve Çalışanların Katılımı

Çalışanların kalite algısı, katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum seçenekleri birlikte değerlendirildiğinde: Kurumsal kalite faktöründe “Kalite uygulamalarının hasta odaklı çalışmayı hedeflediğine inanıyorum” (%67,3); destek faktöründe “Kalite çalışmalarındaki iyileştirmelerin adım adım gerçekleştirildiğine inanıyorum” (%59,9); katılım faktöründe “Sağlık çalışanı olarak kalite sürecinde gereken çabayı gösteririm” (%76,6); güven faktöründe; “Kalite çalışmalarının hastanemin verimliliğini arttırmadığı inancındayım” (%24,8) değişkenleri, faktörler içinde yer alan diğer değişkenlere göre çalışanların en fazla katılma derecesine sahip olduğu değişkenlerdir (Tablo 3).

Tablo 3: Kalite Algısı Ölçeğinin Faktörleri, Faktör Yükleri ve Çalışanların Katılım Oranları

Kalite Algısı Ölçeği Faktörleri ve Alt Değişkenleri	Faktör Yükleri	Katılma Derecesi (n ve %)				
		1	2	3	4	5
Faktör 1: Kurumsal Kalite						
14.Kalite çalışmaları ile işlerin sistem bütünlüğü içerisinde değerlendirildiği inancındayım.	0,695	12	22	76	84	20
		5,6	10,3	35,5	39,3	9,3
3.Kalite uygulamalarının çalışanların bireysel gelişimini sağladığı düşüncesindeyim.	0,684	11	30	63	80	30
		5,1	14	29,4	37,4	14
12.Kalite çalışmalarının objektif verilerin toplanmasını sağladığı inancındayım.	0,657	11	30	77	74	22
		5,1	14	36	34,6	10,3
13.Kalite çalışmalarıyla tüm çalışanların yetki ve sorumluluklarının tanımlandığı düşüncesindeyim.	0,652	14	27	68	85	20
		6,5	12,6	46,3	31,8	9,3
4. Kalite çalışma sonuçlarına göre, hastanemle ilgili daha gerçekçi stratejiler oluşturulduğu inancındayım.	0,632	6	21	99	68	20
		2,8	9,8	46,3	31,8	9,3
11.Çalışanların kalite çalışmalarının bir parçası olmaktan gurur duyduklarına inanıyorum.	0,628	20	29	77	69	19
		9,3	13,6	36	32,2	8,9
6.Kalite çalışmaları sürecinde hastanemde tüm işlerin tanımlandığı düşüncesindeyim.	0,617	11	25	86	80	12
		5,1	11,7	40,2	7,4	5,6
5.Kaliteli hizmet sunmak için hastanemle tedarikçilerin işbirliği		8	25	88	72	21

İçinde çalıştıkları inancındayım.	0,603	3,7	11,7	41,1	33,6	9,8	
26.Kalite çalışmaları ile verilerin sistematik bir şekilde toplandığı inancındayım.	0,579	2	19	85	95	13	
22.Kalite çalışmalarında periyodik değerlendirmeye iyileştirmelerin sağlandığı kanısındayım.	0,508	0,9	8,9	39,7	44,4	6,1	
10.Hastanedeki sorunların çözümünde yöneticilerin karar esnekliği tanıdığına inanıyorum.	0,492	4	14	101	73	22	
1.Kalite uygulamalarının hasta odaklı çalışmayı hedeflediğine inanıyorum.	0,492	1,9	6,5	47,2	34,1	10,3	
7.Kalite çalışmaları ile hastanemde genel hedeflerle bölüm hedeflerinin uyumlaştığına inanıyorum.	0,453	13	22	74	92	13	
Faktör 2: Destek		0,492	6,1	10,3	34,6	43	6,1
31.Kalite çalışmalarının çalışanların yaratıcı düşüncelerini ortaya çıkardığına inanıyorum.	0,714	6	11	53	82	62	
27.Kalite çalışmalarının iş süreçlerimizin gücünü arttırarak işlerlik kazandırdığına inanıyorum.	0,640	2,8	5,1	24,8	38,3	29	
35.Kalite çalışmalarındaki iyileştirmelerin adım adım gerçekleştirildiğine inanıyorum.	0,599	4	25	78	78	29	
30.Kalite çalışmalarının kurum kültürüne uygun olduğuna inanıyorum.	0,586	1,9	11,7	36,4	36,4	13,6	
25.Kalite uygulamaları ile çalışanların kararlara katılım isteğinin arttığı düşüncesindeyim.	0,574	11	37	73	75	18	
34.Hastane problemlerinin kalite anlayışı ile etkin bir şekilde çözüleceği kanısındayım.	0,567	5,1	17,3	34,1	35	8,4	
23.Hasta beklentilerini önceden tahmin ederek girişimde bulunulduğu kanaatindeyim.	0,486	8	27	87	79	13	
33.Kalite çalışmalarının hastanemde maliyetleri düşürdüğü inancındayım.	0,421	4	8	74	99	29	
Faktör 3: Katılım		5	18	85	91	15	
15.Kalite iyileştirme çalışmaları amaç ve hedeflerine katkı sağlarım.	0,663	2,3	8,4	39,7	42,5	7	
2.Sağlık çalışanı olarak, kalite sürecinde gereken çabayı gösteririm.	0,657	11	33	85	75	10	
16.Hastaların istek ve beklentilerini ne ölçüde karşıladığımı bilirim.	0,571	8	17	88	89	12	
28.Hastanedeki tüm yönetim faaliyetlerinin kalite felsefesine göre yerine getirildiği görüşündeyim.	0,520	3	16	90	78	27	
21.Kalite uygulamalarının hastanenin tüm işlevlerini ilgilendirdiğini düşünüyorum.	0,515	1,4	7,5	42,1	36,4	12,6	
17.Üst yönetimin desteği olmadan kalite çalışmalarının başarısız olacağı kanısındayım.	0,445	21	59	79	45	10	
Faktör 4: Güven		9,8	27,6	36,9	21	4,7	
18.Çalışanların kalite çalışmalarına hazır bulunuşluğunun dikkate alınmadığını düşünüyorum.	0,694	4	8	62	107	33	
		1,9	3,7	29	50	15,4	
		1	10	39	95	69	
		10,5	4,7	18,2	44,4	32,2	
		4	12	59	99	40	
		1,9	5,6	27,6	46,3	18,7	
		5	26	75	91	17	
		2,3	12,1	35	42,5	7,9	
		4	11	64	93	42	
		1,9	5,1	29,9	43,5	19,6	
		8	9	53	84	60	
		3,7	4,2	24,8	39,3	28	
		45	76	53	26	14	
		21	35,5	24,8	12,1	6,5	
		41	93	42	22	16	

24.Kalite çalışmalarının çalışanlarla birlikte yürütülmediği kanaatindeyim.	0,641	19,2	43,5	19,6	10,3	7,5
32.Hastanemde verilerin uygun istatistik teknikler kullanılarak analiz edilmediğini düşünüyorum.	0,601	22	86	77	24	5
20.Kalite çalışmalarının hastanemin verimliliğini arttırmadığı inancındayım.	0,524	32	78	51	37	16
9.Kalite çalışmalarının hasta beklentisinde farklılık oluşturmadığı düşüncesindeyim.	0,520	15	36,4	23,8	17,3	7,5
		58	79	33	31	13
		27,1	36,9	15,4	14,5	6,1

3.4. Çalışanların Hastane Kalite ve SKS Uygulamalarına Yönelik Algı Düzeyleri

Çalışanların kalite algısı incelendiğinde; faktörler açısından ortalama olarak kurumsal kalite (3,39±0,65) ve destek (3,32±0,61) orta, katılım (3,79±0,57), güven (3,50±0,74) ve genel kalite algısı (3,47±0,52) yüksek düzeyde bulundu. Güven faktörü dışındaki faktörlerin puanlarının yüksek olması beklenmektedir. Çünkü kurumsal kalite, destek ve katılım faktörleri olumlu önermeler içerirken, güven faktörü olumsuz önermeler içermektedir. Bu nedenle güven faktörü puanı düşük beklenmektedir.

Hastanenin SKS'nı uygulama amaçları önem sırasıyla; hasta memnuniyetini arttırmak (4,12±1,31), hastane imajını geliştirmek (3,43±0,84), Sağlık Bakanlığı mevzuatlarına uymak (3,43±1,34), maliyetleri azaltarak verimlilikte artış sağlamak (2,24±0,93), rekabet gücü sağlamak (1,79±1,15) olarak belirlendi.

Hastanenin SKS uygulamalarına geçişi sırasında karşılaşılan sorunlar önem sırasıyla; ilave yük getirmesi (3,70±1,41), ekip çalışması, motivasyon ve koordinasyonun sağlanamaması (3,44±1,41), SKS anlama ve uygulamaya geçirmede yaşanan güçlükler (2,90±1,48), iletişim eksikliği ve birimler arası sürtüşmeler (2,10±1,34), üst yönetimin yönetim anlayışı (1,95±1,45), değiştirme ve yeniliklere kapalı olması (0,94±1,42) şeklinde tespit edildi.

3.5. Demografik Değişkenlere Göre Çalışanların Kalite Algısı

Çalışanların kalite algısı ile cinsiyet, unvan, mesleki deneyim ve SKS eğitimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($p < 0,05$); yaş, medeni durum, eğitim ve kurum deneyimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$), (Tablo 4). Fark bulunan gruplarda farkın hangi gruplardan kaynaklandığı Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U analizi ile belirlendi.

Erkek çalışanların katılım, güven ve genel kalite algısı puanları, kadınlardan anlamlı yüksek bulundu ($p < 0,05$). Cinsiyete göre, kurumsal kalite ve destek puanları arasında anlamlı fark belirlenmedi ($p > 0,05$). Unvana göre ise, kurumsal kalite, katılım ve güven faktörleri açısından gruplar arasında anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). Yöneticilerin kurumsal kalite ve katılım puanları doktorlardan anlamlı yüksektir ($p < 0,0083$). Öte yandan doktorların kurumsal kalite ve güven puanları da hemşirelerden anlamlı düşüktür ($p < 0,0083$). Unvana göre destek ve genel kalite algısı puanları arasında anlamlı fark belirlenmedi ($p > 0,05$). Çalışanların mesleki deneyimlerine göre destek, katılım ve genel kalite algısı puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). Mesleki deneyimi 6-10 yıl olan çalışanların destek puanları, mesleki deneyimi 16-20 yıl olanlardan anlamlı yüksektir ($p < 0,0067$). Mesleki deneyimi 1-5 yıl olan çalışanların katılım puanları mesleki deneyimi 1 yıldan az ile 20 yıl ve üstü olanlardan anlamlı düşüktür ($p < 0,0067$). Mesleki deneyimi 1-5 yıl olan çalışanların genel kalite algısı puanları da mesleki deneyimi 20 yıl ve üstü olanlardan anlamlı düşüktür ($p < 0,0067$). Mesleki deneyime göre kurumsal kalite ve güven puanları arasında anlamlı fark belirlenmedi ($p > 0,05$). SKS eğitimi açısından; SKS eğitimi alan çalışanların kurumsal kalite, destek, katılım ve genel kalite algısı puanları SKS eğitimi almayanlardan anlamlı yüksek bulunurken ($p < 0,05$), güven puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo 4: Demografik Değişkenlere Göre Çalışanların Kalite Algısı Puan Dağılımı

Demografik değişkenler	Kurumsal kalite (ort.±ss)	Destek (ort.±ss)	Katılım (ort.±ss)	Güven (ort.±ss)	Genel kalite algısı (ort.±ss)
Cinsiyet					
Erkek	3,25±0,73	3,23±0,66	3,65±0,62	3,29±0,79	3,32±0,6
Kadın	3,45±0,61	3,35±0,58	3,84±0,54	3,58±0,71	3,52±0,48
p	0,064	0,209	0,024*	0,024*	0,046*
Yaş					
30'dan küçük	3,26±0,84	3,31±0,67	3,69±0,71	3,28±0,86	3,36±0,61
30-39	3,38±0,66	3,27±0,65	3,78±0,56	3,54±0,68	3,45±0,54
40-49	3,43±0,55	3,4±0,49	3,84±0,53	3,58±0,79	3,52±0,47
50 ve üzeri	3,55±0,48	3,34±0,62	3,84±0,47	3,5±0,7	3,54±0,45
p	0,629	0,817	0,826	0,518	0,637
Unvan					
Yönetici	3,85±0,47	3,52±0,66	4,10±0,32	3,78±0,54	3,81±0,42
Doktor	3,16±0,72	3,18±0,73	3,59±0,7	3,19±0,91	3,25±0,64
Hemşire	3,43±0,61	3,34±0,55	3,82±0,52	3,58±0,67	3,5±0,46
P	0,002*	0,338	0,005*	0,002*	0,338
Medeni Durum					
Evli	3,41±0,66	3,3±0,63	3,8±0,56	3,53±0,72	3,47±0,53
Bekar	3,34±0,62	3,38±0,51	3,76±0,62	3,39±0,85	3,44±0,5
P	0,452	0,758	0,718	0,486	0,638
Eğitim					
Lise ve dengi	3,35±0,69	3,3±0,61	3,77±0,57	3,57±0,66	3,45±0,51
Ön lisans	3,47±0,57	3,31±0,46	3,83±0,46	3,6±0,67	3,52±0,41
Lisans	3,48±0,61	3,39±0,6	3,88±0,53	3,6±0,69	3,55±0,48
Yüksek lisans-Doktora	3,25±0,72	3,24±0,72	3,66±0,67	3,29±0,86	3,33±0,63
P	0,179	0,636	0,236	0,187	0,206
Mesleki deneyim (yıl)					
1 yıldan az	3,49±0,93	3,38±0,74	4,14±0,45	3,54±0,82	3,59±0,69
1-5	3,2±0,63	3,1±0,49	3,43±0,61	3,33±0,74	3,24±0,5
6-10	3,48±0,74	3,45±0,64	3,8±0,62	3,6±0,82	3,55±0,56
11-15	3,27±0,68	3,31±0,74	3,81±0,58	3,31±0,82	3,39±0,59
16-20	3,36±0,59	3,15±0,49	3,74±0,52	3,5±0,64	3,4±0,44
21 ve üstü	3,51±0,52	3,42±0,54	3,91±0,49	3,65±0,67	3,58±0,44
P	0,079	0,022*	0,019*	0,343	0,040*
Kurum deneyimi (yıl)					
1 yıldan az	3,57±0,46	3,4±0,52	3,91±0,52	3,52±0,74	3,59±0,4
1-5	3,22±0,81	3,23±0,71	3,68±0,64	3,52±0,82	3,36±0,64
6-10	3,35±0,52	3,33±0,52	3,7±0,48	3,46±0,71	3,43±0,45
11-15	3,53±0,53	3,34±0,49	3,95±0,57	3,42±0,66	3,54±0,43
16-20	3,5±0,58	3,43±0,55	3,94±0,47	3,53±0,73	3,57±0,46
21 ve üstü	3,53±0,53	3,3±0,66	3,82±0,48	3,58±0,68	3,54±0,46
P	0,270	0,856	0,230	0,972	0,472
SKS eğitimi					
Alan	3,43±0,62	3,35±0,57	3,81±0,57	3,53±0,74	3,49±0,49
Almayan	2,81±0,8	2,81±0,97	3,43±0,58	3,02±0,78	2,96±0,74
P	0,022*	0,026*	0,022*	0,065	0,015*

Tabloda (*) işareti; p<0,05 anlamında kullanıldı. Ortalama ve Standart Sapma (ort.±ss) şeklinde gösterildi.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada çalışanların kurumsal kalite ve destek puanları orta, katılım ve genel kalite algısı puanları yüksek düzeydedir. Çalışanların kaliteye katılım ve genel kalite algısı, olumlu olarak değerlendirilebilir. Öte yandan çalışanların güven faktöründe yüksek puan aldığı, ancak bu faktörde yer alan ifadelerin olumsuz olduğu, puan arttıkça güvenin azaldığı dikkate alındığında, kaliteye güvenlerinin yetersiz olduğu söylenebilir. Çalışanlara kalite çalışmaları ve elde edilecek olumlu sonuçlar hakkında güven telkin edilmesi ve kaliteye inanmalarının sağlanması gerekmektedir. Bazı araştırmalarda araştırmaya benzer şekilde yöneticilerin genel olarak kalite yönetimini geçici bir heves olarak görmedikleri, destekledikleri ve hastanelerinde kalite yönetiminin uygulanmasında bir lider rolü almak istedikleri bulunmuştur. Yani yöneticilerin kalite yönetimi konusunda genellikle olumlu görüşlerinin olduğu saptanmıştır. Ancak araştırmanın aksine yöneticilerin önemli bir oranda kalite yönetimi hakkında eğitim almadıkları ve kalite yönetimi hakkında bilgi eksiklerinin olduğu veya “orta” düzeyde bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir (Doğan & Kaya, 2004; Ulusoy vd., 2011). Bir başka araştırmada kurumların kalite yönetimine bağlılığının önemi vurgulanmıştır (Khamalahand Lingaraj, 2002). Kalite yönetimine bağlılık, başarılı sağlık hizmeti için vazgeçilemez bir rol oynamaktadır. Hastanelerde büyük ölçüde tatmini sağlanmış ve hastaneyi tekrar tercih eden bağlı müşteriler oluşmasına olanak sağlayan yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sunulmalıdır (Scotti vd., 2007). Yüksek kaliteli hizmet sunulmasında ise çalışanların rolü yadsınmadığı gibi, kaliteli hizmet sunulması çalışanlar açısından, idari ve tıbbi açılarından önemli katkılar sağlayacaktır (Anonim, Sağlık Bakanlığı, 2005:12-13): a) Çalışanlar açısından; motivasyonunun yükselmesi, işe devamsızlıkta azalma, işe daha çok ilgi, işin iyileştirilmesine yönelik istek ve profesyonelleşme sağlanması. b) İdari açıdan; veri toplama ve istatistiksel analizlerin yapılması ile kaynakların kontrol altına alınması, bütün personeli kalite yönetimi faaliyetlerine katılması ile çalışanlar arasında sosyal iletişimin artması, çalışanlara değer verilmesi ile personel hareketliliğinin önüne geçilmesi, hizmet sunanlarla ilgili problemlerin çözülmesi, motivasyon artırıcı yöntemlerin kullanılması ile motivasyonun artması. c) Tıbbi açıdan; laboratuvar tetkik sürelerinin kısılması, radyolojik tekrarların azalması, ameliyathane kullanım sürelerinin verimli hale gelmesi, hastane enfeksiyon oranının düşmesi, hatalı reçete yazma ve ilaç verme oranında azalma. Bu bağlamda sağlık çalışanları yüksek hizmet kalitesi ve hasta tatmini sağlayarak nihayetinde bağlı müşteriler oluşturabilir. Çünkü hizmet kalitesi ile hasta tatmini yakından ilişkilidir (Taylor & Cronin, 1994). Çalışanların yüksek kaliteli hizmet sunması için hem doğrudan hem de müşteri uyumlu algıları vasıtasıyla yüksek başarıya odaklı çalışma sistemlerini benimsemeleri gerekmektedir (Scotti vd., 2007). Ayrıca çalışma ortamında daha kaliteli hizmet üretebilmek için daha iyi çalışma koşullarını bilmek değerlidir. Çalışanların gönüllü olarak kalite geliştirme çalışmalarına katılması sağlanmalıdır (Kim & Han, 2012).

Öte yandan çalışan tatminsizliği ve hastaların bakım kalitesini algısı arasında güçlü bir ilişki vardır. Çalışan tatminsizliği bakım kalitesini negatif olarak etkileyebilir ve hasta bağlılığı üzerinde ve böylece hastane karlılığı üzerinde de ters bir etkiye sahip olabilir (Atkins vd., 1996). Bu yüzden de çalışanların hastane kalite çalışmalarına yönelik algısının izlenmesi gerekmektedir. Değişik açılarından hastanelerde kalite ile ilgili bazı araştırmalar yapılmıştır. Örneğin bir araştırmada Norveç ve Kanadalı meslektaşlarından Birleşik Devletler doktorlarının daha yüksek kaliteli bakım ve daha iyi mesleki özerklik, ancak daha düşük iş tatmini algıladığı belirlenmiştir (Tyssen vd., 2013). Başka bir araştırmada hastaların diğer hastanelere göre, kalitesini daha yüksek olarak değerlendirdiği hastaneye daha fazla güven duydukları belirlenmiştir. O hastane güvenirliliğini başarmış ve tıbbi sonuçlarda diğerlerine göre daha başarılı olmuştur. İletişim (bilgi vermek ve almak) ve tıbbi personeli anlamak (hastaların kişisel endişelerine gösterilen ilgi) anlamlı olarak bu hastanelerde farklı bulunmuştur. Kalitesi daha yüksek olarak değerlendirilen hastanede, hastaların tıbbi ihtiyaçları hakkında eğitmenin, anlamının ve psiko-sosyal ihtiyaçlarını karşılamanın önemi vurgulanmıştır (John, 1991). Hastaların aynı hastane ile ilgili önceki deneyimleri mevcut ya da sonraki hastane deneyimleri ile tatminlerini etkilemektedir ve bu durum görmezden gelinemez (John, 1992).

Hasta odaklı kalite ve tatmin belirleyicileri sağlık hizmet sağlayıcısının seçiminde de önemli bir rol oynar (Bowers vd., 1994). Hemşireler, onların yöneticileri ve diğer çalışanlar arasındaki işbirliği, hemşirelerin iş tatminini artırmada çok önemlidir (Hayes vd., 2010). Araştırmalardan da anlaşılacağı üzere, çalışanların hastane kalite çalışmalarına yaklaşımları olumlu, müşteri odaklı çalışmayı benimsemişler ve hastane kalite algıları yüksek düzeyde ise, verdikleri hizmetin kalitesi yüksek olacağından hem kendileri hem de hastaların daha memnun olacağı söylenebilir.

Araştırmada doktorların kalite çalışmalarına karşı hemşirelerden daha isteksiz olması ve doktorların hemşireler kadar bu çalışmaların başarılı olacağına inanmaması, üzerinde düşünülmesi gereken önemli bir husustur. Ayrıca eğitim sonrası kalite çalışmalarının başarısında isteksizliğini belirten grubun görüşlerinde büyük oranda değişiklik olmaması da eğitim programının revize edilmesini gerektirmektedir. Kalite çalışmalarının sunulan hizmete önemli oranda olumlu etkisinin yanı sıra, etkilemediği ya da olumsuz etkilediğinin de belirtilmesi önemlidir. Özellikle kalite çalışmalarının sunulan hizmeti etkilemediğini ve olumsuz etkilediğini belirten çalışanların nedensel açıklamaları üzerinde inceleme yapılmalıdır. Ayrıca çalışanların hastanenin SKS uygulamalarına geçiş sırasında karşılaşılan sorunların başında belirttiği iş yükü getirmesi, ekip çalışması - motivasyon ile koordinasyonun sağlanamamasının yanı sıra diğer sorunların irdelenerek ivedilikle çözümler üretilmesi gerekmektedir.

Araştırmada, çalışanların kalite algısı ile cinsiyet, unvan, mesleki deneyim ve SKS eğitimi arasında anlamlı fark olduğu belirlendi. Çalışanların cinsiyete göre katılım, güven ve genel kalite algısı puanları arasındaki fark önemlidir. Kadın çalışanların katılım, güven ve genel kalite algısı puanları erkeklerden yüksektir. Kadınların kalite çalışmalarına katılım ve genel kalite algısının erkeklerle göre daha kabul edilebilir düzeyde olduğu söylenebilir. Ancak erkeklerin kaliteye daha fazla güven duyduğu görülmektedir. Erkeklerin kaliteye katılımı ve kalite algısı oluşturma, kadınların ise kaliteye güven konusunda daha fazla teşvik edilmeye gereksinimi vardır. Çalışanların unvanlarına göre kurumsal kalite, katılım ve güven puanları arasındaki fark önemlidir. Yöneticilerin ve hemşirelerin kurumsal kalite ve kaliteye katılım puanları doktorlardan yüksektir. Doktorların kalite çalışmalarının bir sistem bütünlüğü içinde yürütüldüğüne ve uyumlaştırıcı sürecin yeterince başarılı olmadığına inandığı görülmektedir. Ancak yöneticilerin ve hemşirelerin güven puanlarının doktorlardan yüksek olması, kalite çalışmaları ile yakından ilgili olmalarına rağmen güven hissetmediklerini göstermektedir. Yöneticiler ve hemşireler doktorlara göre bir yandan kurumsal kaliteyi benimserken diğer yandan bu çalışmaların yeterince uygun yöntemlerle analiz edilmediğini, verimliliği artırmadığını ve herkesin katılımının sağlanmadığını düşünerek güven duymamaktadırlar. Kısaca kalite konusunda ikilem yaşamaktadırlar. Doktorların kurumsal kalite anlayışını geliştirmek için kaliteye katılımları sağlanmalı, yönetici ve hemşirelerin kaliteye güvenleri artırılmalıdır. Çalışanların mesleki deneyimine göre destek, katılım ve genel kalite algısı puanları arasındaki fark önemlidir. Mesleki deneyimi 6-10 yıl olan çalışanların destek puanları mesleki deneyimi 16-20 yıl olanlardan anlamlı yüksektir. Mesleki deneyimi 6-10 yıl olan çalışanların kalite çalışmalarının iş süreçlerini ve kararlara katılımı olumlu yönde etkilediğine diğer gruplardan daha fazla inanmaktadırlar. Mesleki deneyimi 1-5 yıl olan çalışanların katılım puanları mesleki deneyimi 1 yıldan az ile 20 yıl ve üstü olanlardan düşüktür. Mesleki deneyimi 1-5 yıl olan çalışanların genel kalite algısı puanları mesleki deneyimi 20 yıl ve üstü olanlardan düşüktür. Özellikle mesleki deneyimi az olan çalışanların kalite çalışmalarına katılmaları sağlanmalıdır. Mesleki deneyimi 16-20 yıl olanların kaliteye destekleri teşvik edilmelidir. Çalışanların SKS eğitimi alma durumlarına göre kurumsal kalite, destek, katılım ve genel kalite algısı puanları arasındaki fark önemlidir. SKS eğitimi alan çalışanların kurumsal kalite, destek, katılım ve genel kalite algısı puanları SKS eğitimi almayanlardan anlamlı yüksektir. SKS eğitiminin çalışanların kaliteye yaklaşımlarını oldukça olumlu yönde etkilediği görülmektedir.

Çalışanların kalite algılarını ölçmek, onlar tarafından verilen sağlık hizmetleri kalitesi ile ilgili olarak hem çalışma yapılan hem de aynı statüdeki diğer hastanelere geri bildirim sağlayacaktır. Hastaneler, başarı değerlendirmesi, hasta tatmini ve rekabet üstünlüğü sağlamak için bu geri bildirimlerden yararlanacaklardır (Duggirala, 2008). Kalite çalışmaları detaylı bir hazırlık süreci planlanarak kalite felsefesi anlaşıldıktan sonra yürürlükteki sağlık ve kalite mevzuatı çerçevesinde uygulanmalıdır. Kalite çalışmalarına başta yönetim olmak üzere tüm hastane çalışanları dahil edilmelidir. Yönetimin sağlayacağı koordinasyon, çalışanlar arasında maliyet ve kalite etkili yeni yönlendirmelere hizmet edebilir (Kuhlmann vd., 2013). Yönetim, kalite çalışmalarının her aşamasında rol

almalarını sağlayıcı örgütsel ve yönetsel düzenlemeleri yapmalı; geniş katılımı sağlayan motivasyon araçlarını kullanmalıdır. Bu kapsamda çalışanlara kalite konusunda teorik ve uygulamalı eğitimler verilmelidir.

Araştırmadan elde edilen önemli sonuçlardan biri, doktorların çoğunluğunun hastane kalite çalışmalarına katılmaya isteksiz olmasıdır. Bir diğeri, kalite çalışmalarının çalışanların müşteri odaklı yaklaşımı benimsemelerini sağlamasıdır. Başka bir sonuç, çalışanların kalite algısının bazı demografik değişkenlere göre farklılaşmasıdır. Bu sonuçlardan hareketle hastanelerde çalışanların kalite bilincinin gelişmesi ve kalite yönetimine bağlılığın artmasına yönelik sürekli kalite geliştirme çalışmaları yapılması yararlı olacaktır. Çalışmalar kapsamında kalite yönetimine ilişkin eğitimler stratejik bir plan ve programla yürütülmelidir. Ayrıca kalite yönetiminde başarılı hastanelerle stratejik iş birlikleri kurulmalıdır.

Bu araştırmanın benzer araştırmalara yön vermesi ve sürekli kalite geliştirme konusunda sağlık yöneticilerinin kararlarına destek olması beklenmektedir. Sağlık kurumlarında iç ve dış müşterilerin kalite algısı ve bunun hizmet performansına etkisine yönelik kapsamlı çalışmalar yapılması önerilmektedir.

YAZARLARIN KATKISI

M. Örtlek: Tasarım, veri toplama, yorumlama ve makale yazma. A. Yanık: Tasarım, veri analizi, yorumlama, makale yazma ve edit etme. A.C. Kalkan: Uygulama ve yorum desteği. S.Topaloğlu, A. Kalaner ve A. Baç: Veri toplama.

BİLGİ

Bu makale V. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi'nde tartışılmış ve kongre kitabında özet olarak yayınlanmıştır.

KAYNAKLAR

Al-Assaf, A. (2001). Health care quality: An international perspective, (Al-Assaf AF, Editor). World Health Organization SEARO, Number: 35, Regional Office for South-East Asia, New Delhi.

Alpar, R. (2011). Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel yöntemler. Bölüm 18: Güvenilirlik (s: 807-828) ve Bölüm 9: Faktör analizi (s: 261-307), Detay Yayıncılık, 3. Baskı, Ankara.

Atkins, P.M., Marshall, B.S. & Javalgi, R.G. (1996). "Happy employees lead to loyal patients. Survey of nurses and patients shows a strong link between employee satisfaction and patient loyalty". J Health Care Mark, 16(4), 14-23.

Anonim (2005). Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kalite Yönetimi Hizmetleri Şube Müdürlüğü. Hastaneler İçin Kalite Yönetimi Uygulama Kılavuzu. Ankara.

Best, M. & Neuhauser, D. (2004). "Avedis Donabedian: Father of quality assurance and poet". Qual Saf Health Care, 13(6), 472-3.

Bowers, M.R., Swan, J.E. & Koehler, W.F. (1994). "What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?". Health Care Manage Rev, 19 (4), 49-55.

- Campbell, S.M., Roland, M.O. & Buetow SA. (2000). "Defining quality of care". Soc Sci Med., 51(11), 1611-25.
- Can, A. (2008). "Örgüt kültürünün hastanelerde toplam kalite yönetimi uygulamalarına uygunluğunun testine yönelik bir araştırma". Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 13(3), 293-307.
- Donabedian, A. (1992). "Kalite güvencesi". Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi, 1(1), 15-48.
- Doğan, S. & Kaya, S. (2004). "Aksaray'daki Sağlık Bakanlığı hastane yöneticilerinin toplam kalite yönetimi konusundaki algıları". Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7(1), 65-83.
- Duggirala, M., Rajendran, C. & Anantharaman, R.N. (2008). "Patient-perceived dimensions of total quality service in healthcare". Benchmarking: An International Journal, 15(5), 560-83.
- Gaur, S.S., Xu, Y., Quazi, A. & et al. (2011). "Relational impact of service providers' interaction behavior in healthcare". Managing Service Quality, 21(1), 67-87.
- Hayes, B., Bonner, A. & Pryor, J. (2010). "Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: A review of recent literature". J Nurs Manag., 18(7), 804-14.
- John, J., (1991), "Improving quality through patient-provider communication", J Health Care Mark, 11 (4), 51-60.
- John, J. (1992). "Patient satisfaction: The impact of past experience". J Health Care Mark., 12(3), 56-64.
- Kavuncubaşı, Ş, Yıldırım, S. (2012). Hastane ve sağlık kurumları yönetimi, Siyasal Kitabevi, 3.Baskı, Ankara.
- Kim, J. & Han, W. (2012). "Improving service quality in long-term care hospitals: National evaluation on long-term care hospitals and employees perception of quality dimensions". Osong Public Health Res Perspect, 3(2), 94-9.
- Khamalah, J.N., Lingaraj, B.P. (2002). Study of quality management in small organizations providing services directed at people journal of business and economics research, 1(2), 61-68.
- Koç, Ö. (2006). İstanbul ilinde ISO 9001: 2000 belgesi alan Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki üst düzey yöneticilerin kalite anlayışı. Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Akbal Ergün Y., Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kuhlmann, E., Burau, V., Correia, T. & et al. (2013). "A manager in the minds of doctors: A comparison of new modes of control in European hospitals". BMC Health Serv Res., 13, 246.
- Larson, J.S. & Muller, A. (2002). "Managing the quality of health care". J Health Hum Serv Adm., 25(3), 261-80.
- Lezzoni, L.I. (1993). "Monitoring Quality of Care: What Do Need to Know?". Inquiry, 30(2), 112-4.
- Miranda, F.J., Chamorro, A., Murillo, L.R. & Vega, J. (2010). "Assessing primary healthcare services quality in Spain: managers vs. patients perceptions". The Service Industries Journal, 30(13), 2137-49.
- Racoveanu, N.T. & Johansen, K.S. (1995). "Technology for the continuous improvement of the quality of health care". World Health Forum, 16 (2), 138-44.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Rodkey, G.V. & Itani, K.M. (2009). "Evaluation of healthcare quality: a tale of three giants". Am J Surg., 198(5), S3-S8.

Scotti, D.J., Harmon, J. & Behson, S.J. (2007). "Links among high-performance work environment, service quality, and customer satisfaction: an extension to the healthcare sector". J Healthc Manag., 52(2), 109-24.

Taylor, S.A. (1994). "Distinguishing service quality from patient satisfaction in developing satisfaction in developing health care marketing strategies". Hosp Health Serv Adm., 39(2), 221-36.

Tyssen, R., Palmer, K.S., Solderg, I.B. & et al. (2013). "Physicians' perceptions of quality of care, professional autonomy, and job satisfaction in Canada, Norway, and the United States". BMC Health Serv Res., 13, 516.

Taylor, S.A. & Cronin, J.J. Jr. (1994). "Modeling patient satisfaction and service quality". J Health Care Mark., 14(1), 34-44.

Ulusoy, H., Biçer, E. & Naldöken, Ü. (2011). "Hastane yöneticilerinin toplam kalite yönetimine ilişkin görüşleri". Cumhuriyet Tıp Dergisi, 33, 17-25.

MERKEZİ HASTANE RANDEVU SİSTEMİNİN İŞLEYİŞİ ÜZERİNE BİR ALAN ARAŞTIRMASI

Dr. Mustafa Kemal KÖRDEVE

kemal.kordeve@gedik.edu.tr

Belma Uzun

belma.uzun@gedik.edu.tr

Yrd. Doç. Dr. Erdiñç Ünal

erdinc.unal@okan.edu.tr

Özet

Ülkemizde 2003 sağlıkta dönüşüm programı ile beraber birçok yeni uygulamaya geçilmiştir. Bu uygulamalardan birisi de Merkezi Hastane Randevu Sistemidir (MHRS). İlk defa 2010 yılında uygulanmaya başlayan ve telefon ve internet üzerinde hastane randevularını düzenleyen bu sistem büyük bir öneme sahiptir.

Bu çalışmanın amacı MHRS'nin kullanıcılar tarafından verimli kullanılıp kullanılmadığını araştırmak ve sistemin aksayan yönlerini tespit etmektir. Aynı zamanda MHRS kullanımının yaş, cinsiyet ve eğitim değişkenleri ile arasında ilişki olup olmadığını tespit etmektir. Bu amaçla toplam 25 sorudan oluşan bir anket uygulaması yapılmıştır. Anket soruları 5'li Likert ölçeğine göre hazırlanmıştır. 2017 mart-mayıs ayları arasında gerçekleştirilen çalışmaya toplam 187 kişi katılmıştır. Yapılan analizler sonucunda cinsiyet ve eğitim değişkenleri ile MHRS uygulamaları arasında %99 güven aralığına göre ilişki tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Merkezi Hastane Randevu Sistemi, hasta, randevu

A FIELD INVESTIGATION ON THE CENTRALIZED DOCTOR APPOINTMENT SYSTEM

Abstract

In Turkey, it has been introduced many new applications with the 2003 health transformation program. One of these applications is Centralized Doctor Appointment System (CDAS). This system which was first implemented in 2010 and regulates hospital appointments over the telephone and internet have very important.

The purpose of the study is to investigate whether CDAS is being used efficiently by the users and to determine the defective aspects of the system. at the same time, the aim of study was to determine whether there is a relationship between CDAS with age, sex and education. For this purpose a questionnaire which consist of 25 questions was made. The survey questions were prepared according to the Five Point Likert Scale. The survey that has been done between March and May 2017 was participated 187 person. As a result of the analyzes, the relationship between gender and educational variables and CDAS was determined according to 99% confidence interval.

Key words: Centralized Doctor Appointment System, patient, appointment

GİRİŞ

Hastaların randevularına zamanında gelmeleri hasta ve sağlık kuruluşları için önem arz etmektedir (Yüce ve ark., 2006). Bu önemi nedeniyle sağlık kuruluşunca kullanılacak bilgi ve yönetim sistemlerinin hatasız olması gerekmektedir (Yılmaz ve Demirkan, 2012). Diğer bir ifadeyle kaliteli bir sağlık sisteminin oluşumunu sağlamak için öncelikle iyi bir bilgi sistemi oluşturulmalıdır (Terlemez, Şahin ve Dilek, 2014). Ülkemizde daha etkin ve verimli bir şekilde sağlık hizmetlerine ulaşılabilmesi için 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Projesi yürürlüğe konulmuştur (Özata, 2009).

Bu programla tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınarak sigortasız kimsenin kalmaması, Aile hekimliğini sistemine geçilmesi, personel temini problemi olan yerlerde sözleşmeli personel alımı yapılması, performansa dayalı döner sermaye sistemine geçilmesi, SSK, Bağ-Kur ve emekli sandığının aynı çatı altında birleştirilmesi hedeflenmiştir (Erençin ve Yolcu, 2008). Bununla birlikte akılcı ilaç ve malzeme yönetimi ile sağlık bilgi sisteminin kurulması (Özata, 2009) sağlıkta dönüşüm programının diğer bileşenlerini oluşturmaktadır.

Bu hedefler doğrultusunda 2005 yılında tüm SSK'lılara devlet hastanelerine ve eczanelere erişim hakkı tanınmıştır (Koçak ve Tiryaki, 2011), program kapsamında kısa süre içerisinde ülke genelinde sağlık sigortalı oranının %87'lere çıktığı ifade edilmiştir (Elbek ve Adaş, 2009). Dönüşümle birlikte 2005 yılından itibaren aile hekimliği uygulamasına geçilmeye başlanmıştır (Durduran ve ark, 2012).

Bu program kapsamındaki çalışmalardan birisi de Merkezi Hastane Randevu Sistemidir (MHRS). Sağlık bakanlığı 2003 sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde tüm hastanelerde otomasyon sistemine geçilmesi ile birlikte öncelikle Aile Hekimliği Bilgi Yönetim Sistemi, Ulusal Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi, İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Sistemleri hayata geçirilmiştir (Ak, 2009). MHRS, vatandaşların Sağlık Bakanlığına bağlı 2 ve 3. basamak Hastaneler ile Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri için 182 MHRS Çağrı Merkezini arayarak canlı operatörlerden (www.tkhk.gov.tr) veya www.mhrs.gov.tr sitesinden, üye olarak elde edecekleri şifrelerle, kendilerine istedikleri hastane ve hekimden randevu alabilecekleri bir uygulamadır. Uygulama ile vatandaşlar Türkiye genelinde Sağlık Bakanlığı bağlı hastanelerinden tercih ettikleri uzmanlık alanlarında istedikleri hekimden kendilerinin belirleyebileceği gün ve saate randevu alabilmektedirler. Bu sistem ilk defa 2010 yılında Erzurum ve Kayseri illerinde pilot bölge uygulaması olarak hayata geçirilmiştir. 2012 yılında ülke genelinde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde uygulanmaya başlandı. 2013 yılında ise Aile Sağlığı Merkezleri de sisteme dahil edildi (www.mhrs.gov.tr) MHRS'nin kuruluş amacı sağlık personelinin ve sağlık kuruluşlarının daha etkili ve verimli bir şekilde hizmet vermesini sağlayarak sağlık politikalarının geliştirilmesine yardımcı olmaktır. Doğru kullanılacak bir randevu sistemiyle kimlere hangi hizmetlerin verileceği önceden planlanabilecek ve böylece hem daha etkin bir sağlık hizmeti verilecek hem de atıl hizmet kapasitesi minimuma indirilebilecektir.

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu çalışma İstanbul İlinde bulunan bir hastaneden hizmet alan hastalar üzerinde anket yöntemi ile yapılmıştır. Anket soruları araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak hazırlanmıştır. Çalışma MHRS ile randevu alan hastaların MHRS'yi verimli kullanıp kullanmadıklarını araştırmak için yapılan nicel bir araştırmadır. Bu nedenle araştırmada anket uygulaması yapılmıştır. Anket soruları iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcılara ait demografik değişkenlere yer verilmiş olup; ikinci bölümde ise MHRS ile ilgili sorular sorulmuştur. Araştırmada 5'li Likert tipi ölçek kullanılmıştır.

Araştırmanın amacı

Bu çalışmanın amacı MHRS'nin vatandaşlarca verimli kullanılıp kullanılmadığını araştırmak ve varsa sistemin aksayan yönlerini tespit etmektir. Bu amaçla anket uygulaması yapılmıştır. Katılımcıların cevaplarını 'Hiç

Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Fikrim Yok (3), Katılıyorum (4), Kesinlikle Katılıyorum (5)' şeklinde vermeleri istenmiştir. Anketler, "SPSS Statistics 22.0" programına girilerek analiz edilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma zaman kısıtından ve yasal izin güçlüğünden dolayı 2017 Mart ve Mayıs aylarında bir hastaneden hizmet alan hastalar üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya katılım gönüllü olduğundan 187 kişi ile sınırlı kalmıştır.

Araştırmanın evren ve örnekleme

İstanbul İlinde bir hastanede yapılan araştırmaya 135 kadın, 52 erkek olmak üzere toplam 187 kişi katılmıştır. Katılımcılara ait demografik değişkenler aşağıdaki tablodaki gibidir.

Tablo 1. Katılımcılara ait demografik özellikler

		Frekans	Yüzde	Kümülatif Yüzde
Yaş	18-27 Yaş	86	46,0	46,0
	28-36 Yaş	61	32,6	78,6
	37-47 Yaş	30	16,0	94,7
	48-57 Yaş	5	2,7	97,3
	58 Yaş ve üzeri	5	2,7	100,0
Cinsiyet	Kadın	135	72,2	72,2
	Erkek	52	27,8	100,0
Eğitim	İlköğretim	27	14,4	14,4
	Ortaöğretim	93	49,8	64,2
	Ön Lisans	30	16,0	80,2
	Lisans	31	16,6	96,8
	Yüksek Lisans ve üzeri	6	3,2	100,0
Medeni Durum	Evli	144	77,0	77,0
	Bekar	43	23,0	100,0
Aylık Gelir	1300-2000 TL	83	44,4	44,4
	2001-2700 TL	52	27,8	72,2
	2701-3400 TL	26	13,9	86,1
	3401-4100 TL	14	7,5	93,6
	4101 TL ve üzeri	12	6,4	100,0
Sosyal Güvenceniz	SSK	144	77	77
	Emekli Sandığı	18	9,6	86,6
	Bağ-Kur	16	8,6	95,2
	Sosyal Güvencem Yok	9	4,8	100,0
	Toplam	187	100,0	

Çalışmada katılımcılarla ilgili 7 soru, MHRS ile ilgili 18 soru olmak üzere toplam 25 soru sorulmuştur. Soruların madde analizi yapılmış ve anketin bütününe katkısı araştırılarak ortaya konulmuştur. Güvenilirlik testi sonucunda ölçek ,914 düzeyinde yüksek derecede güvenilir bulunmuştur.

Hipotezler

- H1:** MHRS'nin verimli kullanımı ile yaş arasında ilişki vardır.
- H2:** MHRS'nin verimli kullanımı ile cinsiyet arasında ilişki vardır.
- H3:** MHRS'nin verimli kullanımı ile eğitim durumu arasında ilişki vardır.
- H4:** MHRS'nin verimli kullanımı ile medeni durum arasında ilişki vardır.
- H5:** MHRS'nin verimli kullanımı ile aylık gelir arasında ilişki vardır.
- H6:** MHRS'nin verimli kullanımı ile sosyal güvence arasında ilişki vardır.

Bulgular

Geliştirilen ölçek faktör analizi yapmak için uygun bulunmuştur. KMO değeri ,902 bulunmuş olup değişkenlerin birbiriyle korelasyon gösterip göstermediğini sınavan Barlett's test anlamlılığı ($p=0,000$) faktör analizi yapmanın uygun olduğunu göstermektedir.

Tablo 2. KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		
		,902
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1938,845
	Df	153
	Sig.	,000

Faktör analizi sonucu elde edilen faktör yükleri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir. Hastaların MHRS'ye yaklaşımları, bulunan faktör bileşenleri arasındaki ortak yapılaraya göre Aşinalık Faktörü, Zamanlama Faktörü ve Problem Faktörü şeklinde isimlendirilmiştir.

Tablo 3. Faktör yükü tablosu

		Rotated Component Matrix ^a		
Faktör adı	Sorular	Component		
		1	2	3
Aşinalık Faktörü	S.1. Merkezi Hastane Randevu Sisteminden (MHRS) kolay bir şekilde randevu alabiliyorum.	,708		
	S.2. MHRS'den randevu almak için interneti kullanıyorum.	,575		
	S.3. MHRS'den randevu almak için telefonla arıyorum.	,519		
	S.5. MHRS'den gitmek istediğim hekimi seçerek randevu alabiliyorum.	,656		
	S.6. MHRS'den randevuyu kendim alıyorum.	,813		
	S.10. MHRS'den randevu aldığım hekime muayene olabiliyorum.	,739		
	S.11. MHRS'den nasıl randevu alındığını çok iyi biliyorum.	,809		
	S.12. MHRS'yi cep telefonumla aradığım zaman çağrı merkezindeki personel bana yeterince yardımcı oluyor.	,758		
	S.15. MHRS'nin kullanımı basit ve kolaydır.	,803		
	S.16. MHRS'ye internet ortamında 24 saat erişim sağlayabiliyorum.	,807		
S.17. MHRS'ye telefonla 24 saat ulaşabiliyorum.	,788			
S.18. MHRS'den randevu almak, hastaneden randevu almaktan daha kolay.	,822			
Zamanlama Faktörü	S.4. MHRS'den istediğim saat ve güne randevu alabiliyorum.		,547	
	S.9. MHRS'den randevu aldığım saatte muayene olabiliyorum.		,785	
	S.13. MHRS uygulanmaya başladıktan sonra hastanede sıra beklemiyorum.		,759	
Problem Faktörü	S.7. MHRS'den randevuyu arkadaşım veya yakınım yardımıyla alıyorum.			,765
	S.8. MHRS'den randevu almadan hastaneye gidiyorum.			,707
	S.14. MHRS'yi telefonla ulaşmada problem yaşıyorum.			,529
Extraction Method: Principal Component Analysis.				
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.				
a. Rotation converged in 7 iterations.				

Bu faktörlerin birbiriyle ve demografik değişkenlerle olan ilişkisini incelemek için korelasyon analizi yapılmıştır.

Yapılan analiz sonucunda %1 ve %5 anlamlılığa göre tablo 4'te görüldüğü üzere demografik değişkenlerle alt faktörler arasında birçok ilişki tespit edilmiştir. Buna göre; yaş ile aşinalık faktörü arasında zayıf, negatif yönlü bir ilişki ($r = -,163$; $p = 0,025 < 0,05$), yaş ile problem faktörü arasında zayıf, pozitif yönlü bir ilişki vardır ($r = ,324$; $p = ,000 < 0,01$).

Cinsiyet ile aşinalık faktörü arasında zayıf, negatif yönlü ($r = -,257$; $p = ,000 < 0,01$); yaş ile problem faktörü arasında zayıf, pozitif yönlü bir ilişki vardır ($r = ,264$; $p = ,000 < 0,01$).

Eğitim değişkeni ile aşinalık faktörü arasında zayıf, pozitif yönlü bir ilişki ($r = ,182$; $p = 0,014 < 0,05$); aylık gelir ile problem faktörü arasında zayıf, pozitif yönlü bir ilişki vardır ($r = ,182$; $p = ,013 < 0,05$ düzeyinde pozitif yönlü bir ilişki vardır).

Diğer demografik değişkenler ile alt faktörler arasında her hangi bir ilişkiye rastlanılmamıştır. Bulunan bu ilişkilerin rastlantısal olup olmadığını anlamak için regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo 4. Korelasyon Tablosu

		Yaş	Cinsiyet	Eğitim	Medeni Durum	Aylık Gelir	Sosyal Güvenceniz	Aşınalık Faktörü	Zamanlama Faktörü	Problem Faktörü
Yaş	Pearson Correlation	1	,426**	,068	-,142	,161*	-,015	-,163*	-,091	,324**
	Sig. (2-tailed)		,000	,353	,052	,028	,837	,025	,216	,000
	N	187	187	187	187	187	187	187	187	187
Cinsiyet	Pearson Correlation	,426**	1	,138	,001	,287**	,061	-,257**	,011	,264**
	Sig. (2-tailed)	,000		,059	,987	,000	,409	,000	,878	,000
	N	187	187	187	187	187	187	187	187	187
Eğitim	Pearson Correlation	,068	,138	1	,135	,430**	-,110	,180*	,037	,027
	Sig. (2-tailed)	,353	,059		,066	,000	,133	,014	,616	,709
	N	187	187	187	187	187	187	187	187	187
Medeni Durum	Pearson Correlation	-,142	,001	,135	1	-,038	-,074	,013	-,027	-,026
	Sig. (2-tailed)	,052	,987	,066		,606	,317	,862	,715	,719
	N	187	187	187	187	187	187	187	187	187
Aylık Gelir	Pearson Correlation	,161*	,287**	,430**	-,038	1	,097	,059	,001	,182*
	Sig. (2-tailed)	,028	,000	,000	,606		,188	,423	,986	,013
	N	187	187	187	187	187	187	187	187	187
Sosyal Güvenceniz	Pearson Correlation	-,015	,061	-,110	-,074	,097	1	-,206**	,025	,059
	Sig. (2-tailed)	,837	,409	,133	,317	,188		,005	,730	,419
	N	187	187	187	187	187	187	187	187	187
Aşınalık Faktörü	Pearson Correlation	-,163*	-,257**	,180*	,013	,059	-,206**	1	,000	,000
	Sig. (2-tailed)	,025	,000	,014	,862	,423	,005		1,000	1,000
	N	187	187	187	187	187	187	187	187	187
Zamanlama Faktörü	Pearson Correlation	-,091	,011	,037	-,027	,001	,025	,000	1	,000
	Sig. (2-tailed)	,216	,878	,616	,715	,986	,730	1,000		1,000
	N	187	187	187	187	187	187	187	187	187
Problem Faktörü	Pearson Correlation	,324**	,264**	,027	-,026	,182*	,059	,000	,000	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,709	,719	,013	,419	1,000	1,000	
	N	187	187	187	187	187	187	187	187	187

N 187 187 187 187 187 187 187 187 187

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

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

Hipotezlerin Değerlendirilmesi

Yapılan regresyon analizi sonucu elde edilen veriler aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

Tablo 5. Model Özeti

Model	R	R2	Düzeltilmiş R2	Tahminin Standart Hata
1	,391 ^a	,153	,125	,93543691

a. Belirleyiciler: (sabit), Sosyal Güvenceniz, Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Cinsiyet, Aylık Gelir

Bağımsız değişken olarak belirlenen eğitim, yaş ve cinsiyet, bağımlı değişken olan aşinalık faktörüne ait varyansı %15,3 düzeyinde açıklamaktadır.

Tablo 6. ANOVA^a

Model	Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
Regresyon	28,492	6	4,749	5,427	,000 ^b
1 Kalan	157,508	180	,875		
Toplam	186,000	186			

a. Bağımlı Değişken: Aşinalık faktörü

b. Bağımsız Değişken: (sabit), Sosyal Güvenceniz, Yaş, Eğitim, Medeni Durum, Cinsiyet, Aylık Gelir

Anova tablosunun anlamlılık sütunundaki değer ise söz konusu değişkenler arasındaki ilişkinin $p < 0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. $F(6,180) = 5,427$; $p < 0,017$

Tablo 7. Katsayılar tablosu

Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standartlaştırılmış Katsayılar		t	Sig.
	B	Std. Hata	Beta			
Sabit	,711	,341			2,088	,038
Yaş	-,089	,079	-,087		-1,129	,260
Cinsiyet	-,574	,175	-,258		-3,284	,001
Eğitim	,161	,076	,166		2,123	,035
MedeniDurum	-,075	,167	-,032		-,448	,655
Aylık Gelir	,076	,066	,092		1,156	,249
Sosyal Güvenceniz	-,184	,070	-,184		-2,626	,009

a. Bağımlı değişken: Aşınalık faktörü

Katsayı tablosunda, regresyon denklemi için kullanılan regresyon katsayılarını ve bunların anlamlılık düzeyleri görülmektedir. Buna göre bağımlı değişken olan aşınalık faktörü ile bağımsız değişken olan cinsiyet değişkeni arasındaki ilişki $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı iken aşınalık faktörü ile yaş, eğitim, medeni durum, aylık gelir ve sosyal güvence değişkenleri arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Bu sonuçlara göre H2 hipotezi kabul edilmiş olup H1, H3, H4, H5 ve H6 hipotezleri kabul edilmemiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık hizmetlerinin önemli bir sorunu da hastaların hizmeti alabilmek için geçirdikleri bekleme süreleridir (Salman ve Uydacı, 2011). İyi bir sağlık hizmeti alabilmek için bu sürenin minimuma indirilmesi önem arz etmektedir. Araştırmaya katılanların %54'ü MHRS uygulanmaya başladıktan sonra hastanede sıra beklemeden muayene olduğunu, %31,5'i bu görüşe katılmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %14,5'i ise fikrim yok demiştir.

Hasta memnuniyetinde etkili olan faktörlerden birisi de hasta kabul ve kayıt işlemlerinin hızlı bir şekilde yapılmasıdır (Özen, Çam ve Aslay, 2011). Bu da ancak iyi bir randevu sistemi ile gerçekleştirilebilir. İyi organize edilmiş ve zamanı iyi ayarlanmış bir randevu sistemi kayıt kabul işlemlerinin de iyi organize edilmesine yardımcı olacak ve hasta memnuniyetinin olumlu etkilenmesini sağlayacaktır. Araştırmada katılımcıların %58'i istediği gün ve saate randevu alabildiğini, %47'si ise randevu aldığı saate muayene olabildiğini ifade etmiştir. %38'i ise zamanında muayene olamadığını ifade etmiştir.

Genel anlamda sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte vatandaşların sistemden memnuniyet düzeyleri artmıştır (Özata, 2009). Buna karşın Bostan ve Çiftçi yaptıkları araştırmada sağlık çalışanlarının, sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarını kendileri açısından yeterince pozitif bulmadığını savunmuştur (Bostan ve Çiftçi, 2016). Araştırmada katılımcıların %56'sı sistemden randevu almada problem yaşamadığını ifade ederken, %24'ü problem yaşadığını belirtmiştir. Genel anlamda katılımcılar kolay randevu alabilmekte, istediği hekime ve güne randevu alabilmektedir. Hastaların önceden hekim ve muayene zamanı seçebilmesi hasta memnuniyetine de olumlu etki etmektedir.

Bununla beraber hastaların acil durum dışında bir rahatsızlık hissettikleri zaman poliklinik muayenesine gitmesi gereken durumlarda randevu problemi yaşayabilmektedir. Randevusu olmadığında muayene olamayan hastalar ise çözüm bekleyen en önemli sorunlardan biridir (Aydın ve ark., 2010).

Randevu sistemine yönelik bilgisi olmayan hastalar randevu almadan hastaneye gelmekte ve uzun süre sıra beklemektedirler (Karahan ve Gürpınar, 2009). Özellikle internet kullanıcı olmayan ve eğitimi düşük olan hastalarda bu sorunların yaşanması ihtimali daha yüksektir. Bu sorunun da eğitimle ve basın üzerinden yapılacak duyurularla minimuma indirilmesi önem arz etmektedir.

MHRS sisteminin uygulanması ile sağlık personeli de çalışma programını daha iyi ayarlayabilmekte ve sağlık hizmeti sunumunda daha az aksaklıklar yaşanmaktadır. Aynı zamanda hasta ile ilgili elektronik ortamda veri birikimi sağlandığından bu veriler daha kolay geri getirilebilmektedir. Başka bir çalışmada da sağlık çalışanları hastane bilgi sisteminin en çok fayda sağladığı alanların, bilgilere daha kolay ulaşma (%85,2), poliklinik hastalarına randevu verme olarak ifade etmiştir (Işık ve Akbolat, 2010).

Randevu sisteminin yanında alınan randevunun unutulmaması için bir veya birkaç gün önceden kısa mesaj gönderilerek hatırlatılmasıyla (Yüce ve ark., 2006) bu sistem daha etkin kullanılabilir.

Çalışmada katılımcıların % 53,5'i randevuyu internetten aldığını, %51,9'u ise telefonla randevu aldığını ifade etmiştir. İnternette randevu almanın artırılmasının hem zaman açısından fayda sağlayacağı hem de personel iş gücünün daha verimli kullanılmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Sistemin yeni olması nedeniyle yeterli ve kapsamlı araştırmalar bulunmamaktadır. Merkezi hastane randevu sisteminin verimliliğini ölçen daha geniş katımlı araştırmaların yapılması sistemin daha verimli çalışmasına ışık tutması açısından önem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

Ak, B. (2009). Türkiye'de Sağlık Bilişimi, Bir Kişisel Değerlendirme ve Uluslararası Bir Başarı Öyküsü: CorTTex. Akademik Bilişim'09-XI. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri, 333-341.

Aydın, T., Aydın, A.Ş., Köksal, Ö., Özdemir, F., Kulaç, S., Bulut, M. (2010) Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Özelliklerinin ve Acil Servis Çalışmalarının Değerlendirilmesi. Akademik Acil Tıp Dergisi, 163-168.

Bostan, S., Çiftçi, F. (2016). Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının Hastane Hizmetleri Üzerindeki Değişim Etkisi: Sağlık Çalışanlarının Görüşleri. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(2), 1-8.

Durduran, Y., Bodur, S., Çakıl, E., & Filiz, E. (2012). Konya il merkezinde sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası gebe ve bebek izlemleri. Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi, 39(2), 227-233

Elbek, O., Adaş, E.B. (2009) Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme, Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 12 (1), 33-44

Erençin, A., Yolcu, V. (2008). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü Ve Yerinden Yönetimi, Memleket SiyasetYönetim, 3(6), 118-136

Internet <https://www.mhrs.gov.tr/Vatandas/hakkimizda.xhtml> 16.05.2017 tarihinde alınmıştır



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Işık, O., Akbolat, M. (2010). Bilgi teknolojileri ve hastane bilgi sistemleri kullanımı: Sağlık çalışanları üzerine bir araştırma. Bilgi Dünyası, 11(2), 365-389.

Karahan, A., Gürpınar, K. (2009). Hastanelerde Kuyruk ve Randevu Sisteminin Etkinliği Üzerine Bir Araştırma: Afyon Devlet Hastanesi Örneği. Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi, (17), 155-172.

Koçak, O., Tiryaki, D. (2011). Sosyal devlet anlayışında sağlık politikalarının önemi ve sağlıkta dönüşüm programının değerlendirilmesi: Yalova örneği. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 10 (19) 55-88,

Özata, M. (2009). Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu Tarafından Yürütülen E-Sağlık Projelerinin Sağlık Hizmeti Sunumuna Etkileri. Journal of Azerbaijani Studies, 444-464.

Özen, Ü., Çam, H., Yalçın Aslay, F. (2011). Kalite boyutları ve sağlık hizmeti unsurları açısından hasta memnuniyetine bir bakış: Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde örnek uygulama. Akademik Yaklaşımlar Dergisi, 2(1), 25-43

Salman, A. N., Uydacı, M. (2011). Butik hastanelerde pazarlama stratejileri. Öneri Dergisi, 9(35), 45-50.

Terlemez, B., Şahin, D., Dilek, F. (2014). Namik Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezindeki Tıbbi Sekreterler Ve İdari Personelin Bilgi Ve Arşiv Sistemleri Hakkındaki Düşünceleri. EJOVOC: Electronic Journal of Vocational Colleges, 4(3). 364-378.

Yılmaz, M., Demirkan, A. E. (2012). Hastane Yönetim ve Bilgi Sisteminin Kullanılabilirliğinin Değerlendirilmesi. International Journal of Informatics Technologies, 5(3), 19-28.

Yüce, Y. K., Sümen, E., Bozkurt, S., Aktaş, A., Zayim, N., Bilge, U. (2006) Kısa Mesaj ile Randevu Hatırlatma Sistemi. III. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi, 81-86.

INVESTIGATION OF THE FACTORS THAT SHAPE MEDICAL TOURISM: THE CASE OF TURKEY

Fedayi YAĞAR

Research Assistant, KSU
fedayiyagar@hotmail.com

Sema DÖKME

Graduate Student, KSU
semadokme@gmail.com

Abstract

This study aims to investigate the factors that shape medical tourism and to evaluate these factors in the context of Turkey. Studies and reviews that examine the factors affecting the preferences of patients admitted within the scope of the medical tourism were taken into consideration. Kahramanmaraş Sütçü İmam University electronic library, Sagem, Pubmed and Google academics were used in the literature search conducted. It was observed that the studies mainly focused on up to 9 factors, including quality, price, waiting time, other tourism activities, intermediary institutions, legislation, communication, technology and socio-economic status of the country. From Turkey's perspective, it was observed that quality, price, waiting time, other tourism activities and technology are adequate in Turkey, whereas there were deficiencies in socio-economic status, intermediary institutions and legislation areas of the country.

Key Words: Medical Tourism, Factors Affecting Medical Tourists Preferences, Turkey

1. INTRODUCTION

The international travels made to benefit from some treatment methods performed by the physicians in general medicine are called medical tourism (Barca et al., 2013). In the study conducted by Mutalib et al. (2016), medical tourism has been divided into two: quality-sensitive and price-sensitive medical tourism. It has been emphasized that quality-sensitive tourism is frequently preferred by wealthy people, whereas price-sensitive medical tourism is preferred by individuals with lower income. The critical point regarding medical tourism is that it differs from other types of health tourism. Many studies have emphasized that medical tourism is for treatment and basically provides health services, while other types of health tourism exist to provide complementary health services (Mueller and Kaufmann, 2001; Gonzales, 2001; Carrera and Lunt, 2010; Kim et al., 2012). In this respect, ability to receive better quality services in another country, considerable saving from the costs, experiencing constant problems with health insurance companies in the country, treatment without a delay and the synergistic effects brought about by these conditions have led the emergence of this field, which has become popular today (Aydın, 2012).

The points that distinguish medical tourism from other types of health tourism (thermal, spa & wellness and elderly/disabled tourism) can be examined under three headings: intervention, facility and entrance. In the intervention part, it is seen that other health tourism types serve as complementary medicine, whereas medical tourism serves as biomedical; in the facilities part, other health tourism types are provided in non-medical institutions and medical tourism is provided in hospitals or clinics; and, in the entrance part, other health tourism types provide therapy through natural care products, whereas medical tourism provides treatment through medicines and medical instruments (Carrera and Lunt, 2010). Moreover, in the study conducted by Müller and Kaufmann (2001), it has been emphasized that other types of health tourism (especially wellness tourism) are disease prevention tourism and preferred by healthy people, whereas medical tourism is a healing period tourism and preferred by patients.

2. INVESTIGATION OF THE FACTORS THAT SHAPE MEDICAL TOURISM: THE CASE OF TURKEY

The scope of the research include studies and reviews conducted related to the subject. As a result of the literature review, it was observed that studies particularly focus on 9 main factors considered to be effective in the formation of medical tourism. These are the quality, price differences, waiting time, additional services (other tourism activities), intermediary organizations, legislation, communication tools, technology and economic/political status of the country.

2.1. Quality Factor

According to the National Health Service, quality in health care services is "applying the right things with the right people at the right time by doing it right at the first time." One of the main objectives of health institutions that want to provide patient satisfaction is to raise the level of quality of health services to the highest level (Arpat et al., 2014). This applies to health care institutions targeting patients who admitted within the scope of medical tourism. It has been emphasized in many studies on medical tourism that the quality factor is one of the factors that shape medical tourism (Han and Hyun, 2015; Chuang et al., 2014; Ricafort, 2011; İçöz, 2012; Moloğlu, 2015; Can et al., 2014; Barca et al., 2013). One of the factors that highlight countries such as India, Thailand and Singapore as medical tourism destinations is the quality factor (Herrick, 2007). Singapore's medical tourism strategy, for example, relies on its high quality medical care, reliability and hospitals accredited by JCI. In this context, high quality services are provided to both domestic patients and patients who come within the scope of medical tourism in Singapore, which has 21 health institutions accredited by JCI (Wong et al., 2014). The studies on the patients admitted within the scope of the medical tourism have revealed the importance of quality in the medical tourism. Studies conducted by Rad et al. (2010) on over 200 people in Malaysia showed that the quality of service has a positive effect on the satisfaction of incoming patients. The study conducted by Amiri and Safariolyaei (2017) on 138 patients in India showed that the participants give priority to the highest quality, low cost, low waiting time and ease of entry and exit to the country. When we look at Turkey, there are 47 health institutions accredited by JCI. When we examine some countries that have become destinations in medical tourism, it is seen that 14 health institutions in Malaysia, 22 in Sinagapur, 32 in India and 56 in Thailand are accredited by JCI (www.jointcommissioninternational.org, May 4, 2017). It is known that Turkey has made reforms in total quality management since 2003 and achieved improvements in this area (Vatansever, 2014). The Department of Quality and Accreditation in Health, which was established in 2012, examines the works related to total quality management in hospitals and the process is followed (Karaca, 2014).

2.2. Price Factor

One of the most important factors shaping medical tourism is the *price* differences between countries (Chuang et al., 2014; Topuz, 2012; İçöz, 2012; Moloğlu, 2015; Can et al., 2014; Rad et al., 2010). For example, a heart surgery is between \$3,000 and \$6,000 in India, whereas this figure is in the range of \$40,000 to \$60,000 in the United States (Musalib et al., 2016). In the study conducted by Frederick and Gan (2015) in the United States, the fact that 27% of patients was willing to go to other places for treatment is one of the most important examples showing how price differences affect patient preferences. In addition, the revenues of countries from medical tourism should not be ignored. While the revenue of traditional sea-sand-sun tourism is 600-700 dollars per person, this figure is about 20 thousand dollars in medical tourism (Can et al., 2014). In this regard, it should not be forgotten that medical tourism is the sub-sector with the highest added value in the tourism sector, which can make a great contribution to the economy of the country (Barca et al., 2013). Considering Turkey, it is known that prices are more affordable than many countries (Ministry of Health, 2010; Topuz, 2012; İçöz, 2009; Aktepe, 2013). For example, in the study conducted by Binler (2015), it was emphasized that the cost of dental treatment in Turkey is lower than in North and Western Europe. Similarly, in the study conducted by Yıldız and Khan (2016), the cost of in vitro fertilization in Turkey and in the US was compared in terms of cost and it was observed that the prices in

Turkey were more affordable. In addition, significant planning has been made in the field of medical tourism, which is thought to be a great contribution to Turkey's economy. For example, in the Tenth Development Plan prepared by Turkey, the revenue targeted from the medical tourism was 5.6 billion dollars between 2014-2018 years (Ministry of Health, 2013).

2.3. Other Tourism Services Factor

It has been emphasized that the *other services* offered in addition to medical tourism are one of the factors shaping medical tourism (Chuang et al., 2014; Wonkgkit and McKercher, 2013). For example, in India, which is seen as the center of medical tourism nowadays, spa & wellness therapies are also applied to medical tourists who have undergone surgical operation, their healing process is accelerated and this process is included in the medical tour as a short holiday (Topuz, 2012). In such activities it has been found to be more beneficial for the public and private sectors to cooperate. For example, the Malaysian Health Services Travel Council supports the private sector regarding the participation and promotion of fairs and emphasizes the package programs (Wong et al., 2014). Likewise, a qualitative study by Rezaee and Mohammadzadeh (2016) on 12 people in Iran emphasized that general tourist services have a dominant influence in medical tourism. Turkey is one of the countries which has higher tourism potential due to its geopolitical position, natural beauties, different climate features, historical and cultural structure and its geography that hosted many civilizations (Arslan, 2014; Akıncı and Yüzbaşıoğlu, 2015). In addition, looking at the last published data by Turkish Statistical Institute (2016) is examined, Turkey is ranked 6th among the most visited countries in the world in 2014 and 11th place among the countries having the highest tourism income.

2.4. Intermediary Organization Factor

Patients admitted within the scope of the medical tourism can benefit from the wealth of the country and participate in tours in addition to the treatment. For this reason, medical tourism is integrated with travel tours specially designed for patients in many countries. In addition, all services must be carried out simultaneously from the first minute to the last minute of the incoming patient, and transportation, flight tickets, visa and passport procedures should be carried out (Şahbaz et al., 2012). At this point, *intermediary organizations* are of quite importance. The reason is that an intermediary organization that is responsible for all these transactions reduces the burden of the patient and the patient's preference can change accordingly (Hanefeld et al., 2015; İçöz, 2012). For example, in a study by Prakash et al. (2011) with 503 medical tourists in India, it has been observed that participants attach a great importance to intermediary organizations and that their expectations are high from these organizations (such as information about the doctor, institution and time, and accreditation of the chosen institution). It is known that the intermediary organizations in Turkey have not yet rendered their services in this field adequately (İçöz, 2009; Aktepe, 2013). Therefore, we can say that the number of organizations that provide this service is low. The public sector and private sector make bilateral agreements for medical tourism in Turkey. Private sector organizations such as the Dünya Göz Hospital and the Acibadem Healthcare Group have agreements with major insurance companies in Europe (such as AGIS, Wiener Stadische Verschiebung, BUPA International). There are also 22 Bilateral Social Security Agreements which have been signed by Turkey as well. In this context, the foreigners can benefit from the public and private hospitals that have agreements with the Social Security Institution in the same way as the citizens of Turkey (Binler, 2015).

2.5. Communication (Promotion) Factor

The *means of communication* affect the hospital preferences of the patients who admit within the scope of medical tourism (Topuz, 2012; Moloğlu, 2015). Individuals need to be informed about issues such as treatment institutions, procedures, tourism opportunities and travel arrangements (Crooks et al., 2011). At this point, the importance of communication tools that will initiate the relationship between the patient and the organization is significant. The web sites of health institutions can be an example of these means of communication. Studies on patients have found that websites affect patient preferences (Frederick and Gan, 2015; Cormany and Baloğlu, 2011), and it was seen that the country supported the private sector in publicity promotion in countries such as Malaysia and Sinagua

(Wong et al., 2014). For example, in a study conducted by Gill and Singh (2011) on 193 medical tourists in the United States, 73% of participants was found to prefer research online. In addition, it should be noted that communication established between patients and service providers has a significant effect on health outcomes, satisfaction level and patient behavior (Yeah et al., 2013). For example, it is emphasized that one of the factors that make India and Singapore as a destination for medical tourism is that health workers speak English (Herrick, 2007). From Turkey's perspective, it was observed that one of the problems encountered in the services offered to the patients who come within the scope of medical tourism was the lack of publicity and that the promotions made on the institutional basis were inadequate (İçöz, 2009; Şahbaz et al., 2012; Özsarı and Karatana, 2013; Moloğlu, 2015), despite the promotion incentives by the Ministry of Economy (Barca et al., 2013; Dinçer et al., 2016). In the case of foreign language skills, which has an important place in communication, it was observed that there are different evaluations. Studies by Özsarı and Karatana (2013) and Dinçer et al. (2016) pointed out that the staff who speak a foreign language were inadequate. In a study by Binler (2015), supported by the Ministry of Development, conducted in 33 provinces, whether the employees in organizations providing medical tourism know foreign language was investigated. Only 58.2% of the physicians in the study and only 25% of the nurses stated that they speak at least one foreign language and it was also found that the hospitals did not offer any training in this regard. Contrary to these results, İçöz (2009), Edinsel and Adıgüzel (2014) and Moloğlu (2015) reported that the foreign language levels of health workers were good. In addition, the study by Aslanova (2013) emphasizes that the Ministry of National Education encourages foreign language education and training of qualified medical personnel.

2.6. Legislation Factor

Individuals pay attention to the convenience or hassle of legal regulations of the countries visited. In this regard, *legislation* emerges as a factor that significantly influences the preferences of patients traveling within the scope of medical tourism (Crooks et al., 2011; Ricafort, 2011). For example, in Malaysia and Thailand, an important destination in medical tourism, visa facilitation is provided for 30-90 days for patients coming from abroad for treatment purposes (Wong et al., 2014). Likewise, in the study by Gill and Singh (2011) conducted with 194 medical tourists in the USA, participants were asked about the factors influencing their choices and the government policy and legislative factor were found to be ranked third following medical services and physicians' recommendation factors. In addition, the fact that some operations such as gender change, abortion and euthanasia are prohibited in tourist sending countries, is also an important factor in medical tourism. The fact that Switzerland has become a destination in the field of euthanasia in recent years is the major proof of this case (İçöz, 2012). The primary official health institution in Turkey is the Ministry of Health. The Health Tourism Coordination Agency, which is established within the General Directorate of Health Services affiliated to the Ministry of Health, constitutes the legal aspects of health tourism by establishing official legal regulations (Aslanova, 2013). For example, within the scope of Turkey's Tenth Development Plan (2014-2018), the Health Tourism Development Program has been established and it has been aimed to create a legislative infrastructure that allows price differentiation with this program (Ministry of Health, 2013). The Ministry of Health (2013) emphasized that the legislation was constantly changed as a result of state intervention in the recently published Turkey Medical Tourism Report, and that this change caused time loss and cost. In the SWOT analysis by Özsarı and Karatana (2013), it was seen that the knowledge of health personnel and hospital administrators about European health legislation and patient rights was inadequate.

2.7. Socio-Economic Factor

Stable *political, social and economic status* of the country is one of the important factors in patient preference in medical tourism (Aslanova, 2013; Ricafort, 2011; Can et al., 2014). Social and political stability is one of the reasons for preferring Asian countries such as Singapore and Malaysia (Aslanova, 2013). For example, after the September 11 attacks, medical tourism activities in the US had been affected negatively. Germany targeted the Gulf countries in this period and turned this into an opportunity. (Aydın, 2014). In the same way, we can state that the surrogate mother scandal in Thailand and the increased crime rate in India negatively affect these regions (Wong et al., 2014). From the perspective of Turkey, it has been emphasized that global and regional economic crises, international terrorist incidents affect the admitting patients negatively in terms of confidence (Dinçer et

al., 2016). The study conducted by the Ministry of Health (2013) and Barca et al. (2013) indicated that political instability in neighboring countries could negatively affect Turkey. However, the likelihood of transforming such crises into opportunities should not be ignored. For example, the study conducted by the Ministry of Health (2013) emphasized that Turkey's geographical and socio-political status may pose an opportunity. In this regard, a new and strong market for Turkey can be created by considering the problems experienced in this region.

2.8. Technology Factor

Rapid development of *technology* and ease of access to information in today's world were the factors that affect medical tourism (Topuz, 2012; Moloğlu, 2015; Can et al., 2014; Barca et al., 2013). Individuals want to be treated in countries that have advanced equipment and technology and are scientifically active worldwide (Barca et al., 2013). The United States, which attracts many tourists as well as sending medical tourists, can be shown as an example of this fact. The difference between the USA and other major countries that serve for medical tourism is to offer high cost, technology and quality services, targeting wealthy individuals. The fact that 35% of the tourists come from Middle Eastern countries is the primary proof of this case in this context (Acar et al., 2012). From the perspective of Turkey, many studies have emphasized that medical institutions providing medical tourism services have good level of technology (İçöz, 2009; Edinsel and Adıgüzel, 2014; Moloğlu, 2015; Dinçer et al., 2016). In a study by Binler (2015) conducted on hospitals, the technological infrastructure has been found to be not too much lacking. The report issued by the Ministry of Health (2013) emphasizes that some private hospitals have advanced technology. In addition, Şahbaz et al. (2012) determined that the administrators of the 120 private hospitals in Ankara and Istanbul have been satisfied with the technology in their institutions.

2.9. Wait Time Factor

One of the factors that shaped medical tourism was the longer *wait times* to be treated in hospitals and individuals' desire for quick treatment options (Han and Hyun, 2015; Ricafort, 2011; Aktepe, 2013; Can et al., 2014; Mutalib et al., 2016). The fact that one waits for 18 months for knee surgery in some advanced countries, whereas this operation is performed in India in maximum 10 days (İçöz, 2012), and that the surgical operations in Malaysia are being offered in short waiting periods (Dinçer et al., 2016); that people in countries like England and Canada wait long periods of time for aesthetic and eye operations (Şahbaz et al., 2012) can be demonstrated as an example of this situation. The study by Barca et al. (2013) emphasizes that one of the main reasons for American and European tourists was the long waiting lists of patients. The study by Özşari and Karatana (2013) states that there are long waiting times in countries such as England, Holland and Canada due to inadequate supply-demand balance. For example, prolonged adjuvant reproduction therapies in the western countries has led to the formation of a new group called "infertility tourists" in the tourism world (SATURK, 05.05.2017). As for Turkey, it has been emphasized that waiting time and treatment time are not long and that the patients are treated in a short time (Şahbaz et al., 2012; Binler, 2015; Kılınç, 2017). For example, in a developed western country, patients wait in line for up to 6 months for prostate cancer surgery and for 15 months for hip prosthesis. In Turkey, it takes up to 3 days including pre-operation examination and evaluation period (SATURK, 05.05.2017). Binler (2015) and Kılınç (2017) stated in their study that most of the participants preferred Turkey because of the long waiting lists in their own countries.

3. DISCUSSION

Individuals seeking better quality, inexpensive and straight away health care services have led to the emergence of medical tourism. People have had to visit overseas countries to receive these services. In this period, countries offering quality services at affordable prices such as India, Malaysia, Thailand and Singapore have become an important destination in the medical tourism market. Turkey is one of the countries that want to take its share from the medical tourism market and use its potential. In Turkey, the latest Tenth Development Plan (2014-2018) aims to treat 750,000 foreign patients and generate revenue of \$5.6 billion in this area (Ministry of Health, 2013). According to the latest data issued by the Ministry of Health (2013), 83.2% of the international patients who came to Turkey preferred private health institutions and the most patients came from Libya, Germany, Iraq and

Azerbaijan. And, in terms of the provincial basis, they chose Antalya, Istanbul and Ankara mostly, and the most preferred clinics were ophthalmology, orthopedics, traumatology and internal diseases.

This study has two objectives. The first is to determine the main factors affecting the preferences of the patients in medical tourism and the second is to examine the present status of these factors in Turkey. As a result of the literature review, 9 main factors found to be emphasized. These include quality, price, waiting time, other tourism activities, intermediary institutions, legislation, communication, technology and socio-economic status of the country. By considering these factors determined in accordance with the second objective, it was tried to determine the situation of Turkey in the field of medical tourism. Within the scope of medical tourism, studies conducted and found in Turkey were examined and it was determined that Turkey is in good condition in terms of quality, price, other tourism services, technology and waiting time factors. As stated, Turkey's advantageous points were the significant improvements in terms of quality, its position comparable to other destinations in medical tourism in terms of number of institutions accredited by JCI (Vatansever, 2014; Karaca, 2014), affordable treatment compared to the USA and Northern European countries (Yıldız and Khan, 2016; Binler, 2015), its potential for other tourism activities (Akıncı and Yüzbaşıoğlu, 2015), presence of advanced technology especially in the private hospitals (Şahbaz et al., 2012; Ministry of Health, 2013), and shorter waiting times than in other countries (Kılınç, 2017). In addition, similar results have also been found in studies conducted on patients who came to Turkey within the scope of medical tourism. For example, the most influential factors emphasized in studies were the waiting time by Binler (2015) and Kılınç (2017), price and technology by Canoğlu et al. (2016), quality of service by Öncü et al. (2016), other tourism activities and price factors by Zengingönül et al. (2012).

In the study, it was observed that Turkey lacks socio-economic, intermediary institution-wise and legislative factors. It has been pointed out that Turkey is disadvantageous in terms of the political instabilities experienced in surrounding countries and the emergence of regional economic crises (Ministry of Health, 2013; Barca et al., 2013; Dinçer et al., 2013), inadequacy of intermediary organizations, and preference of special agreements among institutions (İçöz, 2009; Aktepe, 2013; Binler, 2015), constant change of legislation and ignorance of health personnel about legislation (Ministry of Health, 2013; Özşarı and Karatana, 2013). In addition, it was observed that the studies are divided into two in the communication factor. Some of the studies emphasize that the foreign language levels of health workers are not good (Özşarı and Karatana, 2013; Binler, 2015; Dinçer et al., 2016), although some studies report good level of foreign language (İçöz, 2009; Edinsel and Adıgüzel, 2014; Moloğlu, 2015) and training supported by the government (Aslanova, 2013).

4. CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

In the study, it was observed that factors that affect medical tourism include quality, price, waiting time, other tourism activities, intermediary institutions, legislation, communication, technology and socio-economic status of the country. It was observed that Turkey is adequate in terms of quality, price, waiting time, other tourism activities and technology factors, despite being inadequate in socio-economic status, intermediary organization and legislation of the country. Some suggestions were made within the scope of the study:

- Taking into consideration the potential of other tourism activities in Turkey, package tours should be prepared for the patients who come within the scope of medical tourism,
- In order to establish a good communication with the patients who come within the scope of medical tourism, priority should be given to the improvement of foreign language skills of physicians. In this context, an importance should be given to foreign language both during the college education and in-service training.
- Participation in congresses and fairs should be ensured for an international promotion, free publicity tours should be arranged and care should be taken to use the language of the country of the fair.
- Intermediary organizations should be encouraged more and included in the medical tourism market,
- Health professionals should be kept informed about the changes made to the legislation used for medical tourism,
- Turkey needs to be able to turn the socio-economic crisis into an opportunity, and seek ways to become

an important destination for patients from the Middle East that tend to go to the USA and Europe.

As a result of the literature study, the most influential factors in medical tourism were stressed and these factors were explained together with their reasons. The assessments and the data presented in the studies examined were accepted as accurate. For this reason, it should be emphasized that "the most mentioned factor does not mean the most important factor". In addition, a brief evaluation was presented by considering the potential of Turkey in the study. In this regard, it is believed that this study will contribute to the literature.

REFERENCES

Acar, M., Demirbaş, D., Gedik, İ. ve İltter, H.K. (2012). Alternatif Turizm Girişimi: Termal Tesis Yatırım Analizi ve Fizibilite Raporu Projesi Sonuç Raporu, Rekabet Araştırmalar Merkezi, Ankara.

Akıncı, Z. ve Yüzbaşıoğlu, N. (2015). Türkiye, Dünya Turizm Sektörü İçerisinde Bir Belirleyici mi, Yoksa Bir Taşıyıcı mı?, Finans Politik & Ekonomik Yorumlar, 52, s. 45-61.

Aktepe, C. (2013). Sağlık Turizminde Yeni Fırsatlar ve Türkiye'de Yerleşik Sağlık İşletmelerinin Pazarlama Çabaları, İşletme Araştırmaları Dergisi, 5(1), s. 170-188.

Amiri, M. and Safariolyaei, N. (2017). Medical Tourism in India: Current Scenario, International Journal in Management and Social Science, 5(3), p. 106-111.

Arslan, F. (2014). Avrupa Birliği'nin Turizm Politikası ve Türkiye Turizm Stratejisi 2023 Üzerine Bir Değerlendirme, Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 7(31), s. 427-438.

Aslanova, K. (2013). Türkiye'de Sağlık Turizmi ve Sağlık Turizmi Hukuku, Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi, 2(3), s. 129-145.

Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M. ve Erdem, R. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6), s. 55-71.

Arpat, B., Şaşmaz, N. ve Yürekli, E. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Maliyetleri, SDÜ İİBF Dergisi, 19(3), s. 313-332.

Aydın, D., Şeker, S. ve Şahan, S. (2011). Kamu Hastanelerinde Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Uygulama Rehberi, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Aydın, O. (2012). Türkiye’de Alternatif Bir Turizm; Sağlık Turizmi, KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 14(23), s. 91-96.

Aydın, D. (2014). Trabzon Sağlık Turizmi Fırsatları ve Analizi, Sağlık Bakanlığı Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü, Trabzon.

Barca, M., Akdeve, E. ve Balay, İ.G. (2013). Türkiye Sağlık Turizm Sektörünün Analizi ve Strateji Önerileri, İşletme Araştırmaları Dergisi, 5(3), s. 64-92.

Binler, A. (2015). Türkiye’nin Medikal Turizm Açısından Değerlendirilmesi ve Politika Önerileri, Uzmanlık Tezi, Kalkınma Bakanlığı, Ankara.

Canoğlu, M., İnan, H. and Güler, E.Ö. (2016). The Motivational Behaviors and Perceptions of the Medical Tourists-The Case Turkey, International Journal of Health Management and Tourism, 1(3), pp. 45-67.

Carrera, P. and Lunt, N. (2010). A European Perspective on Medical Tourism: The Need For A Knowledge Base, International Journal of Health Services, 40(3), p. 469-484.

Çiçek, R. ve Avderen, S. (2013). Sağlık Turizmi Açısından İç Anadolu Bölgesi’ndeki Kaplıca ve Termal Tesislerin Mevcut Yapısının ve Potansiyelinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma, KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 15(25), s. 25-35.

Connel, J. (2006). Medical Tourism: Sea, Sun, Sand and Surgery, Tourism Management, 27, s. 1093:1100.

Dinçer, M.Z., Çifçi, M.A. ve Karayılan, E. (2016). Gelişmekte Olan Ülkelerde Medikal Turizm: Türkiye’nin Tayland, Malezya ve Hindistan’a göre Potansiyelinin Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 1, ss. 34-60.

Edinsel, S. ve Adıgüzel, O. (2014). Türkiye’nin Sağlık Turizmi Açısından Son Beş Yıldaki Dünya Ülkeleri İçindeki Konumu ve Gelişmeleri, 4(2), ss. 167-190.

Frederick, J.R. and gan, L.L. (2015). East-West Differences Among Medical Tourism Facilitators Websites, Journal of Destination Marketing&Management, 4, p. 98-109.

Gill, H. and Singh, N. (2011). Exploring the Factors that Affect the Choice of Destination for Medical Tourism, Journal of Service Science and Management, 4, p. 315-324.

Gonzales, A., Brenzel, L. and Sancho, J. (2001). Health Tourism and Related Services: Caribbean Development and International Trade, Final Report, <http://www10.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2009/03451.pdf> (Erişim tarihi: 10.03.2017).

Herrick, D.M. (2007). Medical Tourism: Global Competition in Health Care, NCPA Policy Report No:304, USA.

Hofer, S., Honegger, F. ve Hubeli, J. (2012). Health Tourism: Definition Focused on The Swiss Market and Conceptualisation of Health(i)ness, Journal of Health Organization and Management, 26(1), p. 60-80.

İçöz, O. (2012). Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal Turizm ve Türkiye'nin Olanaklar, Journal of Yaşar University, 4(14), s. 2257-2279.

Joint Commission International. (2017). JCI - Accredited Organizations, <http://www.jointcommissioninternational.org>, (Erişim Tarihi: 04.05.2017).

Karaca, Ş.B. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Hasta Beklentileri Konusunda Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Mend. Üniv. SBE, Aydın.

Kılınç, İ. (2017). Türkiye'de Medikal Turizm Sektöründe Hizmet Kalitesi ve Memnuniyet Üzerine Bir Alan Araştırması, Vizyoner Dergisi, 8(17), ss. 130-143.

Kim, Y.H., Boo, C., Demirer, İ. and Kim, M. (2012). A Case Study of Health Tourism in the Jeju Province, Hospitality Review, 29(1), p. 64-86.

Moloğlu, V. (2015). Yükselen Bir Değer Olan Medikal Turizmin; Türkiye Ekonomisine Katkısı, International Conference on Eurasian Economies, Rusya.

Mueller, H. and Kaufmann, E.L. (2001). Wellness Tourism: Market Analysis of a Special Health Tourism Segment and Implications for the Hotel Industry, Journal of Vacation Marketing, 7(1), p. 5-17.

Mutalib, N.S.A., Ming, L.C., Yee, S.M., Wong, P.L. and Soh, Y.C. (2016). Medical Tourism: Ethics, Risks and Benefits, Indian Journal of Pharmaceutical Education and Research, 50(2), p. 261-270.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Öncü, M.A., Çatı, K. ve Yalman, F. (2016). Medikal Turizm Kapsamında Gelen Yabancı Hastalar ile Yerli Hastaların Memnuniyet ve Sadakatlerinin Karşılaştırılması, Bartın Üni. İİBF Dergisi, 7(14), ss. 45-72.

Özsarı, S.H. ve Karatana, Ö. (2013). Sağlık Turizmi Açısından Türkiye'nin Durumu, J. Kartal TR, 24(2), s. 136-144.

Piazolo, M. ve Zanca, N. A. (2011). Medikal Tourism - A Case Study for The USA and India, Germany and Hungary, Acta Polytechnica Hungarica, 8(1), p. 137-143.

Prakash, M., Tyagi, N. and Devrath, R. (2011). A Study of Problems and Challenges Faced by Medical Tourists Visiting India, Indian Institute of Tourism and Travel Management, India.

Rad, N.F., Som, A.P. and Zainuddin, Y. (2010). Service Quality and Patients' Satisfaction in Medical Tourism, Tourism & Hospitality, 10, p. 24-30.

Rezaee, R. and Mohammadzadeh, M. (2016). Effective Factors in Expansion of Medical Tourism in Iran, Medical Journal of the Islamic Republic of Iran, 30, p. 1-6.

Sağlık Bakanlığı. (2010). 2010 Faaliyet Raporu ve 2011 Çalışma Planı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Sağlık Bakanlığı. (2013). Sağlık İstatistik Yıllığı 2013, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.

Şahbaz, R., Akdu, U. ve Akdu, S. (2012). Türkiye'de Medikal Turizm Uygulamaları; İstanbul ve Ankara Örneği, Balıkesir Üniversitesi SBE Dergisi, 15(27), s. 267-296.

SATURK. (2017). Sağlık Turizmi Nedir?, <http://www.satürk.gov.tr/images/pdf/tyst/02.pdf> (Erişim Tarihi: 05.05.2017).

Topuz, N. (2012). Türkiye Sağlık Turizmi Stratejisi, Uzmanlık Tezi, Kültür ve Turizm Bakanlığı, Ankara.

Vatansever, M. (2014). Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002 – 2013 Dönemi, Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 983, Ankara.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

Wong, K.M., Velasamy, P. and Arshad, T.N. (2014). Medical Tourism Destinations Swot Analysis: A Case Study of Malaysia, Thailand, Singapore and India, SHS Web Conferences, 12, p. 1-8.

Varol, B. (2012). Nevşehir Termal Turizm Raporu, Ahiler Kalkınma Ajansı, Nevşehir.

Yıldız, M.S. and Khan, M.M. (2016). Opportunities for Reproductive Tourism: Cost and Quality Advantages of Turkey in the Provision of in-vitro Fertilization Services, BMC Health Services Research, 16, p. 1-8.

Zengingönül, O., Emeç, H., İyilikçi, D.E. ve Bingöl, P. (2012). Sağlık Turizmi: İstanbul'a Yönelik Bir Değerlendirme, İstanbul Kalkınma Ajansı, İstanbul.

TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ MEVZUATINA BİR BAKIŞ

Yrd.Doç.Dr. Lütfi Saltuk DEMİR,

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
lutfi.demir@yahoo.com

Yrd.Doç.Dr. Yasemin DURDURAN,

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
ydurduran@gmail.com

Yrd.Doç.Dr. Mehmet UYAR,

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
mehmetuyadr@hotmail.com

Prof.Dr. Tahir Kemal ŞAHİN.

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
tasahin@hotmail.com

Özet

Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), aile hekimliği sonrasında birinci basamak sağlık hizmetlerine dahil olmuştur. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği ile 2015 yılında mevzuata son hali verilmiştir. Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla kurulan TSM'ler, 28 farklı görevi yerine getirmek için her ilçeye bir adet açılmıştır. TSM görevleri hakkında değerlendirmeler yapılmıştır. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti sunan Toplum Sağlığı Merkezleri ile ilgili mevzuat derlenerek hazırlanan bu çalışmada sahada yaşanan yönetsel sorunlar dile getirilmiştir. Yeni mevzuat çalışmalarının olduğu bugünlerde, toplum sağlığı merkezi hizmetlerine ivme kazandıracak, yönetim ve hizmet kalitesini artıracak öneriler yapılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Toplum Sağlığı Merkezi, Yönetmelik, Mevzuat

Community Health Center An Overview Of The Legislation

Abstract

Community Health Center was included in primary health care after family medicine. With the "Regulation on Community Health Center and Affiliated Units", the legislation was finalized in 2015. Established in order to preserve and improve the health of the community living in the region, the TSMs' have been opened in every county in order to carry out 28 different missions. Assessments were made on TSM tasks. Administrative problems experienced in the field were expressed in this study, which was prepared by compiling legislation related to Community Health Centers that provide primary health care services in our country. Nowadays, with the new legislation studies, it is aimed to make proposals which will accelerate the services of community health center and increase management and service quality.

Keywords: Community Health Center, Regulation, legislation

Giriş

Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri 1961 yılında yayınlanan 224 sayılı “Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun” ile sağlık ocakları aracılığıyla verilmeye başlamış ve Aile Hekimliği uygulamasına kadar devam etmiştir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanunla sağlık ocakları; il, ilçe ve köylerde nüfusa göre örgütlenmiş, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir arada yürütüleceği, dar bölgede çok amaçlı sağlık hizmeti sunmak üzere kurulmuştur. Sağlık ocakları çok yönlü sağlık hizmeti vermek üzere, 5-10 bin nüfusa hizmet verecek şekilde planlanmıştır (Resmi Gazete, 1961; Sağlık Bakanlığı, 2001). Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanunun ardından 1964 yılında yayınlanan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge” ile Sağlık Bölge Başkanlıkları oluşturulmuş bu başkanlıklar sağlık ocakları ile hastanelerin tedavi edici hizmetleri ve koruyucu hizmetlerin denetlenmesinden, işbirliğinin sağlanmasından sorumlu olarak görevlendirilmişlerdir (Resmi Gazete, 1964). Sağlık grup başkanlıkları ise ilçe düzeyinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu olarak kurulan yapılardır. Sağlık grup başkanı olarak en az 5 yıllık hizmeti olan ve tercihen Halk Sağlığı uzmanlarının görevlendirileceği belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında yönergede Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı sorumluluğunda kurulabilen sağlık eğitim ve araştırma bölgeleri de oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2001).

Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) Türkiye’de sağlıkta dönüşüm ve Aile Hekimliği’ne geçiş ile birlikte birinci basamakta yerini almıştır. TSM’ler bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri dışında kalan temel sağlık hizmetlerini tek çatı altında toplayarak, daha etkili ve verimli hizmet sunmak üzere kurulmuşlardır (Akdağ ve diğ., 2008).

Aile Hekimliği’nin Türkiye’de uygulamaya başlanması ile birlikte 26.01.2010 tarihinde “Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge” ile başlayan TSM mevzuatı, 03.08.2011 tarihinde “Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge” ile devam etmiştir. Son olarak 05.02.2015 tarihinde “Toplum Sağlığı

Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği” adı ile resmi gazete yayınlanarak yönetmeliğe dönmüştür. TSM mevzuatının yönergeden yönetmeliğe dönmesi bu hizmetleri yasal olarak daha kuvvetli hale getirmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010;Resmi Gazete, 2015;T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Bu çalışmada; ilçelerde birinci basamak sağlık hizmeti sunan Toplum Sağlığı Merkezleri ile ilgili mevzuat derlenmiş ve sahada karşılaşılan yönetsel sorunlar ortaya konmuştur. Toplum Sağlığı Merkezi mevzuatı göz önüne alınarak yapılması düşünülen değişikliklerle, TSM’lerin daha etkin çalışmasını sağlayacak öneriler sunulması amaçlanmıştır.

Toplum Sağlığı Merkezi Tanımı

TSM, son yönetmelik ile “Bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bunlarla ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetleri gerçekleştiren; birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini koordine eden ve bu hizmetlerin etkin ve verimli bir şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren, denetleyen ve destekleyen; bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşu” olarak tanımlanmıştır (Resmi Gazete, 2015).

TSM Yöneticisi

Yönetmelikte TSM yöneticisine“TSM Başkanı” denilmektedir. Yönetmeliğin 6. maddesinde Halk Sağlığı veya epidemiyoloji uzmanı hekimlerin TSM yöneticisi olarak öncelikle tercih edilmesi vurgulanmış ve sonrasında halk sağlığı, epidemiyoloji yüksek lisans ve doktorasını tamamlamış hekimlere öncelik verilmiştir. Yönetimle ilgili yüksek lisans veya doktorasını tamamlamış hekimler ile sertifikalı toplum sağlığı merkezi yönetici eğitimlerini alan hekimlerde diğer TSM yöneticisi olabilecek tercihlerin arasında yer almaktadır (Resmi Gazete, 2015). Halk sağlığı eğitimi almış yönetici hekimler ile birlikte bu alanda yüksek lisans ve doktora yapmış sağlık çalışanları TSM işleyişine güç katacaktır. Bu görevlendirmelerde Halk Sağlığı Müdürlerinin “tercihen” ifadesine özen göstermesi ve görevlendirme için belirlenen sıralamaya uygun şekilde Halk Sağlığı veya Epidemiyoloji uzmanı, doktora, yüksek lisans yapmış hekimlere görevlendirme yapması gerekmektedir. Toplum Sağlığı Merkezi yöneticisine TSM Başkanı yerine “İlçe Halk Sağlığı Müdürü” unvanı verilmesi; hem kurumsal, hem de yönetsel olarak daha yerinde olacaktır.

Toplum Sağlığı Merkezi Görevleri

Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği’ne göre her ilçeye bir adet TSM açılmıştır. Toplum Sağlığı Merkezleri farklı birimler altında 28 görev üstlenerek koruyucu hekimlik ve sağlık yönetiminde sahada önemli fonksiyonları yerine getirmektedir (Tablo 1). TSM’lerin; bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama ve salgın kontrolü, tüberküloz kontrolü, kadın ve üreme sağlığı hizmetleri, çocuk ve ergen sağlığı hizmetleri, kanser erken teşhis, tarama ve eğitim hizmetleri, adli tıbbi hizmetler ve ölüm kayıt hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri, çalışan sağlığı ve güvenliğine dair hizmetler, okul sağlığı hizmetleri, evde sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri gibi birinci basamak koruyucu sağlık hizmeti ile ilişkili görevleri bulunmaktadır. Ayrıca KETEM, AÇS-AP, VSD, TSM İSG, Diyabet ve Obezite, Hemoglobinopati Tanı, Deri ve Zührevi Hastalıklar, Sıtma ile Mücadele, Sağlık Evi gibi TSM ihtiyaçlarına göre hizmet veren birimler açılabilir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2016/5 sayılı Halk Sağlığı Merkezleri genelgesinde Toplum Sağlığı Merkezleri’ne bağlı nüfus tabanlı halk sağlığı merkezi birimini oluşturmuş fakat bu genelgeye Danıştay tarafından yürütmeyi durdurma kararı verilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016; T.C. Danıştay, 2016). Özellikle kendisine bağlı birimlere yeni

eklemeler yapılması ile TSM'ler gündemde kalmakta ve yeni görevler de edinebilmekle birlikte, toplum sağlığını korumak üzere de önemli görevleri yerine getirmektedir (Resmi Gazete, 2015;Gülay, 2015).

Tablo 1: Toplum Sağlığı Merkezi Görev ve Yetkileri

Bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama ve salgın kontrolü	Adli tıbbi hizmetler ve ölüm kayıt hizmetleri
Tüberküloz kontrolü	Acil sağlık hizmetleri
Zoonotik ve vektörel hastalıkların kontrolü	Çevre sağlığı hizmetleri
Erken uyarı ve cevap sistemi çalışmaları	Ağız ve diş sağlığı hizmetleri
Bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü	Kadın ve üreme sağlığı hizmetleri
Çocuk ve ergen sağlığı hizmetleri	Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri
Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim hizmetleri	Kaza ve yaralanmalardan korunma hizmetleri
Toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri	Çalışan sağlığı ve güvenliğine dair hizmetleri
Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki çalışmaları	Olağan dışı durumlar ve afet sağlığı hizmetleri
Ruh sağlığı programlarına dair hizmetler	Sosyal hizmet çalışmaları
İdari ve mali işler	Ulusal programlar ile ilgili hizmetler
Kayıt ve istatistik	Hizmet içi eğitimler
Plan ve program yapma	Diğer kurumlarla işbirliği
İzleme ve değerlendirme çalışmaları	

* KAYNAK: 05.02.2015 Tarih 29258 Sayılı Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği.

Halk sağlığı merkezleri genelgesinde olduğu gibi bazı görüşlerde TSM'lerin her 100.000 nüfusa bir tane olması gerektiği belirtilmektedir (Hasuder, 2015). Daha önceden dikey örgütlenme ile hizmet veren birimlerin TSM altında yatay örgütlenerek çalışması olumludur ve yönetsel olarak kolaylık sağlayacaktır. Halk Sağlığı Merkezleri işleyiş olarak ihtiyacı tekrar değerlendirilmesi gereken bir birimdir. Özellikle nüfus tabanlı hazırlanması ve nöbetler gözetilerek planlanmış olması Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı Merkezi uygulaması ile çalışmaktadır. Her ilçede birden fazla sayıda TSM ve Halk

Sağlığı Merkezi olması kurumsal karışıklığa neden olacaktır ve yönetsel aksaklıklar ortaya çıkaracaktır.

Acil sağlık hizmetlerinin TSM'ler tarafından verilmesi yönetmelikteki TSM tanımından farklı bir görevdir (Resmi Gazete, 2015). Entegre hastane olan ve başhekiminin de TSM başkanı olduğu ilçelerde bu hizmet zaten verilmektedir, ama entegre hastane olmayan TSM'ler için bu görev hem tanımlarına hem de çalışma biçimlerine uygun değildir. Acil sağlık hizmeti sunmanın gerekliliği muhakkaktır; bu yüzden hastane olmayan ilçelerdeki TSM'lerin de entegre hastaneye dönüştürülmesi bu soruna çözüm olacaktır.

Adli tıbbi hizmetler ve ölüm kayıtları TSM personeli üzerine düşen bir görevdir (Resmi Gazete, 2015). Aile hekimleri, her ne kadar kendilerine kayıtlı olan kişiler vefat etmiş olsalar da, günlük sağlık hizmetleri yoğunluğu içerisinde defin muayenesi için yerlerinden ayrılmakta sıkıntı yaşayabilecektir. Bu nedenle defin hizmetlerinin TSM tarafından yürütülmesi, fakat adli hizmetlerin -kişilerin sağlık kayıtlarının aile hekimlerinde bulunması nedeni ile- aile hekimleri tarafından yapılması daha uygun olacaktır ve HASUDER'in önerdiği gibi adli hizmetlerin TSM görevinden çıkarılması gerekmektedir (Hasuder, 2015).

Evde sağlık hizmetleri; her ne kadar yönetmelik gereği temelde koordinasyon olmakla birlikte bu hizmetler ile ilgili iş ve işlemleri yürütmek TSM görevleri arasındaydı. Sağlık Bakanlığı'nın 05.05.2017 tarih ve 58454586 sayılı yazısı ile evde sağlık hizmetleri Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na devir edilmiş ve TSM görevleri arasından çıkmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

Mevsimlik tarım işçileri ve hatta göçmenler ile ilgili TSM tarafından sağlık hizmeti sunulması yine sorun olarak göze batmaktadır. Aygün ve arkadaşları göçmenlere sağlık hizmeti veren Toplum Sağlığı Merkezi çalışanlarının çok çeşitli sorunlar yaşadığını belirtmiştir (Aygün ve diğ., 2016). TSM'lerin temel görevi arasında olmayan sağlık hizmeti sunumunun böyle özel durumlar için görev haline getirilmesi uygun görülmemektedir. Bu hizmetlerin aile hekimleri tarafından yapılması veya aile hekimliği görevinin TSM'de çalışan bir hekime yetkilendirilmiş olarak verilmesi ile çözümlenerek yapılan sağlık hizmetlerin kayıtlara girmesi ve ulaşılmasına imkan sağlayacaktır.

Yönetmelikte üniversiteler ile ilgili protokollere atıfta bulunulması, eğitim ve araştırmalara destek verilmesi, tıp fakülteleri için önemlidir (Resmi Gazete, 2015). Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi hakkında yönergeyle halk sağlığı anabilim dalları ile başlayan uygulama, son yönetmelikte de devam etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2001). Halk sağlığı anabilim dalları ile yapılan protokoller; asistan rotasyonları ve intörn eğitimlerinin resmi bir dayanağını oluşturmaktadır. Halk Sağlığı Müdürlüğü veya Toplum Sağlığı Merkezi tarafından yapılacak eğitimler içinde destek alınmasından bahsedilmesi önemlidir ve kurumlar arası iletişim ile işbirliğinin sağlanması açısından gereklidir.

Toplum Sağlığı Merkezi Personeli

Yönetmeliğin 45 ve 63. maddeleri arasında TSM'de hizmet veren hekimden hizmetliye kadar personelin görev tanımları yapılmıştır. TSM başkanı, hekim, diş hekimi, sağlık memuru, hemşire, ebe, röntgen teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, tıbbi teknolog, sosyal çalışmacı, psikolog, diyetisyen, çevre sağlığı teknisyeni, tıbbi sekreter, ayniyat saymanı, ambar memuru, veri hazırlama kontrol işletmeni, memur, şoför, hizmetli gibi tüm çalışanların toplum sağlığı merkezinde yapacakları işler belirtilmiştir (Resmi Gazete, 2015).

Toplum sağlığı merkezlerine yönelik bazı çalışmalarda toplama kampı ifadesi dikkat çekicidir (Özkavak, 2007). 2008 yılında Eskişehir’de yapılan bir çalışmada TSM hekimlerinin iş doyumunu ve çalışma şartlarından memnuniyeti daha düşük bildirilmiştir (Tözün ve diğ., 2008). Sağlık Bakanlığı’nın 2010 yılında yaptığı personel memnuniyeti çalışmasında TSM çalışanları ayrı olarak alınmadığı için karşılaştırılmamıştır (Mollalıhaliloğlu ve diğ., 2010). Aile hekimliğine ilk geçen illerde de Toplum Sağlığı Merkezinde çalışan personel sayısında ciddi olumsuzluklar yaşandığı dikkat çekmektedir (Nenasır ve Erkman, 2010; Kandemir, 2010). Aile Sağlığı Merkezi’nde çalışan sağlık personeli ile yapılan bir çalışmada, aile hekimliği sistemi ile çalışmaktan memnuniyetin olduğu ve Aile Hekimliği için personel sayısının yetersizliği vurgulanmıştır (Aloğlu ve Taşlıyan, 2016). TSM’de yeterli sayıda personel çalışması koruyucu sağlık hizmetlerinin devam etmesi açısından gereklidir. Yeni mevzuat ile görev ve işlerin tanımlanmasının kuruma aidiyeti arttıracığı, nitelikli yönetici ve personel ile halk sağlığını koruyucu çalışmaların ivme kazanacağı muhakkaktır.

Toplum Sağlığı Merkezi ve İlçe Sağlık Müdürlüğü

Sağlık Bakanlığı; 02.11.2011 yılında yayınlanan 663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile teşkilat yapısını yeniden yapılandırmıştır (Resmi Gazete, 2011). Bu yeniden yapılanma sonrasında Aile Hekimliği ile başlayan Toplum Sağlığı Merkezi yanında 2012 yılında İlçe Sağlık Müdürlüğü de kurulmuştur. TSM’ler Halk Sağlığı Müdürlüğü’nün, İlçe sağlık müdürlükleri de İl Sağlık Müdürlüğü’nün taşra teşkilatını oluşturmuştur. Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatını yapılandırırken TÜİK nüfusu 25.000 üzerinde olan her ilçede 1 adet ilçe sağlık müdürlüğü kurulacağını ve 25.000 ile 50.000 arasında nüfusu olan ilçelerde Toplum Sağlığı Merkezi ve İlçe Sağlık Müdürlüğü’nü aynı kişinin yürüteceğini, 25.000 altında ise Toplum Sağlığı Merkezi sorumlusunun olacağını belirtmiştir (Resmi Gazete, 2012). Nüfusu 200.000 üzerinde olan ilçelerde bulunan İlçe Sağlık Müdürlüklerinde 2 olmak üzere 5’e kadar şube müdürü görevlendirilebilmektedir. A4 grubu 200.000 ile 350.000 nüfusu olan ilçelerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü ile Yönetim Hizmetleri Şube Müdürlüğü tanımlanmıştır. A3 grubu ilçelerde Kamu Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü, Özel Sağlık Hizmetleri, Eczacılık ve Tıbbi Cihaz Şube Müdürlüğü, Yönetim Hizmetleri Şube Müdürlüğü tanımlanmıştır. Nüfusu 500.000 ila 750.000 arasında olan A2 grubu ilçelere ek olarak İzleme ve Değerlendirme Şube Müdürlüğü ile birlikte 4 şube müdürlüğü oluşturulmuştur. 750.000’den büyük ilçelerde ise Özel Sağlık Hizmetleri, Eczacılık ve Tıbbi Cihaz Şube Müdürlüğü ikiye ayrılarak Özel Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü ve Eczacılık ve Tıbbi Cihaz Şube Müdürlüğü’nün olduğu toplam 5 şube müdürlüğü oluşturulmuştur (Resmi Gazete, 2012; T.C.Sağlık Bakanlığı, 2012). Toplum sağlığı merkezlerinde ise farklı birimler tanımlanmasına rağmen şube müdürlükleri oluşturulmamıştır. Nüfusu 25.000 altında olan ilçelerde İlçe Sağlık Müdürlüğü’nün bulunmaması, 25.000-50.000 nüfuslu ilçelerde görevleri aynı kişinin yürütmesi nedeni ile ilçe sağlık müdürlüklerinin kaldırılarak İlçe Halk Sağlığı Müdürlüğü altında yeniden yapılanması yerinde olacaktır. Ayrıca ilçe sağlık müdürlüklerine tanımlanmış şube müdürlüklerinin benzer şekilde nüfusa orantılı olarak 200.000’den büyük ilçe TSM’lerde de oluşturulması uygun olacaktır. Bu işlemler bürokrasiyi azaltacak, personelin etkin kullanılmasına imkan verecek, TSM hizmetlerinin yönetimini kolaylaştıracak ve bir çok konuda tasarruf sağlayacaktır.

Sonuç:

TSM'ler birinci basamakta halk sağlığına yönelik önemli görevler yapmaktadır. Sonuç olarak Toplum Sağlığı Merkezi ve İlçe Sağlık Müdürlüğü birleştirilerek, her ilçede bir tane İlçe Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne dönüştürülmeli ve şube müdürlükleri tanımlanmalıdır.

Toplum Sağlığı Merkezi Başkanı görevlendirmelerinde tercih sırasına yöneticilerin önem vermesi gerekmektedir. Bu görevlendirmelerde Halk sağlığı Uzmanları öncelikli olmak üzere Halk sağlığı, sağlık yönetimi yüksek lisans ve/veya doktora eğitimi almış hekimler tercih edilmelidir.

Mevsimlik tarım işçileri ve göçmenler ile ilgili sağlık hizmetlerinin, TSM'de çalışan hekimlere yetkilendirilmiş aile hekimliği verilerek yapılması sağlanmalıdır.

Adli hizmetler TSM görevlerinden çıkarılmalıdır.

Hastane olmayan ilçelerdeki tüm TSM'ler entegre hastaneye çevrilerek acil sağlık hizmetlerinin kesintisiz yapılması sağlanmalıdır.

Özellikle yeni mevzuat çalışmalarının gündemde olduğu bu günlerde, yapılacak düzenlemeler ile toplum sağlığı merkezleri ivme kazanacak, yönetim ve hizmet kalitesi daha da artacaktır. Yapılacak düzenlemeler ile personel aidiyeti ve memnuniyeti de yükselecektir.

Kaynaklar

1. Aloğlu N. Ve Taşlıyan M. (2016). Aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelinin geçmiş sistem (sağlık ocakları) ile bugünkü sistemi (aile hekimliği) değerlendirmeleri: Kahramanmaraş il merkezinde bir alan çalışması. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi,2(3),1-14.
2. Akdağ R., Aydın S., Buzgan T., Demirel H. ve Gündüz F. (2008). Türkiye'de sağlıkta dönüşüm ve temel sağlık hizmetleri. Ankara.
3. Aygün O., Gökdemir Ö., Bulut Ü., Yaprak S. ve Güldal D. (2016). Bir toplum sağlığı merkezi örneğinde sığınmacı ve mültecilere verilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care,10(1),6-12.
4. Gülay M. (2015). 'Günümüzde halk sağlığı alanındaki yasal düzenlemeler'. Bulunduğu eser: Pala K (ed.) Birinci basamakta kamu sağlık yönetimi el kitabı (ss.411-455). Ankara, Palme Yayınları.
5. HASUDER (2015). HASUDER sağlık politikaları ve istihdam çalışma grubu. toplum sağlığı merkezi ve bağlı birimler yönetmeliği hakkında görüş. 2015. 01.06.2017 tarihinde <http://www.hasuder.org/anasayfa/index.php/rtl-support/306-toplum-sagligi-merkezi-ve-bagli-birimler-yonetmeliği-hakkinda-goerues> adresinden alınmıştır.
6. Kandemir B. (2010). "Edirne'de toplum sağlığı merkezlerinin personel ve işlev açısından değerlendirilmesi".
7. Mollahaliloğlu S., Kosdak M. ve Taşkaya S. (2010). Sağlık personeli memnuniyet araştırması. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
8. Nenasır N. ve Erkman N. (2010). Aile hekimliği uygulamasına geçen ilk 11 ilin sağlık göstergeleri üzerinden bu sürece bir bakış. TAF Prev Med Bull, 9(5),493-504.
9. Özkavak B. (2007). Toplum sağlığı merkezleri. Toplum ve Hekim, 22(6),472-474.
10. Resmi Gazete (1961) 12.01.1961 tarih ve 10705 sayılı resmi gazete. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun. Resmi Gazete (1964) 09.09.1964 tarih ve 11802 sayılı resmi gazete. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmetin yürütülmesi hakkında yönerge..

11. Resmi Gazete (2004) 09.12.2004 tarih ve 25665 sayı resmi gazete. Aile hekimliği kanunu.
12. Resmi Gazete (2011) 02.11.2011 tarih ve 28103 sayılı resmi gazete. Sağlık bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararname.
13. Resmi Gazete (2012) 04.01.2012 tarih ve 28163 sayılı resmi gazete. Sağlık bakanlığı taşra teşkilatı idari ve hizmet birimleri kadro standartları yönetmeliği.
14. Resmi Gazete (2013) 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı resmi gazete. Aile hekimliği uygulama yönetmeliği.
15. Resmi Gazete (2015) 05.02.2015 tarih 29258 sayılı resmi gazete. Toplum sağlığı merkezi ve bağlı birimler yönetmeliği.
16. T.C. Danıştay 15.Daire (2016). Esas No:2016/5176 11.10.2016 Tarihli Karar.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2001). Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında yönerge..
18. T.C. Sağlık Bakanlığı (2010). Aile hekimliğinin pilot uygulandığı illerde toplum sağlığı merkezleri kurulması ve çalıştırılmasına dair yönerge.
19. T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). Toplum sağlığı merkezlerinin kurulması ve çalıştırılmasına dair yönerge.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı (2012). İl ve ilçe sağlık müdürlüğü yönetim rehberi. Ankara.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2016) 2016/5 23.03.2016 tarih ve 49654233 sayılı genelge. Halk sağlığı merkezleri genelgesi.
22. T.C. Sağlık Bakanlığı (2017) 05.05.2017 tarih ve 58454586 sayılı yazı.
23. Tözün M., Çulhacı A. ve Ünsal A. (2008). Aile hekimliği sisteminde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin iş doyumu (Eskişehir). TAF Prev Med Bull 7(5): 377-384.

İLAÇ ENDÜSTRİSİNİN ELEŞTİREL ANALİZİ: ORJİNALE KARŞI JENERİK
CRITICAL ANALYSIS OF PHARMACEUTICAL INDUSTRY: GENERIC VERSUS
ORIGINAL

Arş. Gör. Nazan KARTAL

Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık İdaresi Bölümü

nazankartal18@gmail.com

Arş. Gör. Murat KONCA

Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık İdaresi Bölümü

konca71@gmail.com

Özet

Bu çalışmanın amacı ilaç endüstrisinde önemli bir yere sahip olan orijinal ve jenerik ilaç konusunu çok yönlü irdelemektir. Bu bağlamda, ortaya atılmış temel bir iddia olmayıp, katılımcıların ilaç endüstrisi üzerine görüşleri öğrenilmek istenmiş ve iki ilaç türü hakkındaki düşüncelerinin temeline inilmeye çalışılmıştır. Araştırmada nitel araştırma yaklaşımı kullanılmıştır. Belirtilen amaç doğrultusunda ilaç endüstrisinde yer alan eczacı, aile hekimi, tıbbi farmakolog, ilaç firması yöneticisi, akademisyen ve tıbbi mümessil konumundaki 13 kişi ile görüşülmüştür. Bu kişilerle yaklaşık 75-90 dakika süren derinlemesine görüşmeler yapılarak orijinal ve jenerik ilaç arasında tedavi başarısı, yan etki, maliyet- etkililik açısından fark olup olmadığı, patent süresi üzerine düşünceler, etik dışı konular, piyasa durumu, mevzuat ve yönlendirmelerin doğruluğu konusunda düşünceler sorulmuştur ve alınan cevaplar betimleme ve içerik analizi yöntemleriyle analiz edilmiştir. Yapılan analizler sonucu, ilaç endüstrisinin odak noktasında toplum sağlığından kar kaygısına doğru sapmalar yaşandığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca görüşmecilerin çoğunluğu, jenerik ilaçların kullanıcılar tarafından tam olarak tanınmadığı ve toplumun bu konuda doğru yönlendirilmediğini belirtmişlerdir.

Anahtar Kelimeler: İlaç endüstrisi, orijinal, jenerik, ilaç, nitel.

Abstract

The aim of this study is to examine the original and generic drug topics in the pharmaceutical industry in a multi-faceted way. In this context, it was not a basic idiom, but participants were asked to learn their views on the pharmaceutical industry and tried to base their thinking on the two drug types. Qualitative research approach was used in the research. For the stated purpose, 13 people who the pharmacist, medical pharmacologist, general practitioner, pharmaceutical company manager, academicians and medical representatives in the pharmaceutical

industry were interviewed. In-depth interviews were conducted with these patients for about 75-90 minutes and the original and generic medicines were reviewed with regard to whether they differed in terms of treatment success, side effects, cost-effectiveness, patents, ethics, market conditions, legislation and directions. The responses were analyzed by descriptive and content analysis methods. The end result is that the pharmaceutical industry has been deviating from community health to profit anxiety at the focal point. In addition, the majority of interviewees stated that generic medicines were not fully recognized by the users and that the community was not directed towards this issue.

Key Words: Pharmaceutical industry, original, generic, pharmaceutical, qualitative.

1. GİRİŞ

İlaç endüstrisi, kendine has bir takım özellikleri olan ve gerek üretim hacmi gerekse ticaret kapasitesiyle ülke ekonomileri için kritik öneme sahip endüstrilerdendir (Uğurluoğlu, 2014). Sağlık hizmetlerinin ayrılmaz parçalarından biri olan ilaç endüstrisi, beşeri ve veteriner hekimlikte tedavi edici, koruyucu ve besleyici olarak kullanılan sentetik, bitkisel, hayvansal ve biyolojik kaynaklı kimyasal maddeleri farmasötik teknolojiye uygun şekilde, bilimsel standartlara göre belirli dozlarda basit veya bileşik farmasötik şekiller haline getirip seri olarak üretmek tedaviye sunan bir sanayi dalıdır (TÜBİTAK, 2003). İlaç endüstrisinin ayırt edici bazı temel özellikleri vardır. Bunlar; hastalık ve kullanılacak ilaca dair risk ve belirsizliğin olması, hasta, doktor ve geri ödeyici kurumlar arasındaki farklı talep yapısı ve bilgi asimetrisi, toplumun diğer bireyleri için pozitif dışsallık yaratması, patent koruması ile tekelleşme oluşturması ve belirli firmaların pazar gücü elde etmesi, sağlık politikaları ve endüstriyel politikaların çakışmasıdır (Giuffrida, 2001).

İlaç endüstrisinin temel bileşeni olan ilaç (tıbbi farmasötik ürün) ise, bir hastalığı tedavi etmek ve/veya önlemek, teşhiste bulunmak ya da fizyolojik bir fonksiyonu düzeltmek, düzenlemek veya değiştirmek için insana uygulanan doğal ve/veya sentetik kaynaklı olabilen etkin madde ya da maddelerin kombinasyonudur (26.08.2011 Tarihli Resmi Gazete). 2015 yılında dünya ilaç pazarı 1,08 trilyon dolara ulaşmıştır, dünya genelindeki bu pazarda Türkiye 16. sıradadır (IMS Health, 2016). Dünya ilaç pazarındaki yeri açısından büyük bir dinamizme sahip olan Türkiye’de kişi başına yapılan ilaç harcaması 140 dolar ile OECD ortalamasının (527 dolar) altında kalsa da, toplam sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının payı en yüksek olan OECD ülkelerindedir. Bu durum, Türkiye’nin göreceli olarak düşük gelir düzeyi ile açıklanabilir (Çelik, 2011; TEB, 2016).

İlaç endüstrisinde Ar-Ge, keşfedilen bir molekülün laboratuvar ortamında belirli aşamalardan geçtikten sonra, insan yararına kullanılabilir güvenli ve etkin bir ilaç olmasını sağlayan klinik araştırmaların yanı sıra, mevcut ürünler üzerinden geliştirilen yeni kombinasyonları ve formülasyonları da kapsamaktadır (Ekonomi Bakanlığı, 2016). Günümüzde ilaç endüstrisi, Ar-Ge harcamalarının en yüksek olduğu endüstrilerden biridir (Çetin ve Arıcıoğlu, 2009). Toplam Ar-ge harcamalarına bakıldığında ilaç ve biyoteknoloji alanı, tüm endüstriler arasında 132.352 milyon Euro ile birinci sıradadır ve %19’luk bir paya sahiptir. (European Union- EU, 2016). Bu harcamaları tek başına üstlenemeyen firmalar, diğer firmalarla birleşme veya iş birliği yapma yollarını seçmektedirler (Bilgener ve Özçelikay, 2007). Yüksek Ar-Ge harcamalarına katlanarak orijinal ilaç geliştiren firmalar, geliştirdikleri ilaçtaki etkin madde üzerinde bir takım fikri mülkiyet haklarına sahip olmaktadır. İlaç firmalarının fikri mülkiyet hakları çerçevesinde elde edebileceği haklar; patentler, faydalı modeller, marka, yeni bitki çeşitleri üzerindeki haklar ve endüstriyel tasarım hakları olarak sınıflandırılabilir (Bak, 2011). Patent hakkı, bu haklar arasında en çok bilinenidir. Yeni geliştirilen orijinal ilaçların 20 yıl süre ile patent korumasından faydalandığı söylenilmekle birlikte bu süre fiili olarak daha azdır çünkü patentin başlangıç tarihi ile ürünlerin ruhsatlandırılıp pazara sunulması arasında belirli bir zaman geçmekte ve bu yüzden fiili patent süresi, 20 yıldan kısa sürmektedir (Uğurluoğlu, 2014). . *(Aynı bilgi tekrar edilmiştir)* Yeni geliştirilen ilaçlara verilen patent hakkının, o ilaca ulaşımı engellediği ve kamu maliyesi üzerinde baskıya sebep olduğu yönünde görüşler olmakla birlikte; patent verilmesiyle ilaç üreticilerinin yeni ilaç geliştirme çabalarını artırdıkları ve bunun da topluma fayda sağladığı yönünde görüşler de mevcuttur (Uğurluoğlu, 2014). İlacın patente konu olmasının insan ve toplum sağlığı tarafından bakıldığında etik olmadığı şeklinde bir karşıt görüş de mevcuttur (Büyüktanır vd., 2012). Bu soruna karşılık Kanada ve Avustralya gibi ülkeler, çeşitli teşvik ve ödüller ya da zorunlu lisans yolları aracılığıyla patent ile sağlık hakkı arasında orta yol bulmaya çalışırken; Hindistan, Brezilya ve Tayland gibi ülkeler ise yerli

ilaç üretimini artırarak maliyetleri düşürmek adına jenerik ilaç üretimi ile erişilebilirliği sağlamaya çalışmıştır (Büyüktanır vd., 2012). Patent koruması olmayan ülkelerde, orijinal ilaç ile benzer işleve sahip olan ilaçlar kopya ilaç olarak adlandırılmaktadır (Kaya, 2010). Dolayısıyla çakışan patent hakkı ile temel ilaçlardan faydalanma hakkı sonucu, jenerik ilaç üretimine gidilmesi bazı kesimlerce etik açıdan doğru bulunmamaktadır.

İlaç endüstrisini yerli ve yabancı yerine, patent durumuna göre orijinal ve jenerik olarak ayırmak daha doğru olacaktır. Uzun ve klinik araştırmalar sonucunda, belirli bir hastalık üzerinde olumlu etki yaptığı kanıtlanan, patentli bir moleküle dayanan ve daha önceden benzeri ya da eşdeğeri olmayan yeni geliştirilen ilaçlar orijinal ilaçlar olarak adlandırılır (SB, 2015). Orijinal ilaçla biyoeşdeğer olan, yani orijinal ilaçta bulunan etken maddeyi aynı dozda içeren ve terapötik etkililiği orijinal ilaçla aynı olduğu kanıtlanan ve orijinal ilacın patent süresi dolduktan sonra piyasaya sürülmesine izin verilen ilaçlara jenerik ilaç denmektedir. (Çalışkan, 2008). Dünya orijinal ilaç pazarında ABD lider konumda iken, jenerik ilaçta Asya ülkelerinden Hindistan ve Çin ön plana çıkmaktadır (Petrol-İş, 2010). ABD’de Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), Avrupa Birliği’nde Avrupa İlaç Ürünleri Değerlendirme İdaresi (EMA) ve Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, jenerik ilaçların orijinalleriyle aynı etkiye sahip olduğunu ortaya koyan biyoyararlanım çalışmalarının kontrolünü yapmaktadır. Türkiye’de bu kontrol, 27 Mayıs 1994 tarihinde Farmasötik Müztahtarların Biyoyararlanım ve Biyoeşdeğerliğinin Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik ile düzenlenmiştir (İskit, 2008).

Jenerik ilaçlar, orijinalleri ile aynı etken maddeye aynı dozda sahip olmakla birlikte, orijinal ilaçta bulunan etken maddenin patent süresi sona erdikten sonra piyasaya sürülebilirler. Patent koruması 20 yıl olmakla birlikte, fiili olarak bu süre 20 yıldan azdır çünkü patenti alınan bir etken maddenin ilaca dönüştürülüp ruhsatının alınması gerekmekte ve bu aşamalar yıllar sürdüğü için fiili patent süresi 20 yıldan kısa sürmektedir. *(Aynı bilgi tekrar edilmiş)* GATT/ TRIPs *(Anlaşmanın tam ismi belirtildikten sonra kısaltmasını parantez içinde belirtiniz)* Anlaşması çerçevesinde ilaçlarda ürün patentinin kabul ve uygulanmasına, Türkiye’de Gümrük Birliği Antlaşması ile 1 Ocak 1999 tarihinden itibaren başlanmıştır (Acar ve Yeğenoğlu, 2004).

Jenerik ilaçların dünya ilaç pazarındaki payları kutu bazında her geçen gün artmaktadır ve jenerik ilaçlar, özellikle gelişmekte olan pazarlarda daha yüksek üretim ve satış paylarına sahiptir (Uğurluoğlu, 2014). Örneğin Türkiye’de, jenerik ürünlerin, pazarın kutu bazında %52,4’üne; ciro bazında ise %37,7’sine sahip olduğu görülmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2014). İlaç harcamalarının dağılımına bakıldığında 2010 yılında jenerik ve orijinalin payı sırasıyla %35,3-%61,3 iken 2015 yılına gelindiğinde bu oranlar %29,5-%66,5 şeklinde değişmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015). Görüldüğü üzere, jenerik ilaçların toplam sağlık harcamalarındaki payı bu beş yılda daha da azalmıştır. Orijinallerine kıyasla kutu bazında daha yüksek paya sahip olan jenerik ilaçların ciro bazında daha düşük paya sahip olmaları, ucuz olmaları ile açıklanabilir.

Jenerik ilaçlarda, orijinal ilaçlarda olduğu gibi klinik ilaç geliştirme çalışmalarına gerek olmadığından bu ilaçların üretimi daha az maliyetlidir ve doğal olarak fiyatları daha ucuzdur. Yapılan çalışmalarda jenerik ilaçların orijinallerine göre %20-80 arasında değişen oranlarda daha ucuz oldukları ortaya konulmuştur (Çetin ve Arıcıoğlu, 2009). Bu yüzden, ilaçlara yüksek miktarlarda kaynak ayırmak zorunda kalan hükümetler, jenerik ilaçlara yönelerek ekonomik faydalar sağlamaktadır (Bilgener ve Özçelikay, 2007). Jenerik ilaçların ucuz olmalarının yanı sıra, orijinal ilaçların fiyatını düşürmeye de yardımcı olduğu görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda, jenerik bir ilacın piyasaya girmeye başlamasıyla orijinal ilacın pazar payının üç ay içinde %50; bir yıl içinde ise %80 azaldığı ortaya konmuştur. Sonuç olarak orijinal ilacı üreten firma, fiyat indirimine gitmek zorunda kalmaktadır (Gallenti vd., 2013). Jenerik ilaçların varlığı, ilaç harcamalarını azaltma konusunda hükümetlere çıkış yolları sunmaktadır. Görüldüğü gibi, jenerik ilaçlar ucuz olmalarının yanı sıra, orijinal ilaçların fiyatını aşağı çekerek de hükümetlere, ilaç harcamaları konusunda fayda sağlamaktadır.

Sağlık hakkının olmazsa olmazlarından birisi “temel ilaçlara erişim hakkı”dır. Bu hakkın, insani bir hak olma ve uluslararası belgelerde yer edinmeye başlaması, modern anlamda ilaçlarla tanışmanın ve kullanımının yeni yeni yaygınlık kazanmasıyla birlikte 1975 yılından sonra mümkün olmuştur (Birinci, 2009). Nüfusun büyük çoğunluğunun tıbbi bakım ihtiyacını karşılayan “temel ilaçlar”, her zaman uygun miktarda ve yeterli dozda, birey ve toplulukların karşılayabileceği bir fiyattan elde edilme imkânına sahip olmalıdır (WHO, 2000). Bu açıdan bakıldığında, bazı yaygın hastalıkların görüldüğü gelişmemiş ve fakir ülkeler için, jenerik ilaç üretimi teşvik edilebilmektedir. Bu duruma “Bolar Hükmü” ya da “Bolar İstisnası” adı verilmektedir. Örneğin, Dünya Sağlık

Örgütü ve Birleşmiş Milletler'in HIV/AIDS programı, patent süresi dolmadan jenerik ilaç üretimini desteklemektedir (Correa, 2000). Antiretroviral tedavinin geliştirilmesinde büyük ilerleme kat edilmesine rağmen, HIV ile yaşayan 18 milyon insan hala tedaviye erişim sağlayamamaktadır (United Nation-UN, 2016). Önceden gelişmekte olan ülkeler, jenerik ilaçlar, paralel ithalat ve zorunlu patent gibi bir takım yolları seçerek temel ilaçlara daha ucuza ulaşabilmekteydi, fakat TRIPS anlaşması, ulus devletlerinin karar alma konusunda darboğaza sokmuştur (Birinci, 2009; Sterckx, 2004).

Jenerik ilaçların dünya pazarında sahip olduğu payın her geçen gün artması, bir takım tartışmaları da beraberinde getirmektedir. Şöyle ki, jenerik ilaçların varlığı, bireyler ve hükümetler için mali açıdan faydalar sağlamakla birlikte tedavi başarısı açısından soru işaretlerine sebep olmaktadır. Jenerik ilaçların, orijinalleri kadar etkili olduğunu savunanlar ve bu görüşü savunanları destekleyen durumlar olmakla birlikte bunun tersini ortaya koyan görüşler ve durumlar da mevcuttur (Çetin ve Arıcıoğlu, 2009). Jenerik ilaçlarla ilgili bir diğer tartışma alanı ise, jenerik ilaçların sayısının artmasının, hastalara ve hekimlere tedavide değişik ilaç seçme olanağı tanıdığı, tedavi maliyetlerinde azalma sağlayarak ilaca erişimi kolaylaştırdığı yönünde ortaya atılan görüşlerdir (Çelik ve Birdane, 2015). Bu görüşü destekleyen taraflar olduğu gibi reddedenler de mevcuttur. Jenerik ilaçlardan bahsedildiğinde ortaya çıkan diğer bir tartışma alanı ise, maliyet etkililiktir. Jenerik ilaçların ucuz olmaları ve orijinal ilaçla aynı etken maddeye aynı dozda sahip olmaları sebebiyle maliyet etkili olduğu görüşünü savunanlar olmakla birlikte; jenerik ilaçların tedavide orijinalleri kadar etkili olmadığı ve bu yüzden tedavi süresini uzatarak daha fazla maliyete sebep olduğu görüşünü savunanlar da mevcuttur. Bunların yanı sıra, jenerik ilaçlarla ilgili tartışma alanlarından biri de etik tartışmalardır. Jenerik ilaç üreten firmaların, orijinal ilaçlarda bulunan etken maddeyi patent süresi sonunda kullanabilmeleri etik tartışmalara konu olabilmektedir.

Görüldüğü üzere, orijinal ve jenerik ilaç sanayiinin kapışması ilaç endüstrisinde oldukça spekülatif bir durum arz etmektedir. Bu durumu derinlemesine incelemek için ilaç endüstrisindeki çeşitli paydaş görüşlerini almak araştırmanın temel amacını oluşturmaktadır.

2.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, ilaç endüstrisine eleştirel bir bakış açısıyla bakarak orijinal ilaç ve bu ilaçların eşdeğeri niteliğindeki jenerik ilaçlara ilişkin görüşleri öğrenmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma, Nisan-Mayıs 2017 tarihleri arasında, Ankara ilinde ikamet eden ve ilaç endüstrisinin paydaşlarından olan 13 kişi ile yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilmiştir. Görüşmeciler ile ilgili tanımlayıcı bilgiler Tablo 1'de gösterilmiştir. Nitel araştırma türünün kullanıldığı bu çalışmada, derinlemesine görüşme yapılmış olup bu görüşmeler araştırmacı yazarlar tarafından gerçekleştirilmiştir. Nitel araştırma, gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algı ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül olarak ortaya konulmasına yönelik bir sürecin izlenmesi şeklinde ifade edilebilir (Yıldırım ve Şimşek, 2008). Verilerin toplanması aşamasında, araştırmaya dahil edilecek kişiler maksatlı olarak seçilmiştir. Bu kişilere ulaşmak için önceden randevu alınmıştır. Görüşmeye gönüllü olarak katılmayı kabul eden kişiler araştırma kapsamına alınmıştır. Görüşme süresince, katılımcılara 7 soru sorulmuştur. İlk olarak, katılımcıların ilaç endüstrisi üzerine görüşleri sorulmuştur. Ardından ise orijinal ve jenerik ilaçların farklılıkları, pazar payları, maliyet-etkililik açısından avantaj ve dezavantajları, yapılan araştırmalar, mevzuat ve benzeri ile ilgili sorular, olası sorunlar, etik çamazlar üzerine sorular yöneltilmiştir.

Tablo 1: Derinlemesine Görüşme Yapılan Kişilerin Tanımlayıcı Özellikleri

Katılımcı No	Eğitim Durumu	Mesleği	Mesleki Tecrübesi	Kurumu
1	Lisans-Eczacılık	Eczacı-Mesul Müdür ve Sahip	1 yıl	Serbest Eczane
2	Lisans-Eczacılık Doktora- Tehnoloji Farmasötik	Akademisyen	5 yıl	Üniversite
3	Lisans-Eczacılık	Eczacı- Mesul Müdür ve Sahip	38 yıl	Serbest Eczane
4	Lisans-Maliye	Tıbbi Mümessil	1,5 yıl	İlaç Firması
5	Lisans-Kimya	Firma Sahibi, Yönetici, Kimyager	12 yıl	İlaç Firması
6	Lisans- Tıp Fakültesi, Uzmanlık- Aile Hekimliği	Satış ve Pazarlama Müdür Yardımcısı	15 yıl	İlaç Firması
7	Lisans- Eczacılık	İkinci Eczacı	1 yıl	Serbest Eczane
8	Lisans- Tıp	Aile hekimi	16 yıl	Aile Sağlığı Merkezi
9	Lisans- Eczacılık	Eczacı- Mesul Müdür ve Sahip	30 yıl	Serbest Eczane
10	Lisans ve Doktora-Eczacılık- Farmasötik Teknoloji	Akademisyen	20 yıl	Üniversite
11	Lisans-Tıp, Uzmanlık- Tıbbi Farmakoloji	Tıbbi Farmakolog	9 yıl	SB, İTCK, Farmakovijilans
12	Lisans ve Doktora-Eczacılık- Farmasötik Teknoloji	Akademisyen	17 yıl	Üniversite
13	Lisans- İşletme	Tıbbi Mümessil	5 yıl	İlaç Firması

Görüşmeler, ortalama 75-90 dakika arası sürmüştür. Araştırma bulgularının, iç güvenilirliğini ve geçerliliğini artırmak amacıyla, görüşmeciler tarafından belirtilen bazı konuşmalar, metin içinde tırnak işareti ile ve italik olarak aynen verilmiştir. Yine bu konuşmaların hangi görüşmeciye ait olduğunu belirtmek için de görüşmeciler G1, G2,... G12, G13 şeklinde numaralandırılmıştır.

Görüşmeler araştırmacılar tarafından çözümlenmiş ve araştırma kabulleri çerçevesinde yorumlanmıştır. Araştırma, nitel araştırma yöntemine göre dizayn edilmiştir. Bu araştırma türünün tercih edilme sebebi ise, güncel ilaç endüstrisine derinlemesine bir perspektif ile bakarak, bu endüstride rol oynayan çeşitli kişilerin görüşlerini ortaya koymaktır.

Bu kapsamda, veriler önce betimleyici analize, ardından da içerik analizine tabii tutulmuştur. Görüşmelerin analizi manuel olarak yapılarak, probleme ilişkin tema ve kodlar oluşturulmuştur.

3.ANALİZ

Araştırmanın bu bölümünde, görüşmecilerin ilaç endüstrisi ile ilgili görüşleri ile orijinal ve jenerik ilaçlar arasındaki yasal mücadeleye yer verilmiş ve verilen cevaplar genel literatür bilgileri ile eşleştirilerek sunulmuştur. Araştırmadan elde edilen veriler, “ilaç endüstrisi” teması altında incelenmiştir. Oluşturulan tema ve kodlara aşağıda özetle değinilmiştir.

Görüşmeciler, ilaç endüstrisinin toplum sağlığının gözetilmesinden ticari kaygılara doğru bir geçiş yaptığı fikrindedirler;

“...Dünya geneline baktığımızda, çok büyük oyunlar döndüğünü görebiliriz. İlaç endüstrisindeki gelişmelerin temelinde karteller ve çeşitli kaos politikaları yer almaktadır. Burada amaç öncelikle toplum sağlığını bozmak ve insanları ilaç kullandırmaya yönlendirmektir. Önce bir hastalık ya da ilaç alımını gerektirecek bir durum yaratılıyor. Mesela, kolesterol değerlerini sabitlemek için kullanılan, vücudun temel değerlerini bozan statinler, sonradan çıktı. Bakın bunlar tamamen algı operasyonu”. (G3)

Oluşturulan fark kategorisinin altında orijinal ve jenerik ilaçlar arasındaki farklılık olup olmadığı değerlendirilmiştir. Genelde, hekimler tedavi başarısı açısından orijinal ilaçlar ile jenerikleri arasında fark olduğunu düşünürken diğer katılımcılar bariz farklılık olmadığını belirtmiştir.

“İlaçtan ilaca değişim göstermektedir. Bazen orijinal, bazen jenerik ilaç başarılıdır. Kullanılan maddenin getirildiği yer (Hindistan, Çin), üretici firmanın üretim araçlarının kalitesi, üretim aşamasındaki çalışmaların orijinalde daha fazla olması, ARGE çalışmalarının fazla olması, kullanılan yardımcı maddeler tedavi başarısı açısından farklılığı etkilemektedir (G1).”

“Her ilaç için değişiyor. Soğuk algınlığı ilaçlarında, ağrı kesici vb. ilaçlarda genelde fark yoktur. İlaç kombinasyonu tedavilerinde (ilacın içinde birden fazla etken madde varsa) fark etmektedir (G7).”

“Evet. Özellikle gelen geribildirimlere göre, bazı hastalar (tansiyon hastaları gibi) etkili olmadığını söylüyorlar. Ancak bu durum hastaların, jenerik ilacın etkili olamayacağı yönünde kendilerine telkinde bulunmaları sebebiyle, yani psikolojik de olabilir (G8).”

“Pek fazla olmadığını düşünüyorum. (G9).”

“Normalde yasal prosedürler yerine getiriliyor ve gerekli olan tüm çalışmalar yerine getiriliyorsa fark olmaması lazım. Ama hastalar tarafından gelen geribildirimlerde aynı etkiyi sağlamayabiliyor. Ama bunun sebebi gerçek mi psikolojik mi bilinmiyor (G2).”

“Jenerik ilaç komisyonunda çalışan biri olarak şunu söyleyebilirim ki bu durum firmadan firmaya değişebilir. Bazılarında orijinal kadar başarılı olmayabilir (G10).”

“Evet. Farmakolojik açıdan baktığınızda birebir eşdeğer olmaz. Kabul edilebilir olsa da klinik açıdan alacağınız başarı oranı azalır. Çeşitli hekim arkadaşlarımdan problemler yaşayanlar oldu ve orijinale döndüklerini belirttiler (G11).”

“Orijinal çalışan firmalar, jenerik ilaçların bu söylemlerle piyasada tutunmaya çalışmalarını engelleme çabasıdadırlar. Bunlar söylentiden ibarettir. Yoksa kesinlikle aynı olayı almadan piyasaya sürülme durumu yoktur. Sağlık, herkesin sağlığı önemli olduğu için Sağlık Bakanlığı bunu kesinlikle onaylamaz (G4).”

“Yoktur. Birebir farmasötik olduğu için eşdeğerdir. Yalnızca kişiye göre farklılık olabilir. Allerjik sebeplerden dolayı (G12).”

“Evet. Oran çok düşük olmakla birlikte, plasebo etkisi değil, gerçekten farklılıklar var. Bu farklılıklar, kullanılan yardımcı malzemelerden kaynaklanıyor. Bununla birlikte, ilacı üreten fabrikadaki personelin eğitim seviyesi ve duruma vakıf olması de tedavi başarısı açısından önemlidir.(G3).”

“Bu tür vakalarla karşılaştık. Benim ve hocalarımla fark ettiği gerçek farklılık bunlar. Hastalar da aynı görüşte. Jenerik ilaçların aynı etkiyi vermediğini söylüyorlar. Ben de hekim olarak, öncelikle orijinali tercih ediyorum (G6).”

Katılımcılar genelde, yan etki bakımından orijinal ilaçlar ile jenerikleri arasında bariz bir farklılık olmadığını görüşünü benimsemektedirler

“Nadir de olsa kullanılan yardımcı maddeden kaynaklı fark vardır (G1).”

“Yoktur. Psikolojik olarak değişebilir. Hasta, kendisine yan sanayi ürünü verildiğini düşünerek yan etki gösterdiği şeklinde bir algıya sahip olabilir (G7).”

“Neredeyse sıkıntı yaşamadım. Yan etkiler benzer (G8).”

“Hayır, öyle bir şey olmadığına eminim. Vücutta çözünürlük açısından kafamda zaman zaman soru işareti oluyor. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu araştırma yapıyor. Fakat bazı serilerde orijinalde de böyle bir sıkıntı oluyor. TİTCK, bu durumları bildiriyor. Depolar, TİTCK varsa iade edin yenisini gönderelim, hesabınızdan düşelim şeklinde güçlü bir internet ağı sunuyor (G9).”

“Orijinal ilaçla jenerik ilaç etken madde olarak aynı doza sahip olmalı. Doz değişmediği sürece yan etki değişmez. Ama farklı yardımcı maddeler kullanılabilir. Bu maddeler de güvenilir yardımcı maddeler olmak zorunda olduğu için farklı bir yan etkisi olmaz, olmamalı. Yan etki dozla alakalıdır (G2).”

“Yan etki etken maddenin sorunudur. Üretimden kaynaklı olup, jenerik ile orijinal arasındaki sorun değildir (G10).”

“Eşdeğer olması demek, aynı miktarda etken maddenin vücuda girmesi demektir. Madem etken madde aynı miktarda etken madde alınıyorsa, yan etki yaratması mümkün müdür? Yan etki şu durumdan kaynaklanıyor olabilir. Orijinal ilaç tablet olarak bulunurken, muadili olan ilaç suda çözülen efervesan olabilir. Hasta ilacı içer. Alım yolu değişiktir. Biri midede çözülürken, diğeri suda çözülür. Bu şekilde farklı yan etki durumları meydana gelebilir. O yüzden normalde kesinlikle yan etki farkı yoktur (G4).”

“Yan etki bakımından da yoktur. Her ikisi de biyoyararlanım ve biyoeşdeğerlilik açısından aynıdır (G12).”

“Bariz fark yok. Çünkü etkide fark yok. Biri daha kaliteli nişasta kullanır, diğeri daha az kaliteli. Bu malzemelerin alerji yapabilme olasılığı var (G3).”

“Yan etki farklılığından ziyade etkinlik bakımından farklılık var (G6).”

Bir görüşmeci haricinde diğerleri, maliyet-etkililik bakımından, genelde jenerik ilaçların daha az maliyet etkili olduğunu düşünmektedirler;

“Orijinalin de, jeneriğin de maliyeti eşittir. Burada 15 dolar olan bir ürün, 2 dolara Hindistan’da satılabilir.” (G5)

Jenerik ilaçların, sanılanın aksine, daha az maliyet-etkili olduğunu düşünenlerin temel gerekçesi, tedavide jenerik ilaçların orijinalleri kadar başarılı olmamasının yeniden yatışları, hekime yeniden başvuruşları, vb. artırarak orijinal ilaca ödenecek tutardan daha fazla maliyete sebebiyet vermesidir.

“Literatüre göre, jenerik ilaçların orijinal ilaçlara göre çok daha az maliyetli olduğu bilgisi yer almaktadır. Ancak, bu daha az maliyetli olduğu anlamına gelmez. Zira tıp çevrelerince yapılan birçok çalışmada jenerik ilaçların etkililiğinin daha az olduğu görüşü desteklenmiştir. Görünürde her ne kadar jenerik ilaçlar daha ucuz olsa da tedavi süresini uzatması ve hatta tedavide başarısızlığa sebep olması, yeniden yatışlara sebep olması, jenerik ilaç kullanan kişilerin sahte ilaç kullanıyor hissine kapılmaları ve bunun kişileri psikolojik anlamda olumsuz etkilemesi vs. gibi sebeplerden jenerik ilaçların etkililiği tartışma konusudur. Bu sebepler dolayısıyla orijinal ilaçların jenerik ilaçlara göre daha az maliyetli olduğunu düşünmekteyim.(G13)”

İlaç endüstrisi ile ilgili yaşanan tartışmaların yoğunlaştığı konulardan biri de ilaçların reçete edilmesi ile ilgili tartışmalardır. Bazı çevreler; eczacıların hastalara, sadece hekimlerin reçete ettikleri ilaçları vermeleri gerektiğini düşünürken bazıları; eczacıların, hekimlerin reçete ettikleri ilaçların jeneriğini hastaya önermelerinin normal

olduğunu, hatta hekimlerin ilaç reçete etmemeleri, sadece molekül yazmaları gerektiğini, hangi ilacın verileceğini eczacıların belirlemeleri gerektiğini düşünmektedirler.

“Hekimlerin hiçbir rolü olmamalıdır. İlaçla ilgili her türlü bilgiye sahip olan kişi eczacıdır. Hekim sadece molekülleri bilir. Üretim koşullarını, basamakları bilmez (G1).”

“Hekim karar verici olmamalı. Karar vericinin eczacı ve hasta olması gerektiğini düşünüyorum. Doktor orada ilacın adını yazmışsa formülünü değerlendiririm. Ancak bazı istisnai durumlar olabilir. Şöyle ki; hasta ameliyattan çıkmışsa, çok özel durumları varsa, onkoloji hastasıysa, vücut sistemiyle ilgili hassas takip gerektiren durumlarda, tek karar verici hekim olabilir (G9)”

“Doktorun dediği olmamalıdır. Eczacı yönlendirebilir. Eczacı “dispense” yapabilecek yetkinlikte olmalıdır. Marka ismiyle yazılması doğrudur. Eczacı da buna uygun kullanım şeklini hastaya bilgilendirmelidir. Singapur ve Kanada’da doktorlar, kesinlikle molekül yazarlar. Geri kalanı ticari konulardır (G5).”

“Kesinlikle hekim olmalıdır. İlaç yazan kişi hekimdir. Muadilleri sistemden görülüyor. Eczacı uygulayan kişidir (G10).”

“Tek karar verici tabip olmalıdır. Eczacı karışmamalıdır. Tedaviye karar veren yasal sorumluluğu üstlenen kimse dışında başkasının karışmaması gerekir (G11).”

“Eczacıların rolü doğru. Karar durumu yok. Eczacı da karar verebilir. Devlet jeneriği ödüyor. Doktor orijinal yazsa bile, hastaya jenerik vermek zorunda olduğunu belirtmek durumunda kalır. Orijinalle eşdeğer olduğu kanıtlanmış ilaçlar doktor tarafından yazılır. Yan etkilerini ve eşdeğerliğini eczacı hastaya anlatır. Eczacı bunu yapmak zorundadır. Karar yetkisi yoktur. Jeneriği satmak zorunda değildir (G12).”

“Tek karar verici tabip de olmamalı, eczacı da olmamalıdır. Hasta konusunda doktor sorumludur. Doktor, farmakolog ve eczacılardan oluşan bir konsensüs oluşturulabilir. Kısa süreli tedavilerde belki eczacı karar verebilir ancak uzun süreli tedavilerde doktorun dediği olmalıdır. (G8)”

Görüşmeciler, ilaçların akılcı kullanımı konusunda hem fikirdirler. Kullanıcıların bilinçsizce, uzman yönlendirmesi olmadan reçetesiz ilaçları (over the counter drugs) tercih ettiklerinden ve bireylerde bazı ilaç gruplarına karşı ciddi bir direnç oluştuğundan bahsedilmiştir;

“Tüberkülozdan ölenler özellikle trafik kazasından ölenlerle yarışıyor. Çünkü bu hastalık için verilen ilaçlara karşı ciddi bir direnç oluştu vücutta ve ilaçlar artık işe yaramıyor. -tüberkülozlu insanlar kol geziyor her yerde. Türkiye, ciddi bir tüberküloz ülkesidir. Maliyetin ötesinde ciddi bir antibiyotiğe direnç başladı. İnsanlar, baş ağrısına bile augmentin içiyorlar. Hastane enfeksiyonlarına karşı bile ciddi direnç başladı.” (G6)

Jenerik ilaçların varlığının, hastaların ilaca erişimini kolaylaştırdığı düşünülmektedir. Görüşmecilerden yalnızca biri ise, jenerik ilacın varlığının ve fazlalığının kafa karışıklığı yarattığını ve tedavi maliyetlerini artırdığını belirtmiştir;

“Örneğin, Bir ilde sadece iki yerde ekmek çıkması var, ya da 100 yerde ekmek çıkması var. Dolayısıyla jenerik ilaçların sayıca artması bir avantajdır.” (G4)

“Tedavi değişikliği anlamında hiçbir şekilde olanak sağlamıyor. 30 tane jenerik olması daha çok kafa karıştırır. Bir hasta üç yıldır kullandığı ilacı arar. 30. jeneriği düşünmez. Neyle başladıysa orijinal, jenerik olsun onunla gider.” (G6)

Görüşmeciler, jenerik ilaçların bazı kullanıcı ya da hastalarda, psikolojik olarak sahte ilaç kullanma algısı yarattığını belirtmişlerdir;

“Hasta, kendisine yan sanayi ürünü verildiğini düşünerek yan etki gösterdiği şeklinde bir algıya sahip olabilir.” (G1)

Görüşmeciler, hekim, eczacı ve kullanıcı olan hastaların eşdeğerlik konusunda yeterince doğru yönlendirilmediğini düşünmektedirler;

“Hekimler doğru bir şekilde yönlendirilmiyor. Özellikle ilaç firmalarının hekimlere “sponsor” olarak bazı harcamalarını üstlenmesi, hekimlerin reçete ettikleri ilaçlarda ısrarcı olmaları sonucunu doğuruyor. Jenerik daha ucuz mal olduğundan bu durum eczacının da işine geliyor. En az bilgilendirilen hasta. Bu durumun bir sonucu olarak hastalar, çoğunlukla eczacıların çaldığını düşünüyor.” (G2)

“Hekimler etki altında oluyor. Reçete sayesinde doğal olarak biz de kazanıyoruz. Firmaların ticari etkinlikleri bizi de etkiliyor.” (G3)

Katılımcılardan biri dışında diğerleri patent süresinin yeterli olduğunu, hatta da kısaltılabileceğini düşünmektedirler;

“Teknoloji çok fazla gelişti ve neredeyse ışınlanma çağına geçebilecek durumdayız. Böyle bir devirde bir etken maddenin patent süresini bu kadar uzun tutmak doğru değildir. Bu sayede belki çok büyük hastalıkları önleyeceğiz. Belki ölüm riskini çok çok düşük düzeye indireceğiz. Bunun için 20 yıl mı beklemek gerekiyor?” (G4)

Bir katılımcı, Türkiye’de orijinal ilaç geliştirme konusunda hevesliliğin bulunmadığı, şimdye kadar buna yönelik bir çaba harcanmadığı belirtilmiştir;

“Bu tamamen ekonomi ile ilgili bir boyut, ihtiyacın nerede olduğunu görebiliyorsunuz ama kaç milyar dolar verebileceksiniz?” (G3)

Görüşmeciler, jenerik ilaç geliştirmede devletin yerli firmalara büyük kolaylıklar sağlayıp teşvikler sunduğunu belirtmişlerdir;

“Devletin son 10 yılda böyle bir politikası oldu. Koçak, Abdi İbrahim, Celtis vb. ilaç firmalarına devlet orijinal üretsinler diye destek verdi. Bundan dolayı orijinal fiyatları düştü. Adapazarı, Düzce’de teşvikten yararlanıp ilaç ürettiler.” (G3)

Üretim denetimi konusunda büyük boşluklar olduğunu belirten bir görüşmeci bu düşüncesini şu şekilde ifade etmiştir;

“Öncelikle yeterli denetlemelerden geçip geçmediği bilinmeyen ilaç firmaları, bahsedilen mevcut ilacın doğruluğunu ne kadar benimsiyor, ne kadar toplum sağlığını gözetiyor büyük bir soru işareti olarak duruyor.” (G1)

Yeni bir ilacın piyasaya sürülmesi için ruhsatının alınması ve söz konusu ilacın geri ödeme listesine alınması aşamasında karşılaşılan bürokratik engellerden bahseden bir paydaş;

“Fiyatlandırma komisyonunda ve SUT’un hazırlanması aşamasında rol alan bürokratlar değişip durduğu için yeni ilaçların piyasaya sürülmesinde ve pozitif listeye girmesinde çok sıkıntı oluyor. Her gelene tekrar anlat vs. Bunun yanı sıra, yurtdışından gelen orijinali Türkiye’de üretmezsen ya da üreteceğini taahhüt etmezsen belli bir süre içinde, o ürünün geri ödemededen çıkarılabileceği yönündeki beyanlar piyasaya yeni ürünlerin girmesini engellemektedir.” (G6)

Görüşmeciler, kar kaygısının ağır basmasından ve karar verici lehine, kullanıcı (hasta) aleyhine bir durum ortaya çıkaran bilgi asimetrisinin etik dışı bazı sorunlara sebep olduğundan bir ortamdan bahsetmişlerdir;

“Kar elde etme amacı ile yanıp tutuşan firmalar, insan ve çevre sağlığını düşünmeden ceplerini doldurmaktadır. Bir hastalığın tedavisinde kullanılan bir ilaç, insan vücudunda başka hastalıklara ya da aksaklıklara yol açabilmektedir. Hatta insanların genetiği de gittikçe bozulmaktadır. Ardından bu kaos ortamından ve insanların bilgisizliğinden yararlanarak aşı gibi çeşitli tedavi seçenekleri sunulmaktadır. Hatta hükümetler de halka çeşitli dayatmalar yapmaktadır. Sağlık ve ilaç sektöründe yaşanan en önemli etik sorunlardan biri, hasta ile hizmet sunucusu arasındaki bilgi asimetrisini kötüye kullanarak ciddi kazanç sağlanabilmesidir.” (G5)

Jenerik ilaç firmaları, patent süresi dolan orijinal ilacın etken maddesini alarak eşdeğer ilaç üretmektedir. Buna bilgi hırsızlığı gibi yakıştırmalar kullanılmaktadır. Bu noktada, dosya kopyalama işleminin etik olmadığı şeklinde görüşler mevcuttur;

“Aslında bu bir yasal savaş. Haklı olduğunu iddia eden ve haklı da olan bir taraf var. Jenerik bir şekilde yasal boşlukları bularak orijinalin piyasasını çalıyor. Ama bu, daha az etkin olduğu anlamına gelmiyor.” (G2)

Hekim- ilaç firması, eczacı-ilac firması ve hekim-eczacı ilişkilerinin ilaç satışı ve kullanımını etik olmayan bir duruma dönüştürdüğü düşünülmektedir;

“Bizim ülkede ilaç firmaları reklam pastalarını, hangi hekime daha fazla ilaç reçete ettirebilecekse ona yöneltiyor.” (G3)

İlaç endüstrisinde bir etik dışı durum da gerçek ilaç değeri taşımayan, hatta insan sağlığı açısından zararlı sahte ürünlerin piyasada bulunmasıdır;

“Orijinal ilaç üretilsin, ülkemiz kalkınsın biz kalkınalım deyip alakasız etken maddeleri ve yardımcı maddeleri bir araya getirip piyasaya ilaç diye sürmek saçmadır. Ama tabii ki uzun süreli ARGE çalışmaları yaparak, orijinal ilaç üretme çabaları da gereklidir.” (G4)

4.TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada, ilaç endüstrisi ve bu endüstride tartışmalı bir alan olan orijinal ve jenerik ilaç farkları konusu nitel araştırma yöntemi ile ortaya koyulmaya çalışılmıştır. Araştırmaya katılan 13 görüşmeciye, derinlemesine görüşme tekniği uygulanarak öncelikle ilaç endüstrisi üzerine görüşleri, ardından bu alandaki önemli bir açmaz olan orijinal ve jenerik tartışması ile ilgili sorular sorulmuştur.

Bu çalışmada, görüşmecilerin tümü ilaç endüstrisinin toplum sağlığından ziyade kar kaygısı mantığı ile işlediğini beyan etmişlerdir. Katılımcılardan iki tanesi, bu işleyişin çeşitli kaos politikaları yoluyla gerçekleştirildiğini ve topluma algı operasyonu şeklinde ilaç kullanımının dayatıldığını belirtmişler ve bazı ilaç kartellerinin endüstride tekelleşmesinden bahsetmişlerdir.

Orijinal ve jenerik konusuna gelindiğinde ise bu iki ilaç çeşidi arasında farklılık olup olmadığına dair düşünceleri sorulduğunda, görüşmeciler tedavi başarısı açısından özellikle hammaddeden kaynaklı farklılıkların olabileceğini belirtirken, bunun yanı sıra kullanıcı olan hastaya göre alerjik reaksiyon ve duyarlılık açısından farklılık görülebileceğini düşünmektedirler. Gerek orijinal, gerek jenerik ilaç satışı yapan bir tıbbi mümessil ise kesinlikle farklılık olmadığını belirtmiştir. Yan etki bakımından farklılıkların ise genelde yardımcı maddeden kaynaklandığını belirtmişlerdir. Görüşmecilerden biri, alım yolundaki farklılıktan kaynaklanan bir yan etki durumu olabileceğini düşünmektedir. Bir görüşmeci, yan etkinin dozla alakalı olduğunu belirtirken bir diğer görüşmeci ise kesinlikle farklılık olmadığını söylemiştir. Tayland’da bir hastanede 275 hastaya orijinal ilaç ve 273 hastaya da bu ilacın jeneriği verilerek yapılan bir çalışmada bu iki ilacın etkinlik ve mortalite oranları benzer çıkmış ve yan etki açısından anlamlı farklılık bulunmadığı saptanmıştır (Angkasekwinai, 2012). Maliyet etkililik konusuna gelindiğinde ise görüşmecilerin yaklaşık yarısı, jenerik ilaçların maliyet etkili olduğunu düşünmektedirler. Literatüre genel olarak bakıldığında bu görüşü destekleyen pek çok çalışma mevcuttur. Jenerik ilaçlarda faz çalışmalarının kısa tutulmasından kaynaklı bir zaman tasarrufu sağlanmaktadır. Bu yüzden de jenerik ürünler, büyük Arge çalışmalarının yapıldığı orijinal ilaçlara göre daha ucuza mal olmaktadır. Görüşmecilerden biri ise bu görüşe karşı çıkarak, jenerik ilaçların yetersiz çalışmalardan geçtiğini ve hastaların tedavi maliyetlerini ve sağlık kurumlarını meşgul etme oranlarını artırdığını, dolayısıyla geri ödeme kurumlarına ve hükümetlere daha fazla yük olduğunu belirtmiştir. Yine başka bir sorun da, jenerik ilaçların varlığının hastaların ilaca erişimini kolaylaştırıp kolaylaştırmadığıdır. Görüşmecilerin biri hariç tümü, jenerik ilaçların piyasada bulunmasının hastaların ilaca erişimini kolaylaştırdığını belirtirken, karşıt görüşü benimseyen görüşmeci ise çok fazla jenerik ilacın varlığının kafa karışıklığına yol açıp, tedavi yükünü artırdığını belirtmiştir. Bir diğer önemli sorun, jenerik ilaçların tanınırlığı konusundaki bilgisizliktir. Görüşmecilerden ikisi, hasta ya da kullanıcıların, jenerik ilaçları yan sanayi ürün olarak gördüklerini ya da bu ilaçların sahte olduğuna dair bir algıları bulunduğunu belirtmişler. Buna yönelik olarak da çeşitli bilinçlendirme ve kamuoyu çalışmaları yapılması gerektiği düşünülmektedir. Toverud ve

arkadaşları (2015), ülkelerin sağlık sistemlerindeki gelişmişliğe göre, jenerik algılarının da değişiklik gösterdiğini belirtmişlerdir. Orijinal ve jenerik ilaçlarla ilgili tartışmalardan bir diğeri de hastaya reçete edilen ilaca nasıl karar verileceği tartışmalarıdır. Hastanın hangi ilacı seçeceğine dair karar verici merciinin yalnızca hekim olduğunu düşünen bir görüşmeci, hastanın yasal sorumluluğunun hekimde olduğunu, dolayısıyla eczacıların hastaları yönlendirmemesi gerektiğini düşünmektedir. Diğer görüşmeciler bu konuda biraz daha ılımlı düşünmektedir. İlaç yok ise eczacının eşdeğerine yönlendirmesinde bir sakınca olmadığı görüşünde olanların yanı sıra bir görüşmeci hekimlerin molekül yazması gerektiğini, ilaç adı yazmanın ticari bir kaygı olduğunu belirtmiş ve hastanın hangi ilacı kullanacağına eczacının karar vermesi gerektiğini belirtmiştir. İlacın üretimi, içeriği, etkileri ve güvenilirliği konusunda en donanımlı kişinin eczacı olduğunu da eklemiştir. Dünya geneline bakıldığında, bazı ülkelerde bu anlayış gelişmekte ve doktorlar yalnızca molekül adı yazmaktadırlar. Hekim ve eczacıların orijinal ve jenerik ilaçları tanıma ve öğrenme konularında bilgi düzeylerine ilişkin görüşler sorulduğunda, görüşmeciler genel olarak bilinçsizliğin hâkim olduğunu, hekim ve eczacıların ilaç firmalarından etkilendiklerini belirtmişlerdir. Bu durumun sonucu olarak hekimlerin hastalara gereksiz yere ilaç yazması, hekim ve eczacının hastayı bir ilaç markasında dayatması gibi sıkıntılar gündeme gelmektedir. Civaner (2006:108), 2300 hekime uyguladığı çalışmada, hekimlerin yarısından fazlası bilimsel toplantılara katılmak ya da bir toplantı düzenlemek için ilaç şirketlerinden maddi destek alınması durumunun kabul edilebilir gerekçeleri olduğunu belirtmişlerdir. Geliştirilen orijinal ilacın patent süresine bakıldığında bir görüşmeci haricinde genelde bu sürenin yeterli hatta fazla olduğu düşünülmektedir. Buna gerekçe olarak da, orijinal ilaç üreticisinin bu süreyi uzatmak için zaten ek patent koruma süresi aldığını, etken maddenin farklı kombinasyonlarda yeni formlarını hazırlamış olduğunu ve 20 yıl dolunca tekrardan bu form için patent almanın yolunu bulduğunu düşünmektedirler. Türkiye’de orijinal ilaç geliştirme konusunda hevesliliğin olmadığı da yine tüm görüşmeciler tarafından kabul görmüştür. Ülke ekonomisi ve alt yapısının henüz buna hazır olmaması, ilaç firmalarının ürün geliştirmeden alıkoymaktadır. Jenerik ilaçların geliştirilmesi konusunda devletin yerli firmalara çeşitli teşvikler sunduğu ve kolaylıklar sağladığı görüşmeciler tarafından kabul görmüştür. Bir görüşmeci, jenerik ilaç firmalarının daha fazla desteklenmesi ve birden çok firmanın üretimde yer alması gerektiğini belirtmiştir. Üretim ve ruhsatlandırma aşamasında denetim eksikleri olduğunu belirten bir görüşmeci, ülkemizde ruhsat alma işinin çok kolay olduğunu düşündüğünü söylemiştir. Şüphesiz ki ilaç endüstrisi, bir takım etik açıdan uygunsuz durumların merkezindedir. Görüşmeciler, kar kaygısı taşıyan bazı hekim ve eczacıların kullanıcıların (hastaların) bilgi asimetrisinden faydalanarak ilaç kullanımına yönlendirdiklerini belirtmişlerdir. Özellikle ülkemizde, aile hekimleri şu an her ilacı yazan bir konumdadırlar. Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin verilmesi gereken yer olan aile sağlığı merkezleri bundan dolayı çekirdek görevlerini unutmış görünmektedirler. Patent süresi dolan orijinal ilacın etken maddeyi kullanma hakkı elde ederek, ilacın eşdeğerini üretmektedirler. Görüşmecilerden ikisi, bunu bilgi hırsızlığı kapsamında değerlendirmişlerdir ve jenerik ilaç üretici firmalarının yasal boşluklardan yararlandığını belirtmişlerdir. Yine hekim ve eczacıların belli başlı ilaç firmalarıyla ilişkilerinin olması da etik dışı bir durum oluşturmaktadır. Görüşmeciler tarafından, firmaların kendilerine yakın hekim ve eczacılara çeşitli tanıtım faaliyetleri uyguladıkları, ayrıcalıklar tanıdıkları düşünülmektedir. Kar kaygısının ön plana çıkması sonucunda piyasada gerçek ilaç niteliği taşımayan, hatta kullananlarda ciddi sağlık sorunlarına yol açan ilaç sahteciliği de önemli bir etik ihlaldir. Görüşmeciler, uygunsuz ilaç kombinasyonlarının bir araya getirilmemesi ve toplum sağlığının düşünülmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Sonuç olarak, gerek dünya gerek Türkiye’de ilaç endüstrisi sağlık odaklı olmaktan, kar odaklı olma yolunda ilerlemektedir. Böyle bir piyasada çeşitli rant kaygıları göze çarpmaktadır. Bu çalışmada ilaç endüstrisi içerisinde önemli bir tartışma konusu olan orijinal ve jenerik ilaç piyasasının durumu irdelenmeye çalışılmış ve bu alanda çalışan kişilerle görüşülmüştür. Bu kapsamda, jenerik ilaçların daha tüketici dostu olduğu, fakat kullanıcılar tarafından gerekli ilgiyi henüz göremediği, tanınırlığının az olduğu söylenebilir. Klinik gözlemler ve çeşitli araştırmalardan elde edilen bulgular, jenerik ilaçların orijinal ilaçlar kadar başarılı olduğunu gösterse de, yine de jenerik ilaçlara karşı kuşkuları artıran gözlemler de mevcuttur. Bu anlamda, jenerik ilaç üreticilerinin bu imajı düzeltmek için gerekli gayreti göstermeleri önemlidir. Araştırmanın en önemli kısıtlılıklarından biri, görüşülmek istenen kişilerin zaman sorunları olmasından dolayı bazı paydaşlarla görüşmeler gerçekleştirilememesidir. Bu yüzden veri toplama grubunun az olması bir dezavantaj olmuştur. Çeşitli geri ödeme kurumları ile yapılmak istenen görüşmelerde kurumsal görüşü yansıttığını düşünen kişiler, gerekli cevapları verememişlerdir. Dolayısıyla bu kişilerle yapılan görüşmeler tamamlanamamıştır. Resmi kurumlardan ve ilaç sendikalarından kişilerle görüşülebilmesi büyük eksiklik oluşturmuştur. Daha sonra bu konu ile ilgili yapılacak çalışmalarda geniş bir

perspektiften bakmak adına, görüşülen kişilerin artırılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. İlaç endüstrisi, sağlık yönetimi yazınında hak ettiği öneme henüz sahip olamamıştır. Dolayısıyla eksik yönlerin kapatılması adına, araştırmacıların ilaç endüstrisi piyasası ile ilgili olarak jenerik ilaçlar, OTC (over the counter) ilaçlar ve yetim ilaçlar gibi ışık tutulmamış konularda çalışmalarını artırmaları önerilebilir.

KAYNAKÇA

- 26.08.2011 Tarihli Resmi Gazete, Beşerî Tıbbi Ürünlerin Tanıtım Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik.
- Acar, A. ve Yeğenoğlu, S. (2004). Türkiye’de İlaçta Patent. Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi, 33(4), 269-285.
- Angkasekwinai, N., Werarak, P., Tongyai, S. and Thamlikitkul, V. (2012). Effectiveness and Safety of Generic Formulation of Meropenem (Penem) for Treatment of Infections at Siriraj Hospital. J Med Assoc Thai, 95(Suppl 2), 34-41.
- Bak, B. (2011). İlaçta Zorunlu Patent Lisansı. Ankara Barosu Dergisi, 2011/ 3, 105-126.
- Birinci, G. (2009). Fikri Mülkiyet Hakkı Kısılcacında Sağlık Hakkı. Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu (ss-223-232), Akdeniz Üniversitesi.
- Civaner, M. (2006). “Türkiye’de İlaç Şirketlerinin Kullandıkları Pazarlama Yöntemleri ve Hekimlerin Bu Konudaki Değerlendirmelerinin Etik Açısından Sorgulanması” Ankara Üniversitesi, Doktora Tezi, Ankara.
- Correa, C.M. (2000). Integrating Public Health Concerns into Patent Legislation in Developing Countries. Geneva: South Centre.
- Çalışkan, Z. (2008). Referans Fiyat ve İlaç Piyasası. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11(1):49-75.
- Çelik Y. (2011). Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi. Sosyal Güvenlik Dergisi, 1, 62-81.
- Çelik, G. ve Birdane, Y.O. (2015). Biyoyararlanım ve Biyoeşdeğerlik. Kocatepe Veteriner Dergisi, 8(1), 85-94.
- Ekonomi Bakanlığı (2016). Sektör Raporları, İlaç Ve Eczacılık Ürünleri Sektörü. Ankara, İhracat Genel Müdürlüğü, Kimya Ürünleri ve Özel İhracat Daire Başkanlığı.
- European Union (EU) (2016). The 2016 EU Industrial R&D Investment Scoreboard. Luxembourg, European Union.
- Giuffrida A. (2001). Learning from the Experience: The Inter-American Development Bank and Pharmaceuticals. Washington, Inter-American Development Bank.
- IMS Health (2016). Market Insight. Retrieved June 10, 2017, from <http://www.imshealth.com/en/solution-areas/healthcare-market-insights>
- İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü (2008). Biyobenzer Tıbbi Ürünlerle İlişkin Kılavuz, Ankara.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 3 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2017 ISSN -2149-6161

- İskit, A.B. (2008). Jenerik İlaç Nedir? VI.Ulusal Epilepsi Kongresi (ss:33-34), İzmir.
- İskit, A.B. (2016). Biyobenzer Kavramı ve Türkiye’de Biyobenzerler. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 25(1), 28-33.
- Kaya K. (2010). “İlaç Sektöründe Marka Sadakati ve Hekimin Marka Sadakatini Belirleyen Etmenler ve Uygulama” Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bitirme Projesi, İzmir.
- Petrol-İş (2016). Dünyada ve Türkiye’de İlaç Sektörü. İstanbul, Petrol-İş Sendikası
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (2015). Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara.
- Sterckx, S. (2004). Patents and Access to Drugs in Developing Countries: An Ethical Analysis. Developing World Bioethics, 4(1), 58-75.
- TEB (2016). Sağlık İlaç ve Eczacılık İstatistikleri Yıllığı. Ankara, Türk Eczacılar Birliği.
- Toverud, E. L., Hartmann, K. and Håkonsen, H. (2015). A Systematic Review of Physicians’ and Pharmacists’ Perspectives on Generic Drug Use: What are the Global Challenges? Applied Health Economics and Health Policy, 13(1), 35-45.
- Tsiftoglou, A.S, Ruiz. S. and Schneider, C.K. (2013). Development and Regulation of Biosimilars: Current Status And Future Challenges. BioDrugs, 27(3),203-11.
- TÜBİTAK (2003). Teknoloji Öngörü Projesi- Sağlık Ve İlaç Paneli Sonuç Raporu. Ankara, TÜBİTAK Vizyon 2023.
- United Nations (UN) (2016). United Nations Human Development Report 2016 Human Development for Everyone, New York, United Nations Development Programme.
- WHO (2000). The World Health Report Health Systems: Improving Performance. Paris, World Health Organization.
- Yalçın, B., Atakan, N., Kundakçı, N. ve Artüz, F. (2014). Biyobenzerler: Biyolojik Tedavilerde Yeni Bir Boyut. Turk J Dermatol, 8(2), 104-107
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2008). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri (6. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

**DİJİTAL İLAÇ PAZARLAMA UYGULAMALARI GELENEKSEL UYGULAMALARI
YIKIYOR MU? HEKİMLERE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA**

**DOES THE E-DETAILING GIVE END TO THE TRADITIONAL METHODS? A
RESEARCH FOR MEDICAL DOCTORS**

Prof. Dr. Sezer Korkmaz

Gazi Üniversitesi

skorkmaz@gazi.edu.tr

Arş. Gör. Dr. Fatma Mansur

Gazi Üniversitesi

fatma.akdemir@gazi.edu.tr

Arş. Gör. Dr. Dilek Uslu

Gazi Üniversitesi

duslu@gazi.edu.tr

Özet

Sağlık hizmetleri; gelişmiş ve gelişmekte olan ekonomilerin en hızlı büyüyen sektörlerinden biridir. Bu sektörün içerisinde bir alt sektör olarak incelenen ilaç sektörü de, sağlık hizmetlerindeki hızlı büyümeye paralel olarak dünyanın hızla gelişen sektörlerden biri olarak görülmektedir. Sağlık hizmetleri ve dolayısıyla ilaç sektörünün hızlı büyümesini sağlayan en önemli ivme internet teknolojisinde yaşanan ilerlemelerdir. Bilgi teknolojilerindeki gelişmeler ve sosyal medya araçlarının yaygınlaşması, yaşamın her alanında olduğu gibi ilaç tanıtım faaliyetlerinde de yeni yaklaşımların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Her şeyden önce sektör içinde yer alan iş ortakları arasında iletişim sürecinin hızlanmasının yanı sıra bilgiye ulaşım da kolaylaşmıştır. Günümüzün rekabetçi ortamında ilaç şirketlerinin pazar paylarını kaybetmemek adına gerekli alt yapıyı sağlayarak e- tanıtım faaliyetlerine daha fazla harcama yaptıkları görülmektedir.

Bu durum hekim tutumlarını da değiştirmiştir. Zamanın ekonomik kullanımının bir değer olduğu günümüzde hekimler de, bilgilendirme ağırlıklı ilaç tanıtım faaliyetlerinde dijital uygulamaları daha çok tercih eder konuma gelmişlerdir.

Bu çalışmanın amacı; pazarlama sürecinde yoğun kullanılan dijital araçlardan biri olan e-tanıtım uygulamalarının ilaç sektöründe kullanımına bakmak ve sağlık hizmeti sunan paydaşlardan hekimlerin e-tanıtıma yönelik bakış açılarını ve tutumlarını belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda hedef örneklem grup içinde yer alan 129 hekime anket uygulanmıştır. Anket sonucu toplanan verilerin frekans tabloları oluşturulmuş ve e-tanıtımla ilgili sıfat çiftlerine yönelik analizler yapılmıştır. Ayrıca ilacın e-tanıtımına yönelik hekimlerin tutumlarını açıklayan değişkenleri belirlemek amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: e-tanıtım, dijital pazarlama, ilaç pazarlaması süreci.

Abstract

Health services are amongst the most rapidly growing sectors in the developed and developing economies. The pharmaceutical sector, a sub division within this sector, also emerges as one of the rapidly developing sectors likewise. The most important stimulant making the health sector and, accordingly, the pharmaceutical sector grow is the developments on Internet technology. The improvements on information technologies and means of social media brought about new approaches with regards to the pharmaceutical promotional activities as well as on any other fields in life. Not only the communication process between the stakeholders accelerated, but also access to information turned out to be fairly easy. Thus, pharmaceutical companies nowadays spend more money for their infrastructure investments and e-detailing activities for not losing their shares on the competitive market.

This fact also led the physicians to change their attitudes. They tend to prefer benefiting from e-detailing during the learning process in order to use their time in the most efficient and economic way.

The aim of this study is to examine the e-detailing practices, one of the most commonly used digital means in the marketing process, and determine the approach and attitudes of the physicians, one of the health service stakeholders. For this purpose, 129 physicians in the targeted sphere have been surveyed. Frequency tables have been formed from the collected data and mood-state adjective pairs related to e-detailing have been analyzed. Additionally, multiple regression analysis has been employed in order to determine the variables explaining the attitudes of the physicians against e-detailing.

Keywords: e-detailing, digital marketing, pharmaceutical marketing.

GİRİŞ

Dünya nüfusundaki artış, toplumların refah seviyesi, demografik özellikleri, yaşam koşullarındaki değişiklikler ve buna paralel olarak dünya ekosisteminin etkilenmesi ile insanların sağlık sorunları da çeşitlendirmiş ve artırmıştır. Bu konjonktürde ilaç sektörü, insan ömrünün uzamasında ve hayat standardının artmasında oynadığı rol itibariyle, küresel ölçekte kritik öneme sahip stratejik bir sektördür. Tedavisi bulunmamış hastalıklar ve kronik eğilimler, ilaç sektörünün önemini artırırken aynı zamanda bu eğilimlere karşılık araştırma-geliştirme ve üretim ihtiyacı, sektöre yapılan yatırımları artırmaktadır. Dolayısı ile ilaç sektörü küresel olarak büyümekte ve gelişmektedir (AİFD, 2012).

Günümüze kadar önemli aşamalar kaydederek büyük bir sektör haline gelen ilaç sektörü; “Beşeri ve veteriner hekimlikte tedavi edici, koruyucu ve tanı amaçlı olarak kullanılan sentetik, bitkisel, hayvansal ve biyolojik kaynaklı kimyasal maddeleri farmasötik teknolojiye uygun olarak üreterek sağlık hizmetlerine sunulmasını sağlayan bir sanayi dalı” olarak tanımlanmaktadır (Sözen, Şahane ve Şar 2015:112).

İlaç sektörü büyüklüğü bakımından dünya enerji ve sanayi sektörünün ardında üçüncü sırada gelmektedir. (Eren, 2012: 188). Günümüzde binlerce çeşit ilaç, çok sayıda ilaç şirketi tarafından üretilmekte ve bu sayıya satıcı şirketlerin de eklenmesi ile büyük bir pazar oluşmaktadır. Çeşitli hastalıklarda yeni tedavi şekillerinin ortaya çıkması ile yeni ilaçların kullanımı veya ilaçların kullanım alanlarının genişlemesi bu pazarı daha da büyütülmektedir. Aynı tür jenerik ilacı birden çok şirket üretebilmekte, ayrıca bir hastalığın tedavisinde farklı jenerik ilaçlar ile tedavi yapılabilmektedir. Bu da şirketlerin ilaçlarını satabilmeleri için birbirleri ile rekabet etmelerini gerektirmektedir. İlaç şirketlerinin asıl amacının işin doğası gereği kâr olması bu rekabeti artırmakta ve hekimleri etkileme yönünde bir rekabeti de beraberinde getirmektedir (Songur, Yağmurca, Özyurt ve Sarsılmaz 2002: 297).

Bu kadar büyük ve önemli olan bu sektörün aktörlerinden birisi olan mümessiller ise ilaç şirketlerinin hekim ve eczacılarla ilişkisini sağlayan halkası durumundadır. İlaç reklamlarının yasak olduğu ülkemizde mümessiller, hekim ve eczacılara ilaçları tanıtmak ve pazarlamak görevini üstlenmişlerdir (Eren, 2012: 188).

İlaç tanıtımları; üreticiler, ithalatçılar ve dağıtım yapanlar tarafından gerçekleştirilen, ilacın reçeteye yazımı, temini, satışı ve/veya kullanımına etki eden tüm bilgi verici ve ikna edici faaliyetlerdir. Hekim, eczacı ve diğer

reçete yazma potansiyeli olan sağlık personelinin ilaç mümessilleri tarafından düzenli olarak ziyaret edilmesi ve ilaçlar hakkında bilgilendirilmesi şirketin tercih edilebilirliğine önemli katkılar sağlamaktadır (Antalyalı, Gürbüz ve Kaya, 2012: 4).

Günümüzde mobil iletişim, internet teknolojisi ve bilgisayar yazılımlarının gelişmesindeki yenilikler ilaç tanıtımı ve pazarlamasını da güçlendirmiştir. Artık ilaç sektörü birebir tıbbi ürün tanıtım temsilcileri ile birlikte dijital platformu esas alan iletişim tekniklerinden de yararlanmaktadır (Ercan ve Top, 2016: 2)

Bu yeni iletişim tekniklerinden biri olan e-tanıtım son yıllarda ilaç sektöründe geleneksel tanıtım araçlarına alternatif olarak, elektronik kaynakların pazarlama süreçleriyle bütünleştirilmesini içermektedir. E-tanıtım daha kapsamlı olarak düşünülürse e-pazarlama süreci; hedef alınan kesimlerle temas etmek, onlara ulaşmak, etkilemek, ilişkilerdeki etkinlik ve verimliliği geliştirmek amacıyla elektronik gereçlerden yararlanarak dijital ortamlarda ve internet üzerinde yürütülen her türlü pazarlama uygulamalarının adıdır (Kaya, 2010: 111).

Pazarlama aracı olarak e-tanıtım ilaç şirketlerinin maliyetlerini düşürmektedir. E-tanıtım ayrıca yatırımın geri dönüşünü ölçmek amacıyla detaylı raporlama olanakları da sunmaktadır. Hekimlerin giriş yaptığı bir web sitesinde veya hekimlere yönelik hazırlanmış paket programlar içerisinde yayınlanan bir banner (web sitesi içine yerleştirilen reklam panoları) şeklinde reklam uygulamasının ne kadar görüntülediği ve ne kadar tıkladığı çok değerli bir bilgidir ve basılı kaynaklarda gerçekleştirilen çalışmalarda bu bilgiye ulaşmak oldukça zordur.

Etkili bir e-tanıtım sayesinde; (Gelecekte E-detailing, 2014)

- İlaç mümessillerinin doğru takibi,
- Ürünlerin ve sunumların geribildirimleri ile performans,
- Hekimlerin az zamanda doğru bilgiye ulaşması,
- Günlük, haftalık, aylık detaylı rapor ve istatistikler ile ölçümleme,
- Sunum, eğitim, lansman ve seyahat giderlerinin düşürülmesi,
- Hekim ve ilaç mümessili mailingleri,
- Verilerin bütünlüğü ve kontrolü,
- Dijital dönüşüm ile iş akışında zaman azaltma – performans artırma,
- Veri güncelliği ve güncellenmede gelecek bildirimler,
- Anket ve formlar ile sistemin ve ürünlerin, stratejilerin sürekli gelişmesi sağlanır.

Etkili bir e-tanıtım sayesinde şirketlerin ürün bilgileri-etki, yan etkiler, doz, ilaç etkileşimi ve endikasyonları farklı e-tanıtım platformları ile hekimlere iletebilir. Örneğin, telefonla tanıtım interaktif ses tanıma yoluyla hekimlerin katılımını sağlar. Video konferans ile hekim ve ilaç satış mümessiline eş zamanlı etkileşim imkânı verilir. Veri tabanlı özel web siteleri ilaçlar hakkında elektronik bilgi sunar. Web tabanlı uygulamalar ayrıca eş zamanlı olarak hekimlerin kendi aralarında bilgi alışverişi yapmalarına da yardımcı olur.

E-tanıtım uygulamaları; her geçen gün daha da zorlaşan ilaç pazarlama çalışmalarında, çok fonksiyonlu oluşu ve kullanım pratikliği sayesinde, hekimle etkileşimli ve kaliteli zaman geçirme olanağı sunan, ilaç mümessilinin performansını artırarak verimlilik sağlayan ideal bir çözüm olarak hızla yaygınlaşmaktadır. Banerjee ve Dash'in e-tanıtım çabalarının benimsenmesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada (2014) bu faktörlerin en önemli ikisinin rahat ve doğru iletişim olduğu tespit edilmiştir.

E-tanıtım sürecinin giderek önem kazanmasına yol açan üç önemli olgu vardır. Bunlardan birincisi, geleneksel ilaç tanıtım faaliyetlerinde ilaç mümessillerinin azalan etkinliğine karşın maliyetlerinin giderek artması, bir diğeri hekimlerin yoğun iş yükü temposu içinde ilaç mümessillerine her geçen gün daha az zaman ayırabilmeleri ve sonucusu da hekimlerin interneti çok hızlı bir şekilde benimseyip yoğun bir biçimde kullanmalarınıdır (Davidson ve Sivasdas, 2004; Bates, vd., 2002).

Hindistan'da yapılan bir araştırmada, bilgi teknolojileri uzmanları dışında, hekimlerin mesleki gelişimleri için en çok interneti kullanan meslek grubu olduğu ortaya çıkmıştır. Amerika merkezli sağlık pazar araştırma ve analiz firması SDI'nin 2008 yılında yaptığı e-tutundurma anketinin sonuçları, hekimlerin %67'sinin e-tutundurma faaliyetlerine karşı genel olarak olumlu bir tutum içerisinde olduğunu göstermiştir. Aynı ankette, hekimlerden

broşür, tek kart ??? gibi farklı iletişim araçlarını içeren geleneksel tanıtım yöntemleri ile dijital tanıtım yöntemlerinin karşılaştırılması istenmiş, hekimlerin %73'ü dijital tanıtım metotlarının en az geleneksel tanıtım metotları kadar etkili olduğunu belirtmiştir. (Re-health,2014)

Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda, hekimlerin istedikleri zaman dilimi içerisinde e-tanıtım araçlarından yararlanmalarının önemi vurgulanmıştır (Davidson ve Sivadas, 2004; Bates, vd., 2002; Elling vd., 2002). Söz konusu bu çalışmalarda hekimlerin e-tanıtım uygulamalarını kolay ulaşılabilir ve kullanılabilir buldukları saptanmıştır. Ayrıca bu süreçte bilginin niteliğinin daha kaliteli olduğu saptanmış ve bu uygulamaların ilaç mümessillerinin görüşme zamanını kısalttığı belirtilmiştir. Bates vd.'ne (2002) göre e-tanıtım geleneksel tanıtım çabalarına kıyasla bilgi niteliği ve niceliği açısından çok daha tutarlıdır. Bu konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda ise e-tanıtımın sağladığı bilginin ilaç mümessilinin sunduğu bilgiyi tamamladığı vurgulanmıştır (Alkhateeb ve Doucette, 2009). Bu çalışmalarda vurgulanan bir diğer husus, hekimlere e-tanıtım kullanımını teşvik etmek adına verilen hediyeler ve ürünlerle ilgili bilgi karşılığı sunulan ücretler olmuştur. Literatürde yer alan diğer bir çok çalışmada ise e-tanıtımın benimsenmesi konusu üzerinde durulmuştur (Bates vd., 2002; Heutschi vd., 2003; Trucco ve Amirhanova, 2006; Alkhateeb ve Doucette, 2009). Söz konusu bu çalışmaların bir kısmı e-tanıtım sürecinin, verimi artırmak amacıyla geleneksel tanıtım yöntemlerini tamamlayacağını öne sürmektedir.

İlaç sektöründe Avrupa'nın yedinci en büyük pazarı (İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, 2011) olan Türkiye açısından durum değerlendirildiğinde, söz konusu konu ile ilgili çeşitli araştırmalar mevcut olmamakla birlikte, geleneksel yöntemlerle ilaç tanıtımının yerini alan e-tanıtım uygulamalarına hekimlerin bakış açıları ve tutumlarını belirlemeye yönelik çalışmaların yeterince olmadığı görülmüştür. Bu eksiklikten yola çıkarak söz konusu çalışmada e-tanıtım süreci incelenmiş ve hekimlerin bu uygulamalara yönelik tutumları ortaya konulmaya çalışılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Örneklem Süreci

Çalışmanın temel amacı, sağlık hizmeti sunan paydaşlardan hekimlerin elektronik ortamda yapılan ilaç tanıtımlarına yönelik bakış açılarını ve tutumlarını belirlemektir. Bu amaca ulaşmak için oluşturulan araştırma modeli kapsamında veri toplama tekniği olarak yüz yüze ve internet üzerinden anket uygulaması yapılmıştır. Araştırma evrenini Ankara'da kamu ve üniversite hastanesinde görev yapan hekimler oluşturmaktadır. Anket uygulanan kitlenin iş yoğunluğu yüksek ve kısıtlı zamana sahip hekimlerden oluşması evrenden örneklem seçimine gidilmesini zorunlu kılmıştır. Bu yüzden Gazi Üniversitesi Hastanesi, üniversite hastanesi olarak, Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi de kamu hastanesi olarak seçilmiş ve anket uygulaması bu iki hastanede gerçekleştirilmiştir. Söz konusu bu iki hastanede toplam hekim sayısı 1081'dir.

Örneklem büyüklüğü hesaplanırken, ana kütle standart sapma ve varyanslarının bilinmesi çoğu kez olanaksız olduğundan bunların tahmin edilmesi gerekir. Böyle bir tahmini oranlar üzerinden yapmak çok daha kolaydır. Bu oranlar hakkında hiçbir bilgi olmasa dahi $\pi (1-\pi)$ 'nin en yüksek olduğu $(0,5 \times 0,5) = 0,25$ değeri esas alınabilir. Aşağıdaki formülde görülen e değeri gerçek ve oransal değerlerden ne kadar bir yanılmanın kabul edilebileceğini göstermektedir. Z değeri ise amaçlanan güven sınırına ilişkin standart sapma miktarını göstermektedir (Kurtuluş, 2004, 191).

Araştırmanın örneklem büyüklüğü, $e = 0,08$ ve $\alpha = 0,05$ düzeyine göre;

$$n = \frac{P \cdot X \cdot Q}{(e/z)^2}$$

$$n = \frac{0,5 \times 0,5}{(0,09/1,96)^2}$$

$$n = 125 \text{ olacaktır.}$$

Söz konusu bu sayı araştırmamızda örneklem alt grubunu oluşturmaktadır. Araştırmada 129 hekime anket uygulaması yapılmış ve sonuçta örneklem alt külesi açısından hedeflenen sayı aşılmıştır.

Hipotezler ve Araştırma Modeli

Hekimlerin elektronik tanıtım sürecine bakış açıları ve tutumlarını belirlemeye yönelik bu araştırmada hazırlanan anket formu, üç bölümden oluşmuştur. Anketin ilk bölümünde e-tanıtıma ilişkin değişkenlere, ikinci bölümünde e-tanıtıma yönelik sıfat çiftlerine, üçüncü bölümde ise hekimlerin demografik özelliklerine yer verilmiştir. Anketin ilk bölümünde e-tanıtıma ilişkin değişkenler bulunmaktadır. Bu değişkenler, Ventura, Baybars ve Özhan Dedeoğlu (2012) tarafından hazırlanan “A New Debate For Turkish Physicians: E-Detailing” başlıklı makalelerde yer alan geçerlilik ve güvenilirliği analiz edilmiş ölçeklerden yararlanılarak belirlenmiştir. Hekimlere uygulanan anket 18 ifadeden oluşmaktadır. Ancak yapılan tek boyutluluk analizi sonucunda tamamlayıcı hizmetler boyutundaki bir ifade çıkarılmıştır. Ölçekte yer alan boyutlar; tutum, etki, bilgilendirici içerik, uygunluk, kişisel etkileşim ve tamamlayıcı hizmetlerdir. Ankette yer alan özyeterliliği belirlemeye yönelik ifadeler Koca ve Usluel (2007) tarafından öğretmenlerin bilgi ve iletişim teknolojilerini kabul ve kullanım niyetlerini belirlemek üzere geliştirdikleri ölçek kullanılarak belirlenmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeğin güvenilirlik katsayısı Tablo 1’de verilmektedir. Yapılan analiz sonucunda anketin genel güvenilirlik katsayısı 0,92’dir.

Tablo 1. Araştırmada Kullanılan Ölçeğe Ait Güvenilirlik Katsayıları

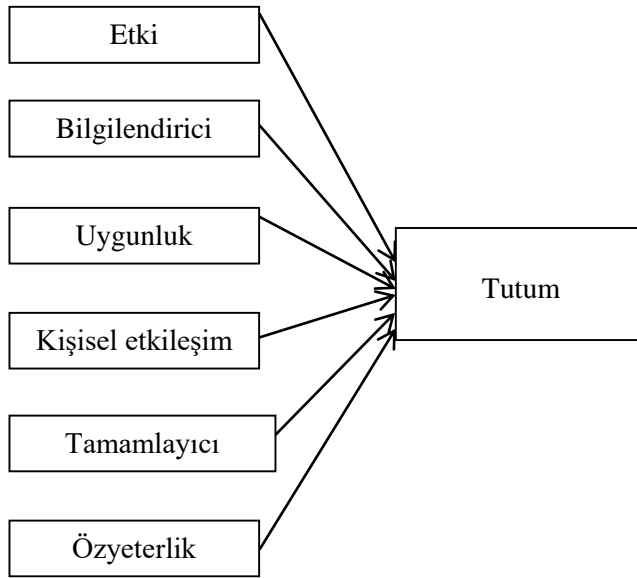
Boyut	Cronbach’s Alpha	Madde Sayısı
Tutum	0,74	2
Etki	0,79	3
Bilgilendirici içerik	0,82	3
Uygunluk	0,55	2
Kişisel etkileşim	0,85	2
Tamamlayıcı hizmetler	0,66	2
Özyeterlik	0,77	3
Genel	0,92	17

Çalışmada e-tanıtım değişkenleri ile ilgili ifadelerin güvenilirliğini test etmek amacıyla Cronbach Alpha (α) katsayıları hesaplanmıştır. Buna göre iki ifade ile ölçümlenen tutumun Cronbach Alpha (α) katsayısı 0,74; üç ifade ile ölçümlenen etkinin 0,79; üç ifade ile ölçümlenen bilgilendirici içeriğin 0,82; iki ifade ile ölçümlenen uygunluğun 0,55; iki ifade ile ölçümlenen kişisel etkileşimin 0,85; iki ifade ile ölçümlenen tamamlayıcı hizmetlerin 0,66 ve üç ifade ile ölçümlenen özyeterliliğin 0,77; on yedi ifade ile ölçeğin genel Cronbach Alpha (α) katsayısı ise 0,92’dir.

Araştırmanın hipotezleri aşağıda yer almaktadır:

- H₁**. E-tanıtıma yönelik tutum ile etki arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır
- H₂**. E-tanıtıma yönelik tutum ile bilgilendirici içerik arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır
- H₃**. E-tanıtıma yönelik tutum ile uygunluk arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır.
- H₄**. E-tanıtıma yönelik tutum ile kişisel etkileşim arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır.
- H₅**. E-tanıtıma yönelik tutum ile tamamlayıcı hizmetler arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır.
- H₆**. E-tanıtıma yönelik tutum ile özyeterlik arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır.
- H₇**. Etki e-tanıtıma yönelik tutumu açıklamaktadır.
- H₈** Bilgilendirici içerik e-tanıtıma yönelik tutumu açıklamaktadır.
- H₉** Uygunluk e-tanıtıma yönelik tutumu açıklamaktadır.
- H₁₀** Kişisel etkileşim e-tanıtıma yönelik tutumu açıklamaktadır.
- H₁₁** Tamamlayıcı hizmetler e-tanıtıma yönelik tutumu açıklamaktadır.
- H₁₂** Özyeterlik e-tanıtıma yönelik tutumu açıklamaktadır.

Yukarıda sunulan tüm hipotezler kapsamında oluşturulan araştırma modelinin şematik gösterimi Şekil 1’de sunulmaktadır.



Şekil 1. Araştırma Modeli

BULGULAR

Araştırmadaki katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin veriler Tablo 2’de verilmektedir.

Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	49	38,0
	Erkek	80	62,0
Yaş	30-40 yaş	32	24,8
	41-50 yaş	52	40,3
	51 ve üzeri	45	34,9
Bölüm	Temel tıp ilimleri	10	7,8
	Dahili tıp bilimleri	61	47,3
	Cerrahi tıp bilimleri	58	45,0

Tablo 2’den de görüleceği üzere araştırmaya katılan katılımcıların %62’si erkek, %38’i kadındır. Katılımcıların yaş aralığına ilişkin veriler incelendiğinden katılımcıların %40,3’ü 41-50 yaş, %34,9’u 51 ve üzeri yaş aralığındadır. Görev yaptıkları bölümlere göre katılımcıların %47,3’ü dahili, %45’i cerrahi, %7,7’si de temel tıp bilimlerinde görev yapmaktadır.

Hekimlerin e-tanıtımı betimlemeye yönelik sıfat çiftlerine vermiş oldukları cevapların analizleri Tablo 3’te yer almaktadır. E-tanıtıma yönelik sıfatlara ilişkin ortalamalar incelendiğinde; hekimler ilaç mümessili ile canlı etkileşimin “zor”; 7 gün 24 saat erişimin, hedef kitlede yer alan hekimlere ulaşmanın, klinik ve reçete için verileri elde etmenin (veri akışı-veri değişimi) “kolay” olduğu kanısındadır. E-tanıtımın klinik çalışmalar için hasta kabulünü kolaylaştırmada etkili olduğunu düşünen katılımcı sayısının da yüksek olduğu görülmektedir. Hekimler e-tanıtımın etkin kullanımının artışının ve hekim ile etkileşim sürecinin uzunluğunun orta düzeyde yüksek olduğu kanısındadır.

Tablo 3. Sıfatlara İlişkin Frekans Tablosu

İFADELER	Zor				Kolay				\bar{X}	s.s.		
	f	%	f	%	f	%	f	%				
Hedef kitlede yer alan hekimlere ulaşmak	12	9,3	2	16,3	2	16,3	4	31,0	3	27,1	3,5039	1,29978
Hekimler tarafından uygunluğunun kabulü	15	11,6	2	17,8	4	36,4	3	25,3	1	8,5	3,0155	1,11793
Klinik ve reçete için verilere elde etme (veri akışı-veri değişimi)	9	7,0	2	15,0	3	28,7	4	32,6	2	16,3	3,3566	1,13742
İlaç mümessiliyle canlı etkileşim	17	13,2	3	23,0	4	32,2	2	21,8	1	9,3	2,9070	1,16218
7 gün 24 saat erişim	3	2,3	2	1,6	3	24,8	4	31,0	5	40,3	4,0543	0,96266
İFADELER	Etkisiz				Etkili				\bar{X}	s.s.		
	f	%	f	%	f	%	f	%				
Klinik çalışmalar için hasta kabulünü kolaylaştırma	6	4,7	1	9,3	4	32,2	4	35,7	2	17,8	3,5271	1,03891
İFADELER	Düşük				Yüksek				\bar{X}	s.s.		
	f	%	f	%	f	%	f	%				
Etkin kullanımının artışı	15	11,6	1	14,0	4	32,2	4	32,6	1	9,3	3,1395	1,13705
Hekim ile etkileşim sürecinin uzunluğu	10	7,8	2	21,8	4	38,9	3	23,0	1	9,3	3,0465	1,06698

Tablo 4'de araştırmaya katılan hekimlerin e-tanıtıma yönelik görüşleri yer almaktadır. Katılımcıların ifadelerine vermiş oldukları cevapların yer aldığı tablo 4 incelendiğinde en yüksek ortalamaların "Elektronik ortamda yapılan ilaç tanıtımları ilaç/ilaçlar hakkında daha fazla bilgi edinebileceğim linklere (bağlantılara) ulaşmamı sağlar" (\bar{X} = 3,7442), "Elektronik ortamlarda yapılan ilaç tanıtımları zamanımı belirlememe yardımcı olur" (\bar{X} = 3,6279), "E-tanıtım ilaç/ilaçların yan etkilerine yönelik bilgiye ulaşma açısından daha etkilidir" (\bar{X} = 3,6047) ifadelerine ait olduğu görülmektedir. En düşük ortalamalar "İlaç mümessileri aracılığıyla yapılan ilaç tanıtımları anında soru-cevap yöntemine işlerlik kazandırdığı için kullanışlıdır" (\bar{X} = 2,4806), "İlaç tanıtımlarında elektronik ortamda makine başında olmak yerine ilaç mümessilinin iletişimini tercih ederim" (\bar{X} = 2,5736) ifadelerine aittir.

Tablo 4. İfadelere İlişkin Frekans Tablosu

No	İfadeler	\bar{X}	s.s.
1	E-tanıtım yoluyla ilaç tanımlarını incelemeyi eğlenceli buluyorum.	2,7287	1,07349
2	E-tanıtım yoluyla ilaç tanımlarına önümüzdeki yıllarda daha fazla başvuracağımı düşünüyorum.	3,2868	1,14013
3	Elektronik ortamda yapılan ilaç tanımlarını yüz yüze ortamda yapılan tanımlara göre uzmanlık alanım doğrultusunda şekillendirebilirim (web'de gezinme)	3,2248	1,02500
4	Elektronik ortamda yapılan ilaç tanımlarını yüz yüze yapılan tanımlara göre daha verimli bulurum.	2,6899	,98265
5	Elektronik ortamlarda yapılan ilaç tanımları zamanımı belirlememe yardımcı olur.	3,6279	1,09737
6	Elektronik ortamda yapılan ilaç tanımları yüz yüze yapılan tanımlara göre daha bilgilendiricidir.	3,1550	1,07128
7	Elektronik ortamda yapılan ilaç tanımları ilaç/ilaçlar hakkında daha fazla bilgi edinebileceğim linklere (bağlantılara) ulaşmamı sağlar.	3,7442	1,04791
8	E-tanıtım ilaç/ilaçların yan etkilerine yönelik bilgiye ulaşma açısından daha etkilidir.	3,6047	,98757
9	Yüz yüze yapılan ilaç tanımları e-tanıtıma göre daha uygundur.	2,7442	,97851
10	E-tanıtım yüz yüze yapılan ilaç tanımlarına göre daha uygundur.	3,0698	1,00145
11	İlaç tanımlarında elektronik ortamda makine başında olmak yerine ilaç mümessilinin iletişimini tercih ederim.	2,5736	1,02145
12	İlaç tanımlarında elektronik ortamda makine başında olmak yerine ilaç mümessilinin yakın müşteri ilgisini tercih ederim.	2,6434	,99842
13	Elektronik altyapı problemlerinden dolayı yüz yüze yapılan ilaç tanımlarını elektronik ortamda yapılanlara tercih ederim.	2,9767	1,11429
14	İlaç mümessilleri aracılığıyla yapılan ilaç tanımları anında soru-cevap yöntemine işlerlik kazandırdığı için kullanışlıdır.	2,4806	,88477
15	Yeterli zamanım ve teknolojik olanaklarım var ise e-tanıtım portalını kullanabilirim.	3,4651	,94411
16	Bir kişi bir kereye mahsus bana nasıl yapıldığını gösterirse, e-tanıtım portalını kullanabilirim.	3,2791	1,15905
17	Zorlandığım zaman yardıma bir kişiyi çağırabilirsem, e-tanıtım olanaklarımı kullanabilirim.	3,1163	1,16343

Hekimlerin e-tanıtıma yönelik tutumlarını etkilediği düşünülen boyutlara ilişkin ortalamalar Tablo 5'te sunulmuştur. Boyutlara ilişkin ortalamalar incelendiğinde birinci sırada bilgilendirici içerik, ikinci sırada özyeterlik üçüncü sırada etki ve dördüncü sırada ise tutumun yer aldığı görülmektedir. Buna göre katılımcılar e-tanıtım yüz yüze yapılan tanımlara göre daha bilgilendirici ve etkili olduğu ve ilaç/ilaçlar hakkında daha fazla bilgi edinebilecekleri linklere (bağlantılara) ulaşabildikleri görüşündedir. Etki boyutunda ise katılımcıların e-tanıtım uzmanlık alanları doğrultusunda şekillendirebilme (web'de gezinme), ilaç tanıtım zamanını belirlemeye yardımcı olma konusunda yüz yüze ilaç tanımlarından daha etkili olduğu görülmektedir. Katılımcıların e-tanıtım portalını kullanmaya yönelik özyeterlik düzeylerinin de yüksek olduğu ve e-tanıtımı kullanmayı eğlenceli buldukları ve kullanma niyetinde oldukları söylenebilir.

Tablo 5. Değişkenlerin Ortalamalarına İlişkin Tablo

Değişkenler	\bar{X}	s.s.	n
Tutum	3,0078	,98818	129
Etki	3,1809	,87003	129
Bilgilendirici içerik	3,5013	,88695	129
Uygunluk	2,9070	,82388	129
Kişisel etkileşim	2,6085	,94365	129
Tamamlayıcı hizmetler	2,7287	,86830	129
Özyeterlik	3,2868	,90210	129

Tablo 6’da e-tanıtıma yönelik tutum ve tutumu etkileyen değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analiz sonuçları yer almaktadır. Hekimlerin e-tanıtıma yönelik tutumlarını etkileyen değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan Pearson Korelasyon analizine göre etki, bilgilendirici içerik, uygunluk, kişisel etkileşim, tamamlayıcı hizmetler ve özyeterlik ile tutum arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0,01$). Değişkenler incelendiğinde kişisel etkileşim ($r=0,40$) ve tamamlayıcı hizmetler ($r=0,34$) ile tutum arasında orta düzeyde pozitif yönde; etki ($r=0,72$), bilgilendirici içerik ($r=0,57$), uygunluk ($r=0,58$), özyeterlik ($r=0,56$) ile tutum arasında yüksek düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişkinin bulunduğu görülmektedir.

Tablo 6. Boyutlar ile Tutum Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi

Boyutlar	Tutum	
	r	p
Etki	,716	,000
Bilgilendirici içerik	,573	,000
Uygunluk	,577	,000
Kişisel etkileşim	,403	,000
Tamamlayıcı hizmetler	,342	,000
Özyeterlik	,563	,000

Tablo 7’de tutumu açıklayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan çoklu regresyon analiz sonuçları yer almaktadır. Analiz sonucunda etki, kişisel etkileşim, bilgilendirici içerik, uygunluk, tamamlayıcı hizmetler ve özyeterlik değişkenleri birlikte hekimlerin e-tanıtım kullanımına yönelik tutumunu yüksek düzeyde ve anlamlı bir şekilde etkilemektedir ($R=0,75$; $R^2=0,56$; $p<0,05$). Söz konusu altı değişken birlikte, tutumdaki toplam varyansın %56’sını açıklamaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre, açıklayıcı değişkenlerin tutum üzerindeki görece önem sırası etki, uygunluk, bilgilendirici içerik, özyeterlik, kişisel etkileşim ve tamamlayıcı hizmetlerdir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde ise etki ve uygunluk değişkenlerinin tutum üzerinde anlamlı etkisinin bulunduğu, bilgilendirici içerik, kişisel etkileşim, tamamlayıcı hizmetler ve özyeterlik değişkenlerinin ise anlamlı bir etkisinin bulunmadığı görülmektedir.

Tablo 7. Tutumu Açıklayan Değişkenlere Yönelik Çoklu Regresyon Analizi

Değişken	B	SH _B	β	t	p	İkili r	Kısmi r
<i>Tutum(Sabit)</i>	-,096	,285		-,338	,736	-	-
<i>Etki</i>	,524	,114	,461	4,599	,000	,384	,278
<i>Bilgilendirici içerik</i>	,135	,097	,121	1,398	,165	,126	,084
<i>Uygunluk</i>	,223	,111	,186	2,017	,046	,180	,122
<i>Kişisel etkileşim</i>	-,056	,101	-,053	-,554	,581	-,050	-,033
<i>Tamamlayıcı hizmetler</i>	,017	,096	,015	,175	,861	,016	,011
<i>Özyeterlik</i>	,126	,090	,115	1,404	,163	,126	,085

R=,745; R²=,556

F (6,128) =25,425; p=,000

Araştırma verilerinin analizi sonucunda kabul veya red edilen hipotezler Tablo 8’de sunulmaktadır.

Tablo 8. Araştırmanın Hipotezlerine İlişkin Sonuçlar

<i>H₁</i> . E-tanıtıma yönelik tutum ile etki arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır	KABUL
<i>H₂</i> . E-tanıtıma yönelik tutum ile bilgilendirici içerik arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır	KABUL
<i>H₃</i> . E-tanıtıma yönelik tutum ile uygunluk arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır.	KABUL
<i>H₄</i> . E-tanıtıma yönelik tutum ile kişisel etkileşim arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır.	KABUL
<i>H₅</i> . E-tanıtıma yönelik tutum ile tamamlayıcı hizmetler arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır.	KABUL
<i>H₆</i> . E-tanıtıma yönelik tutum ile özyeterlik arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır.	KABUL
<i>H₇</i> . Etki e-tanıtıma yönelik tutumu açıklamaktadır.	KABUL
<i>H₈</i> Bilgilendirici içerik e-tanıtıma yönelik tutumu açıklamaktadır.	RED
<i>H₉</i> Uygunluk e-tanıtıma yönelik tutumu açıklamaktadır.	KABUL
<i>H₁₀</i> Kişisel etkileşim e-tanıtıma yönelik tutumu açıklamaktadır.	RED
<i>H₁₁</i> Tamamlayıcı hizmetler e-tanıtıma yönelik tutumu açıklamaktadır.	RED
<i>H₁₂</i> Özyeterlik tanıtıma yönelik tutumu açıklamaktadır.	RED

SONUÇ VE TARTIŞMA

Hekimlerin e-tanıtıma yönelik tutum ve bu tutumu etkileyebileceği düşünülen değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları değerlendirildiğinde;

- ✓ Hekimler e-tanıtım sürecinde ilaç müessesili ile canlı etkileşim kurmanın güç olduğunu belirtmişlerdir.
- ✓ Hekimler e-tanıtım ile ilaç tanıtımlarına 7 gün 24 saat erişebilmenin, klinik ve reçete için verileri elde etmenin kolay olduğunu belirtmişlerdir.
- ✓ Hekimlere göre e-tanıtım klinik çalışmalar için hasta kabulünü kolaylaştırmaktadır.
- ✓ Hekimlere göre e-tanıtım kullanımında orta düzeyde bir artış söz konusudur.
- ✓ E-tanıtımı uzmanlık alanı doğrultusunda ilaç tanıtımlarını şekillendirebildiğini ve e-tanıtımın yüz yüze yapılan ilaç tanıtımlarına göre daha verimli olduğunu düşünen hekimlerin tutumları daha olumludur. (*Etki-Tutum*)
- ✓ E-tanıtımın daha bilgilendirici, yan etkilere yönelik bilgiye ulaşmada daha etkili ve konuyla ilgili daha fazla bilgi edinmek üzere farklı bağlantılar sağladığını düşünen hekimlerin tutumları daha olumludur. (*Bilgilendirici içerik-Tutum*)
- ✓ Yüz yüze yapılan ilaç tanıtımlarına göre e-tanıtımın daha uygun olduğunu düşünen hekimlerin tutumları daha olumludur. (*Uygunluk-Tutum*)

- ✓ İlaç mümessilinin yakın ilgisini ve yüz yüze iletişimi tercih etmeyen hekimlerin e-tanıtıma yönelik tutumları daha olumludur. (Kişisel etkileşim-Tutum)
- ✓ Tamamlayıcı hizmetlerin varlığı (elektronik alt yapının iyi olması, anında soru-cevap) hekimlerin e-tanıtıma yönelik tutumlarını olumlu yönde etkilemektedir.
- ✓ E-tanıtımı kullanma konusunda özyeterliliği yüksek hekimlerin tutumları daha olumludur.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda uygulamaya ve araştırmalara yönelik öneriler ise;

- ✓ Hekimlerin uzmanlık alanları doğrultusunda şekillendirebilecekleri (gezinebilecekleri) e-tanıtım platformları oluşturulmalı.
- ✓ E-tanıtım ortamlarına satış temsilcileri hekimlerin isteği doğrultusunda dahil edilmeli.
- ✓ E-tanıtıma chat, interaktif e-tanıtım, anında soru-cevap gibi tekniklerle hekimlere diledikleri zaman kişisel etkileşimde bulunabilecekleri ortamlar sağlanmalı.
- ✓ E-tanıtım ortamları hazırlanırken hekimlerin ilaçların içeriği, yan etkileri hakkında ihtiyaç duyabilecekleri her türlü bilgi yer almalı.
- ✓ E-tanıtım sürecine hekimlerin ve sağlık sektöründe yer alan diğer katılımcıların uyumunun sağlanmasına yönelik hizmet içi eğitim faaliyetleri artırılmalı.
- ✓ Çalışma Ankara'da görev yapan hekimlerle sınırlı tutulmuştur. Örneklem sayısı artırılarak sonuçlara ilişkin genellemeler yapılabilir.

KAYNAKLAR

AİFD. (2012), Türkiye İlaç Sektörü: Vizyon 2023. Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği. Ankara. <http://www.aifd.org.tr/wp-content/uploads/2016/07/AIFD-VIZYON-2023-RAPORU.pdf> Erişim Tarihi: 8 Nisan 2017.

Alkhateeb, F., M., & Doucette, W., R., (2009)., Influences on Physicians' Adoption of Electronic Detailing (e-detailing), *Informatics for Health & Social Care*, 34(1): 39-52.

Antalyalı, Ö. L., Gürbüz, H., & Kaya, E. (2012). İlaç Mümessillerinin Pazarlama Tekniklerinin Doktor Reçetelerine Etkisi. 6. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Isparta

Banerjee, S., & Dash, S. K. (2014). Factors Influencing Adoption of E-detailing as a Communication Tool: Views of Physicians of India. *International Journal of E-Health and Medical Communications (IJEHMC)*, 5(3), 29-39.

Bates, A, Bailey, E., & Rajyuguru, I., (2002)., Navigating the e-Deailing Maze, *International Journal of Medical Marketing*, Vol. 2,3., pp. 255-260., Henry Stewart Publications 1469-7025.

Davidson, T., & Sivadas, E. (2004). Details Drive Success., *Marketing Health Services*, 24(1), 20-25.

Gelecekte E-detailing (2014). <http://www.edetailing.com.tr/NedenE-Detailing.aspx> 28 Nisan 2017 tarihinde ulaşılmıştır.

Ercan, T., & Top, M. 2016 İlaç Tanıtım ve Pazarlama Faaliyetlerinin Önemi.

Eren, M. (2012). Sağlık Biraz Da Kirlenmiş Bir Alan. *Türkiye Sağlık Sektörü İçerisinde Mümessiller. Çalışma ve Toplum*, 1(187,217), 2012.

Elling, M., E., Fogle, H., J., McKhann, C., S., & Chris S., (2002)., Making More Of Pharma's Sale Force., *The McKinsey Quarters*, 3, 86-95.

Gleason M., (2001). Internet Detailing Opens The Doctor's Door., *Medical Marketings and Media*, 37:10-12.

Heutschi, R., Legner, C., Schiesser, A., Barak, V. & Osteria, H., (2003). Potential Benefits and Challenges of E-detailing in Europe. *International Journal of Medical Informatics*, 3, 263-273.

İlaç Endüstrisi İşvereneler Sendikası, (2011). İlaç Pazarı, http://www.ieis.org.tr/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=220&menuk=12 28 Nisan 2017 tarihinde erişilmiştir.

Kaya, İ., (2010). Pazarlama Bi'Tanedir, Babıali Kültür Yayıncılığı, İstanbul.

Koca, M., ve Usluel, Y. K. (2007). Öğretmenlerin Bilgi ve İletişim Teknolojilerini Kabul ve Niyetleri. *Journal of Educational Sciences & Practices*, 6(11).

Kurtuluş, K. (2004). *Pazarlama Araştırmaları*. (Genişletilmiş 7. Basım). İstanbul: Literatür Yayınları.

Montoya, I., D., (2008). E-detailing: Information Technology Applied to Pharmaceutical Detailing, *Expert Opinion on Drug Safety*, 7(6), 635-641.

Re-health (2014). <http://www.rehealth.com.tr/tr/blogdetay.aspx?detay=5> 25 Nisan 2017 tarihinde ulaşılmıştır.

Sayar F. (2012). Türkiye İlaç Sektörü Stratejisi Ön Hazırlık Toplantısı. Ankara: T.C. Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı Sanayi Genel Müdürlüğü.

Songur, A., Yağmurca, M., Özyurt, B., & Sarsılmaz, M. (2002). Elazığ İli ve Çevresinde Çalışan Tıbbi Tanıtım Sorumlularının Genel Durumu ve Hekimlerle İlişkileri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 10(4), 296.

Sözen Şahane, B., & Şar, S. (2015). Liderlik Kavramının Tarihçesi ve Türkiye’de İlaç Endüstrisinde Liderliğin Önemi.

T.C. Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı Sanayi Genel Müdürlüğü (2013). İlaç Sektörü Raporu. Ankara: T.C. Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı Sanayi Genel Müdürlüğü Sektörel Raporlar ve Analizler Serisi.

Trucco, M., Y., & Amirkhanova, S., (2006). Transforming Pharmaceutical Marketing Through E-Detailing: Case Studies and Recommendations. The 8th IEEE International Conference on E-Commerce Technology, San Francisco, California.

Ventura , K., Baybars M., & Dedeoglu, A., Ö., (2012). A New Debate for Turkish Physicians: E-Detailing, *Health markeing Quarterly*, 29(4), 362-367.

WEBOMETRIKS SIRALAMASINDAKİ HASTANELERİN SOSYAL MEDYA KULLANIMI SOCIAL MEDIA USAGE OF THE HOSPITALS IN WEBOMETRICKS RANKING

Doç.Dr. Fatma LORCU

Trakya Üniversitesi, İ.İ.B.F. İşletme Bölümü, Edirne

florcu@hotmail.com

Şeyhmus DEMİR

Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Ens. Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans, Edirne,

syhmsdmr3@gmail.com

Özet

Sağlık kurumlarına ait sosyal medya araçları, nerdeyse kurumun fiziksel çevresi olarak pazarlama karmasının ana unsurunu oluşturmaya başlamıştır. Sosyal medya ile hastalar, kendilerini ilgilendiren soru ve konulara kolayca ulaşırken hastaneler de haber, içerik ve yeniliklerin hedef kitleye anında ulaşmasını sağlamaktadırlar. Sağlık işletmelerinin sosyal medyadaki kurumsal iletişimi, onların marka yönetimlerini ve kurumsal imajlarını yenileştiren, değiştiren ve güçlendiren bir unsur olduğundan hasta beklentileri, istekleri ve sorunları karşısında sosyal medyada işlevsel ve kaliteli hizmet veren sağlık işletmeleri, başarı kazanmaktadır. Hastaneler de ekonomik ve geniş bir kitleye en hızlı erişim aracı olan sosyal medyayı etkin bir şekilde kullanarak hem ulusal hem de uluslararası rekabet güçlerini arttırabilirler.

Bu çalışmada; Webometriks sıralamasında yer alan 260 hastanenin kurumsal Web sayfaları dikkate alınarak kullandıkları sosyal medya araçları ve sosyal medya uygulamaları sistematik bir şekilde içerik analizi yöntemi ile incelenerek sosyal medya araçlarını ne derecede etkin kullandıkları ve hastane türlerine göre farklılıkların belirlenmesi amaçlanmıştır.

Analiz sonucunda, çalışmaya dahil edilen hastanelerin büyük çoğunluğunun sosyal medya araçlarını kullandığı, en çok kullanılan sosyal medya aracının Facebook olduğu, kamu ve özel hastanelerde ilgili sosyal medya araçlarında kullanım farklılığının olduğu ancak kullanımlarının yeterli ve etkin düzeyde olmadığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hastane Web Sayfası, Sosyal Medya, Webometriks.

Abstract

Social media tools for healthcare institutions have begun to form the main element of the marketing mix as the institution is almost the physical environment. While social media and patients easily reach the questions and issues that interest them, hospitals also ensure that news, content and innovations are instantly accessible to the target group. Since healthcare enterprises' social communication in the social media is an element that renews, changes and strengthens their brand management and corporate image, healthcare enterprises providing functional and quality services in social media in the face of patient expectations, wishes and problems are gaining success. Hospitals can also increase their national and international competitiveness by effectively using social media, which is the fastest means of accessing an economic and wider audience.

In this study; it was aimed to systematically analyze the social media tools and social media applications that were used by 260 hospitals in the Webometrics order according to the corporate web pages and determine the effective usage of social media tools and the differences according to the hospital types.

As a result of the analysis, it was determined that the majority of the hospitals included in the study use social media tools, Facebook is the most used social media tool, usage differs in related social media tools in public and private hospitals but its usage is not sufficient and effective.

Keywords: Hospital Web Page, Social Media, Webometrics.

GİRİŞ

Günümüzde işletmeler, marka bilinirliklerini ve müşteri sadakatini arttırmak, hem iç hem dış müşterilerle kolay ve hızlı iletişim kurmak, pazar araştırmaları ve pazar paylarının tahmini, coğrafi sınırların getirdiği zorlukları aşmak için online platformlara önemli miktarda kaynaklar ayırmaktadır. Bu amaçla kullanılan en önemli araç da sosyal medyadır. Benzer stratejiler, sağlık sektöründeki işletmeler içinde yer alan hastane işletmeleri için de geçerlidir.

Sunduğu geniş olanaklarla diğer medya araçlarından belirleyici bir şekilde ayrılan ve geleneksel medya ile ilgili kavramlara yeni boyutlar kazandıran sosyal medyanın çok sayıda ve birbirine benzer özelliklere sahip enstrümanlara sahip olduğundan tanımının yapılması da kolay değildir (Öztürk ve Talas, 2015). Güleç ve Işıkhani (2016: 37) sosyal medyayı; paylaşılan bilgi, düşünce, ilgi ve enformasyona ulaşım imkânı sağlayan ayrıca kişilerin, internet üzerinde birbirleriyle yaptıkları diyalogların tamamını kapsayan medya türü olarak tanımlamışlardır. Kuşay'ın (2013: 7) tanımına göre sosyal medya; kişi veya kurumlar adına bilginin geniş kitlelere ulaşmasına olanak sağlayan, Web tabanlı etkileşimli ve çevrimiçi hizmetlerdir. Bir başka tanımda ise sosyal medya, Web 2.0 akımıyla birlikte kullanıcılar arasında çift yönlü bilgi paylaşımını internet ortamında sağlayan, ortak ilgileri olan kişileri bir araya getiren bir alandır (Kara ve Özgen, 2012: 7). Weber'in (2009) tanımında sosyal medya; "sosyal ağ ortak ilgi alanları olan kişilerin düşüncelerini, yorumlarını ve fikirlerini paylaşmak için bir araya geldikleri çevrim içi yer" olarak tanımlanırken Sayımer (2008: 123) tarafından ise kullanıcılarına bilgi, düşünce, ilgi ve bunların paylaşımına olanak tanıyarak karşılıklı etkileşim sağlayan çevrimiçi araçlar ve Web siteleridir.

Tanımlardan da anlaşılacağı gibi internet ortamında neyin sosyal medya, neyin olmadığı şeklinde ikilemlerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Lerman (2007: 16), sosyal medyanın tanımı yerine dört özelliğini şu şekilde sıralayarak bu özelliklere sahip platformların sosyal medya olabileceğini vurgulamaktadır. Bu özellikler şu şekilde sıralanabilir:

1. Kullanıcılar çeşitli medya türlerinde içerik oluşturabilir veya içeriklere katkıda bulunabilirler.
2. Kullanıcılar etiketleri ile içerik (açıklama) oluşturabilir.
3. Kullanıcılar içeriği oylama ile aktif veya pasif şekilde değerlendirebilir.
4. Kullanıcılar benzer ilgi alanlarına sahip kişi veya arkadaşlarla iletişim kurup tanımlayarak sosyal ağlar oluşturabilir.

Sosyal medya, birçok farklı özelliği ile geleneksel medyadan farklıdır. İletişim hızlı ve yüksek derecede etkili bir şekilde gerçekleşmektedir. İlgili sosyal medya alanlarındaki içerikler, herhangi bir kişi ya da grup tarafından oluşturulurken katılımcılar da sınırlar çerçevesinde buna katkıda bulunma şansına sahiptir. Böylece iletişimde tek yönlü akış yerine karşılıklı ve eş zamanlı akışlar gerçekleşebilmektedir Hızlı güncellenebilir özelliğe sahip sosyal medyada, geçmişe yönelik kayıtlara da ulaşmak daha kolaydır. Ayrıca sosyal medyalardaki içerik miktarı, kullanıcı sayısı ile artan bir yapıya sahip olup nerdeyse maliyeti olmayan ve erişimi herkese açık bir özelliği de sahiptir.

Belki de söz edilenlere yüzlercesini eklemenin mümkün olacağı bu avantajlarının yanında sosyal medya beraberinde farklı kategorilerde ve boyutlarda incelenebilecek birçok dezavantajı da beraberinde getirmektedir. Bunlardan en önemlisi sirkülasyonun hızı nedeni ile takibinin ve kontrolünün zor olmasıdır (Vural ve Bat 2010). Sosyal medyanın yanlış kullanımı ise gerek kişileri gerekse firmaların yasal cezalandırmalara maruz bırakmakla kalmayıp finansal olarak da zarara sokmakta, gizli bilgilerin açığa çıkmasına veya kaybolmasına neden olduğu gibi kötü amaçlı yazılımlarla da karşı karşıya kalılabilmektedir. Bir başka açıdan ise sosyal medya bireyler üzerinde psikolojik açıdan farklı davranış bozukluklarına neden olabilen bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmanın ilk bölümünde, sosyal medyanın gelişimi ve sağlık sektöründe kullanımı açıklanmıştır. İkinci bölümde ise Webometrics sıralamasında yer alan Türkiye’deki 260 hastanenin kurumsal Web sayfaları dikkate alınarak kullandıkları sosyal medya araçları ve sosyal medya uygulamaları sistematik bir şekilde içerik analizi yöntemi ile incelenerek hastanelerin sosyal medya araçlarını ne derecede etkin kullandıkları ve hastane türlerine göre farklılıklar belirlenmiştir. Son bölümde ise sonuçlar değerlendirilerek önerilere yer verilmiştir.

1. Sosyal Medyanın Gelişimi ve Türleri

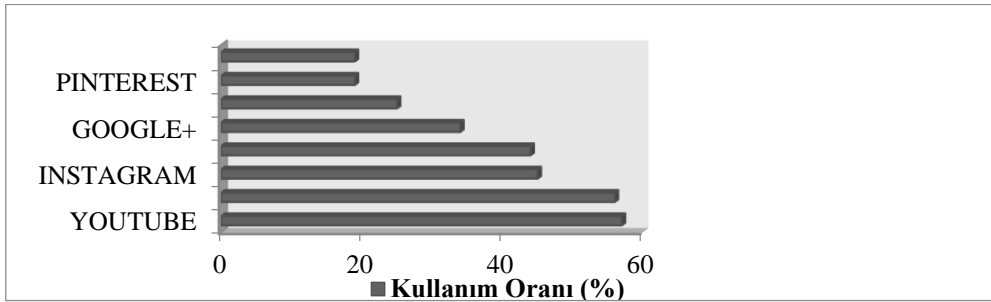
Son yıllarda internet kullanımının ve sosyal paylaşım sitelerinin engellenmez artışı, sosyal medyayı çok güçlü bir iletişim platformu haline getirmiştir. Tanımlarının çok farklı şekilde yapıldığı görülen sosyal medyanın kuramsal evrimine ilişkin kapsamlı bir çalışma ise yapılmamış, sadece Boyd ve Ellison (2008) tarafından sosyal ağların tarihsel gelişimine yer verilmiştir. Bunu takiben Webdesigner Depot blogunda, 1979’da Usenet ile başlayan sosyal medya ilerlemesini belgeleyen bir zaman çizelgesi yayınlanmıştır (Chapman, 2009). Bir dijital haber sitesi olan Mashable’ın yayınladığı zaman çizelgesinde ise sosyal medyanın başlangıcı 1971 yılındaki ilk e-mail olarak gösterilmiş (O’Dell, 2011) ancak aksini gösteren çalışmalara da rastlanmıştır (Sajithra ve Patil, 2013). Konuyla ilgili bir başka çalışmada; sosyal medyanın, 1969’da CompuServe ile başladığı ifade edilirken diğer bir çalışmada, sosyal medyanın 1950’lerde bilgisayar öncesi iletişim aktiviteleriyle başladığını öne sürülmüştür (McIntyre, 2014). 1988’li yıllarda dosya ve link paylaşımını geliştiren Internet Relay Chat (IRC) kurulsu da kullanıcıların daha etkin olabildiği modern sosyal medyanın başlangıcı, sixdegrees ile başlamaktadır.

Tanımlarında ve başlangıcında görüş ayrılıkları bulunan ve günümüzde çok yaygın olarak kullanılan sosyal medya araçlarının sınıflandırılmasına da farklı şekillerde rastlamak mümkündür (Örneğin, Weinberg, 2009, Safko 2010, Zarrella, 2010 ve Akar, 2010). Dewing (2012), sosyal medyayı şu kategorilerde ele almıştır:

- **Bloglar:** Web-log’un kısaltılmış halidir. Blog, sayfaların genellikle ters kronolojik sırayla görüntülediği bir online dergidir. Bloglar gibi WordPress, Tumbir ve Blogger gibi web sitelerinde ücretsiz olarak bulunabilir.
- **Wikiler:** Herkesin üzerinde istediği gibi düzenlemeler yapmasına izin veren bilgi sayfaları topluluğudur. En iyi bilineni Wikipedia’dır.
- **Sosyal İmlleme (Etiketleme):** Beğenilen içeriklerin sosyal ortamda saklanıp arşivlenmesidir. Örneğin reddit, StumbleUpon ve Digg vb.
- **Sosyal Ağlar:** Bireylerin, genelde aynı ilgi alanını veya aktiviteyi paylaştıkları çevrimiçi topluluklara ait sitelerdir. Örneğin; Facebook ve LinkedIn.
- **MikroBloglar:** Özelleşmiş bir blog türü olan mikrobloglardan en çok bilineni Twitter’dir.
- **Sanal Dünyalar:** Kullanıcılarının çoğu zaman oyun oynayarak etkileşimde bulunduğu bir simülasyon ortamıdır. Örneğin Second Life vb.
- **Medya Paylaşım Siteleri:** Kullanıcılara kullanıcı tabanlı içerik olarak adlandırılan multimedya içeriği oluşturma ve yükleme imkânı veren sitelerdir. Örneğin YouTube, Pinterest ve Instagram vb.

1.1. Türkiye’de Sosyal Medya ve Sağlık Sektöründe Kullanımı

Global Web Index verileri ile hazırlanan “We Are Social” in raporu, internet kullanıcı istatistiklerini içermektedir. Bu rapora göre 80.02 milyon nüfusa sahip Türkiye’nin yaklaşık 48 milyon aktif internet kullanıcısı ve 48 milyon aktif sosyal medya kullanıcısı bulunmaktadır. 2016 yılı Ocak ayına istatistiklerine göre ise aktif sosyal medya kullanıcısı, %14 artış göstermiş ve günlük sosyal medyada geçirilen süre ortalama 3 saate ulaşmıştır.



Şekil 1. 2017 Ocak Ayına göre Aktif Sosyal Medya Araçlarının Kullanımı (Şekilde Facebook ve Twitter neden yer almıyor?)

Kaynak: www. wearesocial.com (Erişim tarihi: 28.04.2017)

Türkiye’de en çok kullanılan üç sosyal medya ise sırasıyla Youtube, Facebook ve Instagram’dır (Şekil 1).

Elde edilen rapor dikkatle incelendiğinde; Türkiye’de aktif internet kullanıcı sayısının oldukça yüksek olduğu ve sosyal medya kullanımının da buna paralel arttığı, aktif kullanıcıların %87’sinin en az günde bir kez internete girdiği ve en sık ziyaret edilen sosyal medya araçlarının sırası ile Youtube, Facebook, Twitter ve Instagram olduğu görüldüğünde, sosyal medyanın işletmelerin pazarlama ve iletişim vb. faaliyetlerini gerçekleştirebilecekleri eşsiz bir alan olduğu anlaşılacaktır.

İnternetin yaygınlaşması ve özellikle 2004 yılından sonraki çift yönlü bilgi paylaşımı (Web 2.0) ile birlikte (Kara ve Özgen, 2012) kullanımı çeşitli avantajlar sağlayan sosyal medya, birçok alanda olduğu gibi sağlık kurumları için de kayda değer ölçüde önem taşımaktadır. Çünkü ilgili kişi veya yetkililere ulaşmada, bilgilerin bir araya toplanmasında ve işbirliğini güçlendirmede kullanılabilen sosyal medya, hem kullanıcılar hem de sağlık hizmeti veren organizasyonlar tarafından çeşitlenen taleplere cevap verebilmek için bir fırsat olarak görülmektedir (Keckley, 2010). Keckley (2010), sağlık örgütlerinde sosyal medya kullanım amaçlarını şu şekilde sıralamıştır:

- ✓ Tanıtım yapmak ve tüketicilerin deneyimlerini ölçmek,
- ✓ Mevcut yetenekleri arttırmak,
- ✓ Tüketicilerle iletişim halinde kalarak pazarlama faaliyetlerinde sürekli aktif olmasını sağlama,
- ✓ Sosyal pazarlama kapsamında ürün geri bildirimini almak ve salgın hastalıklar, sigara, alkol, uyuşturucu gibi konularda halkı bilgilendirmek,
- ✓ Sosyal ağ kullanım sayısını arttırarak dış müşteri topluluğuyla iş birliği ve etkileşim sağlamaktır.

Özellikle hastaneler tarafından artan bir şekilde iletişim ve bilgi paylaşma amaçlı kullanılan sosyal medya, sağlıkta kalite gelişimine katkıda bulunduğu gibi sadece iletişimin hızlanmasına neden olmaz beraberinde hastalara bilgi sağlamada katkıda bulunur ve böylece hasta odaklı sağlık bakımının gelişimi sağlar (Belt vd., 2012). Sosyal medya aracılığı ile çift yönlü iletişimde aracısız şekildeki mesaj, iki tarafa da iletebilmektedir. Daha hızlı ve etkin geri bildirimler alınarak uygulama ve hizmetlerde değişiklikler ve/veya yenilikler yapılabilir.

Demir ve Uğurluoğlu (2015), sosyal medyayı, sağlık sektöründe en fazla kullanılan stratejik yönetim araçlarından biri olarak tanımlamış ve sağlık kurumlarında sosyal medya kullanım amaçlarını; çalışanlarla ve müşterilerle iletişimin sağlanması, sipariş ve reklam gibi çeşitli pazarlama faaliyetlerini gerçekleştirmek, bilgi paylaşımı ve geri dönüşümlerle beklentileri saptamak, farkındalık yaratmak ve topluluk oluşturmak şeklinde açıklamıştır.

Sosyal medya, bireylerin sağlık konusundaki tercihlerini belirlemede de en çok başvurdukları alanlardan biridir. Sosyal medya ile bireyler sağlık konusunda merak ettikleri sorulara cevap ararken aynı zamanda olası bir sağlık sorunu durumunda başvuracakları hastane ve seçecekleri hekimi de sosyal medya yardımıyla araştırmaktadırlar. Tengilimoğlu, Parılı ve Yar (2015: 93), hastane ve hekim seçiminde sosyal medyanın kullanım düzeyini belirlemeye yönelik yaptıkları araştırmada; sosyal medyanın sağlık hizmeti satın alma davranışlarında etkili bir

kanal olduğunu, katılımcıların %45,5'inin hastane ve hekim seçiminde sosyal medyadan yararlandıklarını belirlemişlerdir.

Sosyal medyanın, minimal düzeyde kaynak ayrılarak başarılı bir şekilde kullanımını görmek de mümkündür. Örneğin ABD'de, Lawrence General Hastanesi, tam gün çalışan pazarlama ve halkla ilişkiler elemanını, sosyal medya ile ilgili faaliyetlerle de görevlendirmiştir. Ayrıca çocuk hastaneleri ve sağlık kuruluşlarının da bir çoğunun yine sosyal medya aracılığı ile gelir elde ettikleri görülmektedir.

Sosyal medya, kullanan hastane için de örgüt içi avantajlar da elde edilebilir. Yapılan çalışmalarda (*hangi çalışmalar?*), sosyal medya aracılığı ile çalışanlar arasında iletişimin geliştiği ve hastanenin markalaşmasında etken olduğu belirlenmiştir.

Hastaneler, gerek örgütsel özellikleri gerekse hizmeti verdikleri kitlenin ve hedef kitlenin özellikleri nedeniyle diğer örgütlere göre daha hızlı, etkin, tarafsız, güvenilir ve güncel bilgileri paylaşma ve cevaplama durumundadırlar. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin reklamlarının yasal olarak yapılamaması kısıtı da hastaneleri, yeni ve parasız bir reklam mecrası arama çabasına yönlendirmiştir (Özsarı, Hoşgör ve Hoşgör, 2016). Dünyanın her köşesinden, zaman ve mekan sınırı olmaksızın haklarındaki tüm bilgilerin hasta ve yakınları ile yatırımcı ve diğer paydaşlarına ulaşma isteği, en etkin ve hızlı şekilde erişimini sağlayan sosyal medyayı ön plana çıkarmıştır.

Medya unsurları içerisinde yer alan sosyal medya, internet teknolojisinin yaygınlaşmasıyla daha fazla kullanılmakta ve toplumda üzerinde daha geniş etkiler yaratacak düzeye gelmektedir. Etkin ve verimli bir biçimde kullanıldığı zaman yararlı sonuçları olabileceği gibi yanlış kullanım sonucu tehlikeli sonuçlara da neden olabilmektedir. Özellikle sağlık sektöründe ve insan sağlığını doğrudan etkileyecek durumlarda ise daha riskli bir durum olarak ortaya çıkmaktadır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014).

Sosyal medya kullanımının bireylere yönelik dezavantajlarının en başında önceliğin insan sağlığı olmasından dolayı bireylerin yanlış kaynaklardan bilgi edinmeleri ve sağlıklarını olumsuz etkileyecek yanlış ilaç ve tedavi yöntemlerine başvurmaları olarak görülebilir. Duruma sağlık kurumları açısından bakıldığında; hastaneler arasında artan rekabetin, sağlığı diğer tüketim malları konumuna getirebileceği ve hastaneleri sadece kar elde etme amacına yöneltmesine neden olabilir. Bu ise sağlık hizmetlerinin toplumsal yarar ilkesini zedelemesi ile sonuçlanacaktır. Ayrıca sosyal medya unsurlarının sadece tanıtım faaliyetleri olarak değil toplumun bilinçlendirilmesi ve sağlık hizmetleriyle ilgili doğru karar vermeleri açısından önceliğin insan sağlığı olması gerektiğinin düşünülmesi zorunludur. Böyle bir hassasiyetten uzak kurumların imajı da zedelenecektir.

Hastanelerin, gizlilik, güvenlik ve hastaların olumsuz tepkileri nedeniyle sosyal medya kullanımına karşı çekincelerinin olduğu görülebilir (Vance, Howe ve Dellavalle, 2009). Pek çok sağlık kuruluşu, sosyal medyanın hastaneye mali yük getireceği ve iletişimde potansiyel bir problem getirici olarak görmektedir. Zamanın yetersizliği organizasyonel sosyal medya kültürünün eksikliği ve bilgilerin güvenlik ve kişiselliği nedeniyle sosyal medya etkin kullanımının etkinliğinin azaldığı ifade edilmektedir (Richter, 2014).

1.2. Sağlık Hizmetlerinde Sosyal Medya Kullanımına Yönelik Araştırmalar

Sağlık hizmetlerinde, sosyal medyadan yararlanıldığının bilinmesine karşın bu konuda yapılmış çalışma sayısı azdır (Tengelimoğlu, Parıltı ve Yar, 2015). 2010 yılında, ABD'de, 6.436 hastanenin 1.800'ü örneğe dahil edilerek yapılan çalışmada; hastaneler çeşitli şekillerde sınıflandırılmış ve bu hastanelerin sadece %21'nin sosyal medyayı kullandığı belirlenmiştir (Thaker, Nowacki, Mehta ve Edwards, 2011). En çok kullanılan sosyal medya platformu ile %18 oranı ile Facebook'tur.

12 Batı Avrupa ülkesindeki, seçilen 873 hastanelerinin sosyal medya kullanımının incelendiği bir başka çalışmada, en popüler sosyal medya aracının Facebook olduğu ve ülkeler arasında hastanelerin sosyal medya araçlarını kullanımlarında farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Sosyal medyanın hızlı artışının, hastanelerin pazar paylarının ve karlılığın artması ve örgütlerin sağlık ve sağlık yönetimi ile ilgili misyonlarının gelişmesine katkıda bulunacağını belirttiği çalışmada, Batı Avrupa ülkelerindeki hastanelerde sosyal medyanın ve onun artan kullanımının ve

sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve katılımcı sayısının artırılması için büyük bir potansiyel olduğu da vurgulanmaktadır (Belt vd., 2012)

Amerika’da, Pricewaterhouse Coopers LLP Health Research Institute-Sağlık Araştırma Enstitüsünün, (2012) yaptığı çalışmada; tüketicilerin %42’si sağlıkla ilgili tüketici yorumlarına ulaşmak, %30’u sağlıkla ilgili bir nedenle %25’i de sağlıkla ilgili deneyimlerini paylaşmak için ve %20’si sağlık forumları ya da topluluklarına katılmak için sosyal medyayı kullandıklarını ifade etmişlerdir. Araştırmada ayrıca, katılanların %61’i, sosyal medya aracılığı ile sağlık hizmet sağlayıcıları tarafından sunulan bilgileri güvenilir bulurken %41’i bu bilgileri, sosyal medya aracılığı ile paylaşabileceklerini ifade etmektedirler. Tüketicilerin %75’i, sosyal medya aracılığı ile yaptıkları randevu taleplerinin bir gün ya da daha kısa sürede, %25’i ise birkaç saat içinde cevaplanacağını beklemektedir. Sağlıkla ilgili, sosyal medyadaki buldukları bilgilerin, ikinci bir görüş arama kararlarında etkili olduğu belirlenmiştir.

İspanyol hastanelerinin sosyal medya kullanımlarının incelendiği bir başka çalışmada, hastanelerin sosyal medyayı nasıl uyguladığı, hastane yöneticilerinin sosyal medya kullanma nedenleri, başarı faktörleri ve uygulamadaki sorunlar ele alınmıştır (Tamayo vd., 2013). Hastanelerin sosyal medya kullanımında farklılık yaratan faktörlerin, coğrafi farklılıklar ve hastane büyüklükleri olduğu belirlenmiştir. Çalışmada hastanelerde sosyal medya kullanımı ile ilgili negatif bir algının oluşmasındaki temel nedenlerden biri, çalışma saatlerinin boşa harcanması ile ilgili olduğu saptanırken pozitif algının, kullanıcı ile hasta ve yakınları arasında hızlı, kolay ve daha sık iletişimin olduğu ayrıca beklenti ve kaygıların azaldığı düşüncesidir. 804 hastanenin araştırmaya dahil edildiği ve sadece %52’sinin kendine ait Web sitesi olduğu büyük ölçekli ve özel hastanelerin, kamu hastanelerine göre web sitelerinin olma sıklığının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Şener ve Samur (2013), Facebook’ta, en çok izlenen/beğenilen, sağlık bilgileri içeren ilk on iki Türkçe web sayfasını tarama modeli kullanılarak incelenmiş ve içerik analizi ile değerlendirilmiştir. Buna göre incelenen sayfalarda, ticari ürünlerin tanıtımının yapıldığı, sağlık bilgisi sunulduğu, daha çok koruyucu sağlık bilgilerinin yer aldığı, bazılarında sağlıkla ilgisiz videoların/fotoğrafların paylaşıldığı görülmektedir.

Öztürk ve Öymen (2013), Türkiye’de kalp sağlığı konusunda hizmet veren, kar amacı gütmeyen kuruluşların, sosyal medya araçlarından Facebook ve Twitter’ın sağlık iletişimi sürecinde nasıl kullandıklarını, içerik analizi yöntemi kullanılarak göstermişlerdir.

Dört sağlık kurumunun Facebook ve Twitter sayfaları içerik analiz yöntemi ile analiz edilerek sosyal medya kullanımı ile bilgilere ulaşılan bir başka çalışmada (Kaya, 2014); sağlık sektöründe yer alan kurumların, ilgili sosyal medyada oluşturdukları, içerikleri görsellerle zenginleştirdikleri ve paylaşımın 10-13 ile 16-17 saatleri arasında olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Facebook ile yapılan paylaşımlarda, sosyal sorumluluk kapsamında paylaşılan sağlık mesajlarının en çok beğeniyi aldığı görülmüştür.

Griffis ve diğerleri (2014), ABD’de 3.371 hastanenin; Facebook, Twitter, Yelp ve Foursquare gibi dört sosyal medya kanalı ile hastanelerin etkinlikleri incelemişlerdir. Çalışmada, bu hastanelerin %94’nün Facebook sayfasının olduğu ve %50,82’sinin Twitter hesabı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastanelerin tamamı için Foursquarede check-in yapıldığı görülmüştür. Facebook ve Twitter hesapları üzerinden beğeniler ve gönderiler gerçekleştirilmiştir.

Bir diğer çalışma da ABD’de, 474 hastane üzerinde yapılmıştır. 471 hastane için reklam odaklı sosyal medya bağlantıları, üç araştırmacı tarafından araştırılmıştır. Sosyal medya kullanımları; YouTube, Twitter, Blogs, Facebook, Google+ ve LinkedIn ile sınırlandırılan çalışmada, örneğe dahil edilen hastanelerin sosyal medya kullanımları arasındaki farklılıklar çeşitli faktörlere göre incelenmiştir. İlgili çalışmada özellikle Facebook ve Twitter kullanımının çok yüksek oranlarda seyretmesine rağmen örneğe dahil edilen hastanelerin %30’nun sosyal medya üzerinde etkin bir kullanımının olmaması şaşırtıcı bulunmuştur (Richter, 2014).

Tengelimoglu, Parilti ve Yar (2015); bireylerin hekim, diş hekimi ve hastane seçiminde sosyal medyayı yaygın olarak kullandığı ve sosyal medyanın sağlık hizmeti satın alma davranışlarında etkili bir kanal olduğu ve kişilerin sağlık hizmeti almadan önce başvurdukları kaynaklar arasında olan sosyal medyanın önemli bir referans kaynağı olduğunu belirlemişlerdir.

Wong ve diğerleri (2016), sosyal medyanın sağlık kuruluşları ile kişiler arasındaki etkileşimin hızını ve derinliğini değiştirdiğini ifade ettiği çalışmada, ABD’de 47 çocuk hastanesinin sosyal medyayı kullandıklarını, Facebook, Google Plus, Youtube, Pinteret ve Twitteri açısından incelemişlerdir. Sosyal medyanın, topluma ve onu kullanan sağlık kuruluşuna fayda potansiyeli yüksek ancak halen atıl bir alan olduğu belirtildiği çalışmada, sosyal medya kullanımının özellikle çocuk hastaneleri için toplumun taleplerinin farkına varmak ve toplumsal ve bireysel fırsatları yakalanması için büyük bir fırsat olacağı ve çocuk sağlığının gelişimi için önemli bir araç olduğu da vurgulanmıştır. Geleneksel pazarlama rolünün ötesinde sosyal medyanın sağlık eğitimi için ve toplumsal fayda sağlayacak bir toplumsal iletişim kanalı rolünde olması hastanelerin, sosyal medya daha fazla kaynak ayırması gerekliliğini beraberinde getirmektedir.

2. Araştırma

2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Sosyal medyanın, kullanımının şaşırtıcı bir şekilde artması, her geçen gün farklı amaçlarla kullanımının getirdiği faydanın belirgin bir şekilde ortaya koyulması onu, gerek bireysel gerekse örgüt yaşamında vazgeçilmezlerinden biri olmaya aday haline getirmiştir. Sağlık sektörü de sosyal medyanın yükselişinden bazen avantajlarla olumlu bazen dezavantajlarla olumsuz yönde etkilenen sektörlerden biridir. Sağlık sektörü içinde büyük bir konuma sahip hastaneler de sosyal medya aracılığı ile pazar paylarını ve karlılıklarını arttırmaya diğer yandan sağlık ve sağlık hizmetleri alanındaki misyonlarını gerçekleştirmeye çalışırken, tanınırlıklarını ve markalaşmalarını sağlayacakları bu alanda her geçen gün faaliyetlerinin yoğunluğunu arttırmaktadırlar. Bu çalışmada; Webometrics sıralamasında yer alan Türkiye’deki 260 hastanenin kurumsal Web sayfaları dikkate alınarak kullandıkları sosyal medya araçları ve sosyal medya uygulamaları sistematik bir şekilde incelenerek sosyal medya araçlarını ne derecede etkin kullandıkları belirlenmesi amaçlanmıştır.

2.2. Veri Toplama Yöntemi

Çalışmada, Cybermetrics Laboratuvarının, Dünya Hastanelerinin sıralamasında kullandığı Webometrics sıralamasında yer alan hastanelerin Web sayfaları yolu ile erişilen sosyal medya araçları, içerik analizi yolu ile incelenmiştir. Nitel analiz tekniklerinden biri olan içerik analizi, içeriğin daha önceden belirlenmiş kategoriler dikkate alınarak sistematik olarak incelenmesine olanak tanıyan bilimsel bir yaklaşım biçimidir.

İçerik analizinde, hastanelerin en çok kullanılan sosyal medya araçlarından; Youtube, Facebook, Instagram, Twitter, ve Google+’ın hesaplarının olup olmadığı incelenmiştir. Ayrıca Facebook’ta, beğeni ve takipçi sayısı; Instagram’daki, gönderi ve takipçi sayısı; Twitter’daki, beğeni, takipçi ve tweet sayısı da belirlenmiştir.

2.2.1. Webometriks Sıralaması

Cybermetrics Lab, Dünya Hastanelerinin, Webometriks sıralamasını tamamen akademik bir bakış açısıyla yayınlamaktadır. Sıralama sadece araştırma sonuçlarına değil, aynı zamanda dünya çapında araştırmacılar ve araştırma kurumlarının küresel kalitesini daha iyi yansıtan diğer göstergeleri üzerine odaklanmıştır. Ancak şu unutulmamalıdır ki sıralamadaki Web göstergeleri, hastaneler tarafından sunulan hastaların tedavisini ve sağlık bakımının kalitesini ölçmek için olmayıp hastalıkların tedavisi için en iyi hastanenin aranmasında bir ölçüt olarak kabul edilmemektedir.

Sıralamanın amacı, hastanelerin Web yayıncılığını teşvik etmek, bu organizasyonların elektronik dağıtımına olan bağlılığını değerlendirmek ve gelişmiş ülkelerdeki dünya hastaneleri arasında dahi belirgin olan akademik sayısal farklılık ile mücadele etmektir.

2.3. Araştırmanın Kapsam ve Kısıtları

Webometriks sıralamasında, Türkiye’den 260 sağlık kurumu yer almasına rağmen, çalışmaya; tüp bebek, diyaliz, göz ve merkezleri ile hastane niteliği taşımayan özel klinikler dahil edilmemiştir. Ayrıca bazı hastanelerin web sayfalarında yapım çalışmaları olması veya ilgili hastanelerin kapanması nedeniyle bu hastaneler de analiz dışında tutularak 113 özel ve kamu hastanesi dahil edilmiştir.

Araştırmaya sıralamada yer alan hastanelerin Webometriks aracılığı ile erişilen web sayfaları yardımı ile 2017 Ocak ayı raporunda, Türkiye’de en sık kullanım oranına sahip sosyal medya araçları değerlendirilmiştir.

Hastanelerin faaliyetleri çok boyutludur ve bu durum web varlığına yansımaktadır. Dolayısıyla, sıralama oluşturmanın en iyi yolu, bu farklı yönleri ölçen bir grup göstergesi birleştirmektir. Sıralamada kullanılan dört gösterge şu şekilde ifade edilir.

Boyut (S): Dört motordan toplanan sayfa sayısı: Google, Yahoo, Canlı Arama (*Live Search??*) ve Exalead.

Görünürlük (V): Bir site tarafından alınan benzersiz dış bağlantılar yalnızca Yahoo Search, Live Search ve Exalead'den güvenle elde edilebilir.

Zengin Dosyalar (R): Akademik ve yayın faaliyetleri ile alakalı olduklarını değerlendirdikten sonra ve farklı dosya formatlarının hacmini göz önüne alarak: Adobe Acrobat (.pdf), Microsoft Excel (.xls), Microsoft Word (.doc) ve Microsoft Powerpoint (. Ppt). uzantılı dosyalar seçilir.

Akademik (Sc): Google Akademik, her bir akademik alanda birçok bildiri ve alıntı sağlar. Akademik veri tabanındaki bu sonuçlar makaleleri, raporları ve diğer akademik öğeleri temsil etmektedir. Bu dört göstergenin Webometrikteki ağırlıkları sırasıyla %20, %50, %15 ve %15’tir.

İlgili göstergelere göre hastane sıralamalarında ilk sırada yer alan hastaneler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Türkiye için Webometriks Sıralaması¹

	Dünya Sıralaması	Türkiye Sıralaması	Sağlık Kurumu Adı	Bulunduğu Yer
Genel Sıralama	395	1	Başkent Üniversitesi Adana Hastanesi	Adana
Boyut	301	1	Private Akdeniz Hospital	İzmir
Görünürlük	179	1	Acıbadem Hastanesi	İstanbul
Zengin Dosya	42	1	İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	İzmir
Akademik	15	1	Başkent Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi	İstanbul

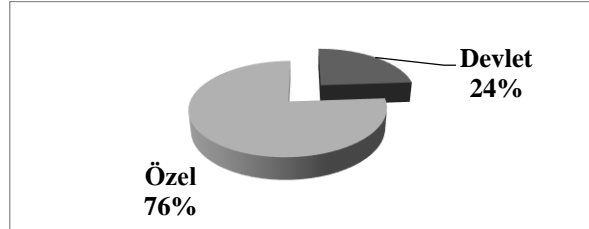
Kaynak: Webometrics, (<http://hospitals.webometrics.info/en/Europe/Turkey?sort=asc&order=World%20Rank> erişim tarihi: 10.05.2017). (*Bütün hastane isimlerinin makale dilinde verilmesi daha uygun olacaktır*)

2.4. Analiz Sonuçları

Araştırmaya dahil olan 113 hastanenin, 27’ü kamu hastanesi ve geri kalan 86’ı ise özel hastanelerden oluşmaktadır (Şekil 2).

¹ Çalışmaya sadece hastaneler dahil edilmiş olup, Web sitesi bulunmayan veya kapanan hastaneler sıralama dışında tutulmuştur.

Kamu hastanelerinin hiç biri zincir hastane değildir. Özel hastanelerin %22,2'si zincir hastane özelliği taşımaktadırlar. Araştırmaya dahil olan hastanelerin yarısından fazlası (%56,6'sı) İstanbul'da, %8,8'i Ankara'da ve %4,4'ü ise İzmir'de bulunmaktadır. Araştırmaya dahil edilen devlet hastanelerinin %44'ü yine büyük bir metropol olan İstanbul'da yer almaktadır.



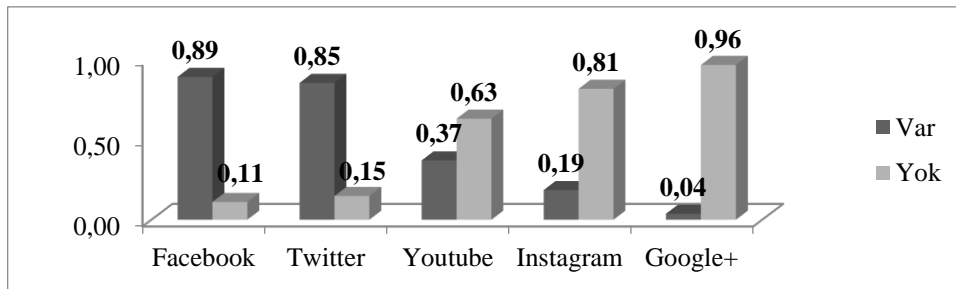
Şekil 2. Hastanelerin Dağılımı

Hastanelerin, web sayfalarından, sosyal medyaya ulaşım yerleri en çok sayfanın sağ üst köşesi (%48,7) ile sağ alt köşesinde (%21,2) yer almaktadır.

Tablo 2. Hastanelerin Sosyal Medya Kullanım Oranları

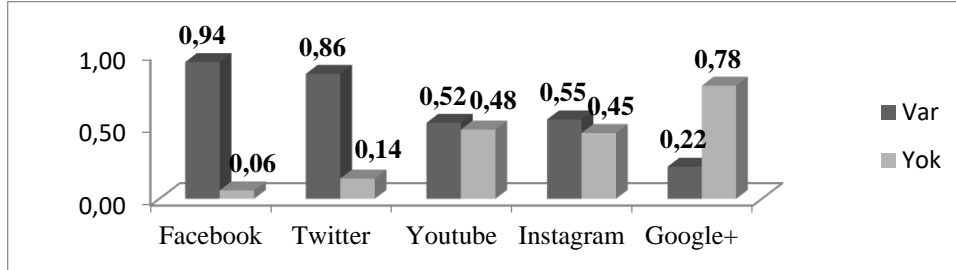
	Var		Yok	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Facebook	105	92,9	8	7,1
Twitter	97	85,8	16	14,2
Youtube	55	48,7	58	51,3
Instagram	52	46,0	61	54,0
Google+	20	17,7	93	82,3

Geri kalan %30,1'nin sosyal medya linkleri, web sayfasının diğer alanlarına yayılmıştır. Kamu hastanelerinin ise sosyal medyaya erişimlerinde linkin sağ üst köşesinden ulaşma oranı %59,3'tür. Çalışmaya dahil edilen hastanelerin %92,9'nun Facebook hesabı, %85,8'nin Twitter hesabı, %48,7'sinin Youtube hesabı, %46'sının Instagram hesabı ve sadece %17,7'sinin Google+ hesabı vardır. Sosyal medyanın kamu ve özel hastanelere göre kullanım oranları, Şekil 3 ve Şekil 4'te gösterilmiştir.



Şekil 3. Kamu Hastanelerinde Sosyal Medya Kullanım Oranı

Buna göre kamu hastanelerinde en çok kullanılan sosyal medya aracı Facebook'tur. Kamu hastanelerinin %89'u Facebook kullanırken %85'i Twitter kullanmaktadır. En düşük oranda kullanılan sosyal medya aracı ise Google+'tır (%4).



Şekil 4. Özel Hastanelerinde Sosyal Medya Kullanım Oranı

Özel hastaneler için kullanılan sosyal medya araçlarına ait grafik, Şekil 4'te gösterilmiştir. Özel hastaneler için tüm sosyal medya kullanım oranlarının kamu hastanelerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu oran özellikle Google+ için dikkat çekicidir.

Araştırmada kamu ve özel hastanelerin ilgili üç sosyal medya aracının (Youtube, Facebook ve Tweeter) kullanım sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamazken ($p>0,05$), Google ve Instagram kullanımında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada, hastanelerin %81,4'ünde bu beş sosyal medya aracından başka sosyal medya aracı kullanmadıkları, %6,2'sinde LinkedIn, %7,1'inde Pinterest ve %2,7'sinde ise LinkedIn ve Pinterest kullanılmaktadır. İki hastanede Vimeo ve bir hastanede ise Itunes kullanıldığı görülmektedir.

Tüm hastaneler dikkate alındığında Facebook toplam sayfa beğenme sayısı ortalaması 41.449 ve toplam sayfa takipçisi 40.936'dır. En düşük beğenme sayısı 98 iken en az sayfa takipçi sayısı da 99 olarak bulunmuştur. Instagram hesabına sahip hastaneler için Instagram gönderi ortalaması 368 ve takipçi ortalaması ise 3.082 olarak hesaplanmıştır. Twitter hesapları incelendiğinde ise ilgili sosyal medya hesabına sahip hastanelerin beğeni sayısı ortalaması 105,92; takipçi sayısı 3.174 ve ortalama tweet sayısı ise 1.714 olarak belirlenmiştir.

Tablo 3. Hastane Türlerine Göre Sosyal Medya Kullanım Farklılıklarına Yönelik Mann Whitney U Testi

	Youtube	Google	Facebook	Instagram	Tweeter
Mann-Whitney U	983,500	947,500	1099,500	741,500	1151,000
Wilcoxon W	1361,500	1325,500	1477,500	4482,500	4892,000
Z	-1,380	-2,174	-,932	-3,272	-,111
p	,167	,030	,351	,001	,911

3. Sonuç ve Öneriler

Farklı boyutlar kullanılarak değerlendirilen Webometriks sıralamasına göre Türkiye'deki hastanelerin sosyal medya kullanım düzeyleri sistematik bir şekilde incelenmiş, Dünya ve Türkiye sıralamasına göre değerlendirilen hastanelerin; buldukları il, kamu hastanesi veya özel hastane olma özelliği, websitleri ile bağlantı sağladıkları

sosyal medya araç çubuğunun konumu, kullandıkları sosyal medya araç sayısı, sosyal medya hesaplarına erişim durumu ve incelenen sosyal medya hesapları sonucunda kullanım düzeyleri belirlenmiştir.

Hastanelerin ilk sırada kullandıkları sosyal medya aracı Facebook olurken Türkiye’de en çok kullanılan Youtube’un ise hastanelerin kullanımında üçüncü sırada yer aldığı görülmüştür. Benzer şekilde Belt vd. (2012) ile Griffis vd. (2014)’de hastanelerde en popüler sosyal medya aracının Facebook olduğunu belirlemiştir. Ancak günümüz fırsatlarla yüklü ve maliyeti düşük sosyal medya aracılığı ile hastaneler, bir yandan pazar paylarını ve karlılıklarını artırırken diğer yandan sağlık ve sağlık hizmetleri alanındaki misyonlarını da gerçekleştirebilir, tanınırlıklarını ve markalaşmalarını sağlayabilir ve hasta çekme yeteneklerini de güçlendirebilme şansına sahip iken bu şansı da uygun şekilde kullanamamaktadırlar. Çeşitli sosyal medya hesabı bulunan birçok hastanenin sosyal ağları kullanım düzeyleri incelendiğinde ise sosyal medyayı yetersiz düzeyde kullandıkları yapılan paylaşım, beğeni ve takipçi sayılarından anlaşılmaktadır.

Özel hastanelerin sosyal medyayı, kamu hastanelerinden daha etkin kullandığı görülmektedir. Ancak özel hastanelerin kullanım düzeylerinin de düşük olması bu nedenin sosyal medyanın avantajlarından faydalanmaktan çok; rekabet ortamı, piyasada tutunabilmek için gündemi takip etme ve değişim ile yeniliklere ayak uydurma gerekliliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Sosyal medyanın avantajlarından faydalanmak etkili kullanmak ile orantılı olarak artmakta, yalnızca hesabın oluşturulması ve işlevsiz olması herhangi bir fayda sağlamamaktadır.

Hastanelerin Webometriks sıralamadaki yeri ve sosyal medya kullanım düzeyi hastanelerin buldukları illere göre incelendiğinde, çoğunlukla İstanbul, Ankara, İzmir gibi metropollerde bulunan hastanelerin diğer hastanelere göre sosyal medya kullanım düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Elde edilen bulgular sonucunda, hastanelerin sosyal medya hesabı oluşturma ve bu hesabı kullanım düzeylerini kişiler tarafından en çok kullanılan sosyal medya araçlarına göre dengelemeleri iletişim kurulabilecek kişi ve kurum sayısını arttıracak kişi ve kurum sayısını arttıracak kişiyi düşünmektedir (*Şahsen bu cümleyi anlayamadım*). Ayrıca sosyal medya araçlarının dinamik bir yapıya sahip olmasından dolayı kullanılan sosyal medya hesabının sürekli aktif tutulması gerektiği ve mevcut beğeni ve takipçi sayısının etkinliğin yitirilmesi ile azalabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Hastane markalaşmasında önemli bir kriter olarak günümüzde yine sosyal medya ön plana çıkmaktadır.

Bu çalışma ile çeşitli kriterler belirlenerek dünya ve Türkiye sıralaması Webometriks ölçümü ile belirlenen hastanelerin sosyal medya kullanım düzeyleri ile sınırlandırılmıştır. Daha sonraki analizlerde Webometriks sıralamasında yer alamayan belirli kriterdeki hastanelerin sosyal medya kullanım düzeylerini Webometriks sıralamasında yer alan hastanelerle karşılaştırmak ve webometriks sıralamasına göre hastanelerin diğer web site özelliklerine göre değerlendirmek mümkündür. “Bir tweet uzaklıktayız” ifadesi, sağlık kurumlarında da sosyal medya kullanımının önemini bir kez daha ortaya koymakla birlikte insan sağlığında önemli bir yer tutan sağlık kurumlarının sosyal medya kullanım ve içeriklerine özen getirilmesi de önemli bir husustur.

KAYNAKÇA

- Akar, E. (2010). Sosyal Medya Pazarlaması. Sosyal Webde Pazarlama Stratejileri. Ankara: Efil Yayınevi
- Belt, T. H. V., Berben, S. A. A., Sansom, M., Engelen, L. J. L. P. G. ve Schoonhoven, L. (2012). Use of Social Media by Western European Hospitals: Longitudinal Study, Journal of Medical Internet Research, 14(3), e61.
- Boyd, D. M. ve Ellison, N. B. (2008). Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship, Journal of Computer-Mediated Communication, 13(1), 210–230.
- Chapman, C. (2009). *The history and evolution of social media [Web log post]*. Retrieved from Webdesigner Depot. Retrieved June 27, 2017, from tarihinde <http://www.webdesignerdepot.com/2009/10/the-history-and-evolution-of-social-media/>.

Demir, İ. B. ve Uğurluoğlu, Ö. (2015). Sağlık Kurumlarında Stratejik Yönetim Araçları, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 18(2), 219-251.

Dewing, M. (2012). *Social Media: An Introduction*. Retrieved June 23, 2017, from <https://lop.parl.ca/content/lop/researchpublications/2010-03-e.pdf>.

Griffis, H. M., Kilaru, A.S., Werner, R.M., Ash, D., Hershey, J. C., Hill, S. et.al. (2014). Use of Social Media Across US Hospitals: Descriptive Analysis of Adoption and Utilization, Journal of Medical Internet Research, 16(11), e264.

Güleç, D. ve Işıkhani, S. Y. (2016). Kümeleme Analizi İle Türkiye ve DSÖ Bölgesi Ülkeleri Resmi Sağlık Birimlerinin Sosyal Medya Kullanımı Açısından Karşılaştırılması, Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 1(3), 36-48.

Health Research Institute (2012). *Social Media "likes" healthcare rom marketing to social business*. Retrieved May 17, 2017, from <https://www.pwc.com/us/en/health-industries/health-research-institute/publications/pdf/health-care-social-media-report.pdf>.

Kara, T. ve Özgen, E. (2012). Sosyal Medya Akademi. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.

Kaya, E. (2014). "Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımı", Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış YL. Tezi, Isparta.

Keckley, P.H. (2010). *Social Networks in Health Care: Communication, Collaboration and Insights*, Deloitte Center for Health Solutions, Retrieved May 25, 2016, from https://www.ucsf.edu/sites/default/files/legacy_files/US_CHS_2010SocialNetworks_070710.pdf.

Kuşay, Y. (2013). Sosyal Medya Ortamında Çekicilik ve Bağımlılık. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş.

Lerman, K. (2007). Social Information Processing in News Aggregation, IEEE Internet Computing, 6(6), 1-17.

McIntyre, K. (2014). The Evolution of Social Media from 1969 to 2013: A Change in Competition and A Trend Toward Complementary, Niche Sites, The Journal of Social Media in Society, 3(2), 5-25.

O'Dell, J. (2011). *The history of social media [Web log post]*. Retrieved May 13, 2017, from <http://mashable.com/2011/01/24/the-history-of-social-media-infographic/>.

Ozsarı, H., Hosgor, H. and Hosgor, D.G. (2016). Examination of the Hospital Website Performances for Public Relations and Promotions: Turkish, Indian and Irish Example, Acıbadem University Health Science Journal, 7(4), 209-217.

Öztürk, M. F. ve Talas, M. (2015). Sosyal Medya ve Eğitim Etkileşimi, Journal of World of Turks, 7(1), 101-120.

Öztürk, R. G. ve Öymen, G. (2013). Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımının Stratejik Önemi: Türkiye'de Kalp Sağlığı ile İlgili Kâr Amacı Gütmeyen Kuruluşlar Üzerine Bir Değerlendirme, Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, Özel Sayı(3), 109-131.

Richter, J. P. (2014). Social Media: How Hospitals Use It, and Opportunities for Future Use, Journal of Healthcare Management, 59(6): 447-460.

Safko, L. (2010). The Social Media Bible: Tactics, Tools, and Strategies for Business Success. New Jersey: Wiley Publishing.

Sajithra K. ve Patil, R. (2013). Social Media -History and Components, OSR Journal of Business and Management, 7(1), 69-74.

Sayimer, İ. (2008). Sanal Ortamda Halkla İlişkiler. İstanbul: Beta Yayınları.

Şener, E. ve Samur, M. (2013). Sağlığı Geliştirici Bir Unsur Olarak Sosyal Medya: Facebookta Sağlık, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(4): 508-523.

Tamayo, C. B., Ruiz, R. A., Pernet, J. J., Gutiérrez, G. J.F., Salcedo, T. V. ve Sánchez, Y. D. (2013). Use of Social Media by Spanish Hospitals: Perceptions, Difficulties, And Success Factors, Telemedicine Journal And E-Health, 19(2), 137-45.

Tengilimoğlu, E., Parıltı, N. ve Yar, C. E. (2015). Hastane ve Hekim Seçiminde Sosyal Medyanın Kullanım Düzeyi: Ankara İli Örneği, Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 17(2), 76-96.

Thaker, S. I., Nowacki, A. S., Mehta, N. B. ve Edwards, A. R. (2011). How U.S. Hospitals Use Social Media, Annals of Intern Medicine Journal, 154(10), 707-708.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2014). Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013-2023 Kanıta Dayalı Sağlık İletişiminin Geliştirilmesi. İstanbul: Anıl Matbaacılık Ltd. Şti.

Vance, K., Howe, W. ve Dellavalle, R. P. (2009). Social Internet Sites As a Source of Public Health Information, Dermatologic Clinics Journal, 27(2), 133-136.

Webometrics (2017). *Ranking Web of Hospitals*. Retrieved April 13, 2017, from <http://hospitals.webometrics.info/en/Europe/Turkey?sort=asc&order=World%20Rank>.

Vural, Z. B. A. ve Bat, M. (2010). Yeni bir İletişim Ortamı olarak Sosyal Medya: Ege Üniversitesi İletişim Fakültesine Yönelik bir Araştırma, Journal of Yasar University, 20(5), 3348-3382.

Wearesocial.com (2017). *Digital in 2017: Global Overview*. Retrieved February 23, 2017, from <https://wearesocial.com/>.

Weber, L. (2009). Marketing To The Social Web: How Digital Customer Communities Build Your Business. John Wiley&Sons. New Jersey: 2nd Edition.

Weinberg, T. (2009). The new community rules: Marketing on the social web. Sebastopol: CA: O'Reilly Media, Inc.

Wong, C. A., Ostapovich, G., Golinkoff, E. K., Griffis, H., Asch, D. ve Merchant, R. M. (2016), How U.S. Children's Hospitals Use Social Media: A Mixed Methods Study, Healthcare, 4(1), 15-21.

Zarella, D. (2010). The Social Media Marketing Book. Sebastopol: CA: O'Reilly Media, Inc.

**KLASİK, NEO-KLASİK ve MODERN YÖNETİM YAKLAŞIMLARININ
KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BİR ANALİZ**

Doç. Dr. Zekai ÖZTÜRK,

Gazi Üniversitesi İ.İ.B.F. Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı,

zozturk@gazi.edu.tr

Özlem Demir,

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü Doktora Öğrencisi,

ozlem_fe@hotmail.com

ÖZET

1900'lü yıllardan bu yana yönetim yaklaşımlarının yönetim biliminin gelişmesine önemli katkıları olmuştur. Süreç içinde yenilenecek günümüze kadar ulaşan bu yaklaşımlar uygulamadaki ihtiyaçlara yanıt verebilmek için yapılan araştırmalarla ortaya çıkmıştır.

Bu çalışmada klasik, neo-klasik ve modern yönetim yaklaşımlarının birbirleriyle karşılaştırılmasına ve yönetim bilimine sağladığı katkıların ortaya koyulmasına çalışılmıştır. Kapsamlı bir literatür taraması yapılmış, çıkan sonuçlar açıklanmıştır. Klasik yaklaşımda kapalı mekanik örgütsel sistemler dikkat çekerken neo-klasik yaklaşımda psikolojik ve sosyolojik konular ele alınmış, insan unsuru dikkat çekmeye başlamıştır. Modern yaklaşımda örgüt alt ve üst sistemlerden oluşan bir yapı içerisinde ele alınmış, yönetim uygulamalarında 'en iyi tek bir yol'un olmadığı, değişen durumlara göre yönetsel fonksiyonların değişebileceği belirtilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Klasik Yönetim Yaklaşımı, Neo-Klasik Yönetim Yaklaşımı, Modern Yönetim Yaklaşımı, Sistemler Yaklaşımı, Durumsallık Yaklaşımı.

ABSTRACT

Since 1900's management approaches have made important contributions to the development of management science. These approaches have emerged in the process reached today with renewed research to respond to the needs of the application.

In this study, classical, neo-classical and modern management approaches were tried to put forward the contribution to the management science and compared with each other. A comprehensive literature search was performed, the results were explained. While closed mechanics organizational systems taking care of in the classical approach, the psychological and sociological issues discussed in the neo-classical approach, it has drawn attention to the human element. In the modern approach, organization is discussed in a structure consisting of subsystems and top systems; management practices that there isn't only one best way, are expressed that managerial functions may change according to the changing situation.

Keywords: Classical management approach, Neo-Classic management approach, Modern management approach, Contingency approach

GİRİŞ

İnsanlık tarihi kadar eski olduğu düşünülen ‘yönetim bilimi’nin bugün anladığımız anlamda kullanılmaya başlaması sanayi devrimiyle birlikte olmuştur. İngiltere’de 18. yüzyılın ikinci yarısında başlayan, 19. ve 20. yüzyıllar boyunca Avrupa ve Amerika’ya yayılan sanayi devrimi, toplumların üretim ilişkilerini değiştiren teknolojik gelişmelerin oluşmasını sağlamıştır. Böylece insan enerjisi yerini makinelere bırakmış ve üretimde önemli artışlar meydana gelmiştir. Bireysel ve dağılık üretim birimleri gelişen teknolojiyle birlikte belirli merkezlerde toplanarak daha büyük ve ucuz üretim yapan birimler haline gelmiştir (Koçel, 2014: 62). Üretimin artması birtakım yeniliklerin benimsenmesini ve yönetim düşünce sisteminde önemli gelişmelerin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Bolat vd., 2009: 24). Bu dönemde kitle üretimi yaparak daha fazla üretim yapma, işçi ve burjuva sınıfı, ücret karşılığında çalışma gibi kavramlar ortaya çıkmıştır. Üretimin küçük ve dağılık olan birimlerde gerçekleşmesi yerine, büyük ve merkezi birimlerde (fabrikalarda) gerçekleşmesi yönetim biliminin bugünkü anlamını kazanmasına yardımcı olmuştur (Koçel, 2014: 52).

İnsan enerjisinin yerini makinelere bırakmasıyla üretim yöntemlerinde meydana gelen yenilikler, yönetim düşünce sisteminde önemli gelişmelerin olmasına zemin hazırlamıştır. Fabrikaların hızla artması, yeni kentlerin oluşması, büyük örgütlerin ortaya çıkması ve çalışma alanlarının genişlemesi, yöneticilerin üstlendiği görevlerde artış meydana getirmiştir (Bolat vd., 2009: 24). Makineleşme, büyüme ve daha çok insanın istihdam edilmesi, sosyal sorunların yanı sıra verimliliği artırma arayışını da tetiklemiştir (Koçel, 2014: 62).

İlk olarak verimliliği artırma çabaları daha sonra da sosyal sorunlarla baş etme isteği, kavram ve ilkelere bağlı, basitleştirilmiş bir takım teknikler geliştirilerek yönetsel ve örgütsel etkililiğin artırılmasına dayalı yönetim düşüncesine geçilmesini sağlamıştır (Bolat vd., 2009: 25). Araştırmacıların bu konular üzerinde yaptıkları çalışmalar ve ortaya koydukları yaklaşımlar yönetim biliminin gelişmesinde oldukça etkili olmuştur (Çetin, Mutlu, 2010: 62).

KLASİK YÖNETİM YAKLAŞIMI

Örgütlerde etkililiğin ve verimliliğin artırılması ihtiyacı örgüt yapısının ve bu yapıyı oluşturan yönetim faaliyetlerinin düzenlenmesine ve geliştirilmesine zemin hazırlamıştır. Verimlilik çözümleri ve örgütler için getirilen yönetsel öneriler klasik yönetim yaklaşımının temelini oluşturur (Koçel, 2014: 237; Çetin, Mutlu, 2010: 62).

Bu öneriler tesiste kullanılacak araç gereçler, örgütün yönetsel yapısı, işgörenlerin eğitimi, karmaşık üretim süreçlerini kategorize etme gibi birtakım problemlere çözüm üretmek için geliştirilmiştir (Daft, 1997: 42-43).

Klasik yönetim düşüncesi kapsamında en sık karşılaşılan yaklaşımlar Bilimsel Yönetim Yaklaşımı, Yönetim Süreci Yaklaşımı ve Bürokrasi Yaklaşımı olmuştur.

Bu yaklaşımların getirdiği yüksek verimlilik artışı, zamanın örgütleri tarafından büyük kabul görmüş ve 20. yüzyılın ilk yarısına damgasını vurmuştur (Çetin, Mutlu, 2010: 63).

Bilimsel Yönetim Yaklaşımı

Taylorculuk olarak da adlandırılan bilimsel yönetim yaklaşımı (scientific management approach) bir mühendis olan Frederick Winslow Taylor’un 1911 yılında yayımladığı "Bilimsel Yönetimin İlkeleri" (*The Principles of Scientific Management*) adlı eseri ile ortaya çıkmıştır. Bu yaklaşımın ana hedefi işverenler ve işgörenler için maksimum refah sağlamaktır.

Taylor’a göre bilimsel yönetim yaklaşımının ortaya çıkmasının altında yatan ana neden işveren ve işgörenlerin görüşlerinin birbirlerine zıt olduğunun düşünülmesidir. Taylor; işverenler, işgörenlerine çok az ücret vererek, en fazla işi yaptırma eğilimindeyken; işverenlerine daha fazla kâr ve refah sağlamak istemeyen, emeklerinin tüm meyvelerinin kendilerine ait olması gerektiğini ve kendilerine çok az şey verildiğini veya hiçbir şey verilmediğini düşünen işgörenlerin daha fazla ücret almak istediklerini belirtmektedir. Bilimsel yönetim yaklaşımıyla Taylor,

aslında bu iki grubun çıkarlarının aynı olduğunu ileri sürmektedir. Buna göre uzun vadede işgörenin refahıyla bütünleştirilmedikçe işverenin refahını sağlamak mümkün olamayacaktır. Gerekli düzenlemeler yapılarak hem işgören istediği yüksek ücreti alabilecek hem de işverenin üretimi, düşük işgücü maliyetiyle gerçekleştirebilecektir (Taylor, 1917: 22).

Taylor, işverenlerin başarılarının işgören başarısı artmadıkça artamayacağını ortaya koymuştur (Atıgan, 2011: 23). İşgörenlerin ve işverenlerin işbirliği içinde ortak çalışmaları sağlanmadığı takdirde diğer tüm tekniklerin ve yönetim ilkelerinin geçerliliğini yitireceğini düşünmektedir. Çatışma ortamının önüne geçilmesi ve çatışmanın yaşanmaması için yönetsel birtakım düzenlemelerin yapılması gerekir (Topaloğlu, 2011: 254).

Taylor'a göre yönetsel düzenlemeler yaparken en önemli hedef; en mükemmel şekilde sınıflandırılmış işleri, o işe en uygun beceride işgörenin en hızlı tempoda ve en yüksek verimlilikle yapmasını sağlamaktır, bu işi yaparken tesis içinde yer alan her bireyin eğitim ve gelişmesini desteklemek olmalıdır. Maksimum refah, bütün makine ve işgörenlerin tek tek en fazla üretimi sağlaması anlamındaki makine ve işgücü verimliliğinin mümkün olan en üst düzeye çıkarılmasıyla sağlanabilir. Maksimum refaha ancak maksimum verimlilikle ulaşılabilir (Taylor, 1917: 23). Refah kelimesi işverenler için düşük maliyetler ve yüksek getiriye ifade ederken, işgörenler için adalet ve daha fazla ücreti ifade etmektedir (Ramasamy, 2009: 19). Ancak işlerde belli bir standartlaşma olmadığından işlerin yapılmasında maksimum verimliliğe ulaşmak pek mümkün olmamaktadır (Atıgan, 2011: 23).

Bilimsel yönetimin özellikleri; yönetsel işlevlerin bölümlenmesi ve planlanması, bilimsel görev dağılımı, fonksiyonel ustabaşılık, iş etüdü (hareket etüdü, zaman etüdü ve yorgunluk etüdü), çalışma yöntemleri, ücret tespiti, standardizasyon, bilimsel seçim ve eğitim, finansal teşvikler, mental devrimle birlikte üretimin ve karın maksimize edilmesiyle ilgili çeşitli yolların ekonomiye sunulması olarak belirlenmiştir (Ramasamy, 2009: 19-21; Saruhan, Yıldız, 2009: 161-162).

Yönetim Süreci Yaklaşımı

Yönetim süreci yaklaşımının fikir babası Henry Fayol'dur. Henry Fayol, yazdığı "Administration Industrielle et Generale" adlı eseriyle yönetime farklı bir bakış açısı getirmiştir. Fransa'da 1916'da yayımladığı bu eseri 1946 yılında İngilizceye çevrilene kadar hak ettiği ilgiyi görmemiş, 1946'dan sonra yazında yerini almıştır.

Taylor daha çok işgörenin işi yerine getirirken bizzat uyması gereken ilke ve kurallar üzerinde çalışmıştır. Taylor'un çağdaşı olan Henry Fayol ise, üst yönetimle ilgilenmiş ve üst kademe yöneticilerinin yerine getirdikleri işlevler üzerinde değerlendirmeler yapmıştır (Atıgan, 2011: 26). Yönetim süreci yaklaşımında etkinlik, verimlilik ve rasyonellik fikrini esas alırken (Koçel, 2014: 245), etkinlik ve verimliliğin sağlanmasında çatışmadan uzak bir yönetim tarzının benimsenmesi gerektiğini düşünmüştür (Topaloğlu, 2011: 254).

Fayol, yönetimi bir süreç olarak değerlendirmiş ve fonksiyonlarına ayırmıştır (Eren, 2011: 25; Koçel, 2014, 245; Bolat, vd., 2009: 32; Ramasamy, 2009: 25). Bu fonksiyonlar başlıca altı grupta toplanabilir. Bunlar:

1. Teknik Faaliyetler (üretim faaliyetleri)
2. Ticari Faaliyetler (hammadde ve diğer kaynakları satın alma, ürünlerin satışı ve değişimi)
3. Finansal Faaliyetler (mevcut fonları belirleme ve kullanma)
4. Muhasebe Faaliyetleri (kayıtların tutulması, maliyet tablosunun, bilançonun ve istatistiksel verilerin hazırlanması)
5. Güvenlik Faaliyetleri (işyeri ve işgörenlerin korunması)
6. Yönetim Faaliyetleri

Fayol, örgütün başarısının bu altı fonksiyonda sağlanacak başarıya bağlı olduğunu savunmuştur (Gürüz, Gürel, 2009: 80; Ramasamy, 2009, 25). İlk beş gruptaki faaliyetlerin iyi bilindiğini ve bu faaliyetlerin neler olduğunu ve nasıl yerine getirilmesi gerektiğini açıklamanın kolay olduğunu, ancak yönetim faaliyetlerinin daha ayrıntılı incelenmesi gerektiğini belirtmiştir (Şengül, 2007, s 260). Bu nedenle Fayol'un incelemelerinde asıl ağırlık noktasını yönetim faaliyetleri oluşturmuştur.

Ayrıca yönetim fonksiyonu üst düzey yöneticileri astlardan daha fazla ilgilendirmektedir. Astlarda örgütün faaliyet alanıyla ilgili yetenekler ağır basarken, üst düzey yöneticilerde yönetsel kapasite daha önemli hale gelmektedir. Örgütlerde işgörenin temel kapasitesi teknik alanlarla ilgiliyken, hiyerarşi basamakları yükseldikçe yönetim faaliyetlerinin önemi çok artmakta ve diğer beş fonksiyon faaliyetinin önemi azalmaktadır (Şengül, 2007: 261; Eren, 2011: 25).

Fayol'a göre ilk beş fonksiyon genel olarak yönetim olarak isimlendirilen fonksiyonun içeriğini oluşturmaktadır. Yönetim fonksiyonu; örgütün genel politikası içindeki programları yapmak, sosyal yapıyı oluşturmak, yönetim sürecindeki çabaların koordinasyonunu sağlamakla yakından ilgilidir (Şengül, 2007: 260; Rao, Pande, 2010: 24; Patel, 2007: 13; Çetin, Mutlu, 2010: 65; Eren, 2011: 25).

Bürokrasi Yaklaşımı

Alman sosyolog Max Weber tarafından ortaya koyulan bürokrasi yaklaşımı, sanayileşen ve gelişen sanayi toplumunda ideal bir örgüt yapısı olan bürokrasiye geçilmesi gerektiği düşüncesinden kaynaklanmıştır (Bolat, vd., 2007: 34). Sosyoloji, din, ekonomi ve politik bilimlerle ilgili önemli eserleri olan Weber, sosyolojik çalışmalarında yer alan örgütlerin bürokratik bir yapıyla yönetildiklerinde etkinlik ve verimliliklerinin daha fazla olacağı yönündeki görüşleri nedeniyle "bürokrasi savunucusu" gibi algılanmıştır (Koçel, 2014: 264). Weber'in bürokrasi görüşü belli özelliklere sahip bir örgüt biçimi olarak tanımlanmaktadır ve işgörenlerin bireysel amaçlar için değil örgüt amaçları için kaynakları kullanmaları gerektiğini savunmuştur (Daft, 1997: 44; Atıgan, 2011: 29).

Weber "The Theory of Social and Economic Organization" adlı eserinde insanları etkilemekte kullanılan yetkinin kaynağını ve şekillerini incelemiştir; geleneksel, karizmatik ve yasal olmak üzere üç tip yetki olduğunu belirtmiştir (Koçel, 2014: 264; Bolat vd., 2007: 36; Tengilimoğlu, Işık, Akbolat, 2012: 38; Atıgan, 2011: 28; Eren, 2011: 27).

Bürokrasi yaklaşımının özellikleri; yetki hiyerarşisi, fonksiyonel uzmanlaşma, kurallar ve düzenlemeler, haklar ve sorumluluklar, teknik yeterlilik, kayıt tutma, şahsi olmayan ilişkiler olarak ortaya koyulmuştur (Daft, 1997: 45; Ramasamy, 2009: 35-36; Rao, Pande, 2010: 26-27).

Max Weber, bürokrasi altında örgütlerin daha mükemmel hale geleceğini düşünmüştür. Bürokrasinin örgütler için en iyi model olduğunu ve her işin doğasına uygun olduğunu çünkü insan enerjisi ile mekanik enerji arasında kanallar oluşturduğunu ve bürokrasi yönetiminin üstünlüğündeki ana kaynağın teknik bilgi olduğunu belirtmektedir (Alpaslan, Kutaniş, 2007: 52). Weber, bürokrasiyle birlikte örgüt performanslarının iyileşmesini ve çatışmanın en aza indirilmesini istemektedir (Topaloğlu, 2011: 254).

Klasik Yönetim Yaklaşımının Yönetim Bilimine Getirdiği Katkılar

20. yüzyılın başından İkinci Dünya Savaşı'na kadar olan ve daha sonra "klasik yönetim" olarak adlandırılan dönemde örgütlerde içe dönük rasyonellik arayışları söz konusu olmuştur (Güçlü, 2003: 64). Dünyanın sanayileşen ülkeleri birçok ekonomik, sosyal ve kültürel değişimler yaşamıştır. Yaşam standartları, çalışma koşulları ve ortalama çalışma süresi hızla değişmiştir (Alpaslan, Kutaniş, 2007: 50).

Klasik dönemde verimlilikte önemli iyileşmelerin sağlanması için işin etkili bir biçimde yapılandırılması ve yönetici rolünün açık olarak tanımlanması üzerinde odaklanılmıştır (Certo, 2003: 31).

Bu dönemin en önemli çalışma konusu, mekanik kalite kontrol çabaları olmuştur. Sanayi devrimine kadar küçük aile işletmeleri şeklinde olan yapı devrimden sonra üretim kapasitelerinin artışıyla büyük üretim merkezleri haline gelmiştir. Bu büyük üretim merkezlerinden çıkan mallar nitel olarak farklılaştırılmadan, fazla bölünmemiş pazarlarda rahatlıkla alıcı bulabilmiştir. Bu dönemde amaç, mümkün olduğu kadar ucuza çok miktarda üretmek ve sürümden kazanmaktır (Güçlü, 2003: 64).

Klasik yönetim yaklaşımı işgörenlerin sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını görmezden gelmiş, kişisel beceri ve potansiyellerine eğilmemiştir (Rao, Pande, 2010: 26). Kapalı sistemler içinde ele alınan örgütlerde maksimum verimliliğin sağlanması için yönetimin ana fonksiyonlarından her bir iş birimine kadar her konu farklı düşünürler tarafından farklı açılardan ele alınmış, işgörenlerin ve işverenlerin yerine getirmesi gereken görevler tek tek belirtilmiştir.

Bilimsel yönetim yaklaşımında Taylor'un işgören sorunlarına mühendis gözüyle bakması rutin ve alışılmış işlerin etkin bir biçimde yürütülmesi için yöntem geliştirme çabalarından öteye geçememiştir (Eren, 2011: 24). Bu yaklaşım ayrıntılı bir örgüt teorisi değil, daha çok örgütün alt kademelerindeki işlerin incelenmesi, standartların geliştirilmesi, ücret sistemlerinin oluşturulması gibi konularda ilkeler geliştiren bir özelliğe sahiptir (Gürüz, Gürel, 2009: 78).

Taylor'un incelediği örgütler, mekanik kapalı sistemler olarak ele alınmıştır. Çevresinden soyutlanan bu örgütlerin sadece iç fonksiyonları detaylı olarak incelenmiştir. Verimlilik artışına odaklanan Taylor, dış çevreden kaynaklanan ekonomik, hukuki, teknolojik vb. faktörlerin örgüt üzerindeki etkisini her ne kadar fark etmiş olsa da yeterince dikkate almamıştır (Atıgan, 2011: 25). Günümüzün organik ve açık sistemler olarak değerlendirilen örgütleriyle bu dönemin örgütleri birbirinden çok farklıdır. Taylor'un düşündüğü örgütler ile bugünün bilgi üreten ve şebeke organizasyonu ile tüm dünyaya yayılan üretim birimleri aynı değildir. Ancak, ortaya koyulan fikirler zaman içinde test edile edile geliştirilmiş, yeni görüşlerle zenginleştirilmiştir. Bu fikirlerin geçen yüz yıl içinde evrime uğradığı söylenebilir (Koçel, 2014: 243).

Taylor, işgörenin işi yaparken bizzat uyması gereken ilke ve kurallara, gerekli olan hareketlere ve bu hareketleri yapmak için harcanacak zamana ilişkin çalışmalar üzerinde durmuş, bunların yol ve yöntemlerini açıklamıştır. İşgörenlerin işleri yapmak için gerekli niteliklere sahip olması gerektiğini ayrıca örgüt içi eğitimlerle de işgörenlerin desteklenmesi gerektiğini savunmuştur. İnsanı bir makine gibi değerlendiren ve psikolojik ve sosyal yönünü görmezden gelen bu yaklaşım ciddi eleştirilere hedef olmuştur. Ancak bu yaklaşımla birlikte yönetim literatürüne kazandırılan işgören eğitimi halen geçerliliğini korumaktadır. Örgütlerin hizmet içi eğitimlere verdiği önem her geçen gün artmaktadır. Bu eğitimlerin alt yapısını Taylor'un açıkladığı fikirler şekillendirmiştir.

İnsan kaynakları yönetiminde işgören seçme ve yerleştirme yöntemlerinin günümüz iş dünyasında önemli bir yeri vardır. Bu yöntemlerin temelini yine Taylor'un oluşturduğu düşünülebilir.

Bu yaklaşımda motivasyon aracı olarak sadece paranın kullanılması (Saruhan, Yıldız, 2009: 162), işgörenlerin bencil ve sorumluluktan kaçan insanlar olarak düşünülmesi ve sürekli kontrol altında tutulmaları isteği eleştirisi konusu olmuştur.

İşletmelerde iş yavaşlatma ve kaytarma alışkanlığının halen bazı işgörenler tarafından sürdürüldüğü düşünüldüğünde Taylor'un çabalarının gereksiz olmadığı, ancak işgörenlerin psikolojik ve sosyal yönlerinin de olduğu ve bu yönleriyle de güdülenmeleri gerektiği, bilgi birikimi, yetki ve sorumluluk noktasında ciddi başarılarla imza atabilecekleri dikkate alınmalıdır. Bu çabaların günümüz iş dünyasına uyarlanması çalışmalarının önemli olduğu ve bu yönde performans sistemi gibi birtakım sistemlerin geliştirildiği unutulmamalıdır.

Bilimsel yönetim yaklaşımıyla ilgili literatür incelendiğinde belirtilen ilkeler dar bir çerçevede ele alınmış, işgörenlerin finansal güdüleme araçları ile ödüllendirildiği belirtilirken, birçok kaynakta işverenlerin verimliliğinin artışının da bu sebebe bağlandığı üzerinde durulmamıştır. Yine birçok kaynakta işveren ve işgörenlerin işbirliği ve uyum içinde çalışmaları gerektiği hususu ilkeler başlığında ele alınmamıştır.

Taylor yaklaşımı her türlü verimlilik anlayışının temelidir. Bilimsel yönetim verimlilik için bir altyapıdır. Bu altyapı olmadan örgütlerin başarılı olması mümkün değildir. Bütün örgütler eninde sonunda verimlilik esasına dayanan bir altyapı oluşturmak zorunda kalacaklardır (Koçel, 2014: 243).

Henry Fayol'un yönetim süreci yaklaşımı yönetim biliminin gelişmesine ışık tutmuştur. Fayol örgütün tüm fonksiyonlarını incelemiş, ancak yönetim fonksiyonu üzerinde daha detaylı çalışmış ve birtakım kurallar ortaya koymuştur. Bu yaklaşım daha çok yöneticileri ele alarak yöneticinin yapması gereken faaliyetleri, bunlara ilişkin işlev, ilke ve kuralları açıklar.

Şengül'ün Mihçioğlu'dan (1989) aktardığına göre yönetim sürecini fonksiyonlarına ve işleyişine göre inceleyen yaklaşımı ilk kez ortaya koyan kişi Fayol'dur. Yönetim sürecini bütün evreleriyle inceleyerek kapsayıcı bir yaklaşım sergilemiştir. Onun dışındaki düşünürler yönetimin işlevlerinden örgütlenme üzerinde daha çok durmuştur. Yönetim fonksiyonuna önem vererek ortaya koyduğu kurallar evrensel nitelik kazanmıştır. Bu nedenle günümüzün çağdaş yönetim teori ve uygulamalarının da temeli niteliğindedir.

Fayol yönetim ilkelerinin şartlar değiştikçe değişebileceğini belirtmiş, bu görüşüyle durumsallık anlayışına yaklaşmıştır (Şengül, 2007: 270).

Taylor gibi Fayol da örgütleri kapalı sistemler olarak ele almış, yalnızca yönetimin örgüt içi unsurları üzerinde çalışmalar yapmıştır.

Fayol' un vasat olarak kabul ettiği insanlar genellikle tembeldir ve iş yapmaktan kaçmanın yollarını araştırır. Bu nedenle yöneticilerin aslarına güvenmemeleri, yapılan her işe nezaret etmeleri ve mutlaka gözden geçirmeleri gerektiğini savunan Fayol, kusursuz ve entelektüel niteliklere sahip olan ve sayıları oldukça az olan kişilerin yönetim kadrolarına getirilmelerinin uygun olacağı düşüncesindedir (Eren, 2011: 27).

Henry Fayol'un komuta birliği ilkesi, Taylor'un fonksiyonel ustabaşılık ilkesine ters düşmektedir. Benzer şekilde günümüzün matriks yapıları da bu ilkeyle çelişen örgütsel yapılarıdır (Koçel, 2014: 257). Matriks yapılarda emir ve komuta takıma farklı yönlerden gelir. Dolayısıyla belli bir hiyerarşik yapı bulunmamaktadır (Rao, Pande, 2010: 26).

Tüm bu değerlendirmelere rağmen Fayol yönetimin işlevlerini bilimsel çalışmalarla ortaya koymuş ve bu işlevler yalnızca küçük değişikliklere uğrayarak bir yüzyıldır geçerliliğini yitirmemiştir. Bu yaklaşım günümüzün çağdaş örgütlerine ışık tutan bir niteliktedir.

II. Dünya Savaşı'ndan sonra endüstriyel problemlerin çözümünde, teknik ve analitik araçların kullanımında, üretim planlama, tesis yeri, ürün paketleme gibi birçok problemin çözümünde yönetime önemli katkılar sağlamıştır. 1980'lerde bile araştırmalar karmaşık örgütlerin yaygın olarak yönetim süreci yaklaşımının tekniklerini kullandıklarını göstermektedir (Certo, 2003: 34-35).

Weber'in bürokrasi yaklaşımında ise akılcı, güçlü ve amaçlara ulaştıracak sağlam bir örgüt yapısının kurulması ana hedefdir. Örgüt politikalarının, kuralların ve düzenlemelerin çerçeveleri çok iyi çizilmiştir. Kişisel arzu, hırs ve ihtiyaçlardan arınmış objektif ve akılcı bir yönetim sistemi kurulmuştur. Böylelikle işgören davranış ve tepkilerinin kolayca tahmin edilebileceği düşünülmüş, insan psikolojisinin davranışlar ve iş görme biçimleri üzerindeki etkisi göz ardı edilmiştir (Eren, 2011: 29).

Bürokrasi yaklaşımı uzmanlaşmaya özel bir önem vermiştir. Belirli görevleri yerine getirmekten sorumlu olan işgörenlerin uzmanlaşmaları örgütün etkililiği ve verimliliği açısından önemlidir.

Yönetimsel ve teknik görevlerin planlanması, yürütülmesi ve kontrolünün katı bir otorite sistemiyle gerçekleştirilebileceğine inanılmıştır. Bu nedenle örgüt içindeki plan, koordinasyon ve kontrol kuralları ve haberleşme yapıları, günlük faaliyetlere uygulanacak şekilde detaylı olarak saptanmıştır. Koyulan her kural ve verilen her emir örgütün ekonomik amaçlarına rasyonel olarak erişmeye yönelmiştir (Eren, 2011: 30). İşgörenlerin yetenekleri ve yaratıcılıkları katı kural ve düzenlemeler nedeniyle baskılanmıştır. Yeniliklere karşı bir direnç mevcuttur (Ramasamy, 2009: 37).

Bürokratik yapıda görev ve sorumlulukların açık olarak belirlenmesiyle örgütün işleyişinin daha kolay olacağı düşünülmüştür. Örgütler bu yaklaşımda da kapalı sistemler olarak ele alınmış, dış çevrenin istikrarlı ve dengeli olduğu kabul edilerek örgüt üzerindeki etkisi üzerinde durulmamıştır.

Her işgörenin görev ve sorumluluğunun açık bir biçimde tanımlanmış olması işler arasındaki çakışma ve çatışmaları ortadan kaldırmaktadır. Bu uygulamaların günümüzde yapılan iş tanımlarına ve iş gereklerine temel oluşturduğu söylenebilir.

Bu yaklaşımda işe alma ve terfi sisteminin adayın teknik yeterliliklerine bağlı olması, doğru işe doğru işgörenin yerleştirilmesine olanak tanıyarak, insan kaynaklarından maksimum düzeyde yararlanılmasını sağlamaktadır (Ramasamy, 2009: 36).

Bürokrasi yaklaşımında örgüt yapısıyla ilgili birçok ilke ve kural belirlenirken; önderlik biçimi, yetki devri, işgörenlerin kişilik yapıları gibi konular üzerinde durulmamıştır. Weber'e göre insanlar 'rol' adı verilen görevleri

yerine getirecek davranışlar sergileyen, dışarıdan bakıldığında birbirinden farksız kişilerdir (Can, Azizoğlu, Aydın, 2011: 71).

Bu yaklaşıma göre örgütün herhangi bir kademesindeki yönetici astlarından daha fazla, üst yöneticilerinden daha az akılcı ve mantıksal düşünmekte ve karar vermektedir. Bu nedenle üst kademedeki yöneticiler tarafından belirlenen amaçlar ve bu amaçları gerçekleştirmede kullanılan araçlar hakkında konuşmak, eleştiride bulunmak, tartışma yapmak kesinlikle yasaktır (Eren, 2011: 30). Demokratik yollarla seçilmiş yöneticinin verdiği kararların en doğru kararlar olduğu düşünülmüştür. Bu düşüncenin zamanın geleneksel yetkiyle yönetilen devlet otoritelerine karşı bir başkaldırı olduğu düşünülebilir.

Hiçbir işgörene ayrıcalık tanınmamasının, herkese eşit davranılmasının örgütleri daha demokratik hale getirdiği düşünülmektedir (Ramasamy, 2009: 36). Ancak bürokrasi modelinin şahsi olmayan ilişkilere dayandırılarak, kişisel dostluk, arkadaşlık ve bunların doğurduğu subjektif ve duygusal ilişkilerin görmezden gelinmesi işgörenlerde aidiyet kavramının yeterince gelişmemesine ve yaptıkları işteki konsantrasyonlarının düşmesine neden olabilmektedir. Ayrıca kırtasiyecilik çok fazladır. Her karar birçok kişinin katılımıyla son derece detaylı bir biçimde kayıt altına alınır. Bu kayıtların tutulduğu dosyalar hiçbir şekilde silinmediğinden evrak işi çok olmaktadır (Eren, 2011: 30).

Bürokrasi yaklaşımında örgütün özgürlüğünün korunması için örgütsel kaynaklar dış denetimden uzak tutulmaktadır. Tüm bu özelliklerle kurulacak örgütün alacağı şekil en baştan belirlenecektir (Çetin, Mutlu, 2010: 66).

Klasik yönetim yaklaşımında örgütlerde görülen bütün çatışmaların yıkıcı olduğu ve yönetimin bir görevinin de örgütü bu çatışmalardan kurtarmak olduğu anlayışı hakimdir. Bu yaklaşımda, örgütün sağlam bir örgütsel sağlığa kavuşması adına, çatışmalardan uzak olması gerektiğine inanıldığı için, çatışmalardan kaçınılması ya da ortadan kaldırılması gerektiği üzerinde durulmuştur. Örgütlerin başarısının çatışma ortamının ortadan kaldırılmasına bağlı olduğuna inanılmıştır (Topaloğlu, 2011: 254). Bu çatışmaların alınan fiziki önlemlerle ortadan kaldırılacağı düşünülmüş, örgütte yer alan kişilerin ve grupların psiko-sosyal ihtiyaçları görmezden gelinmiştir. Bu alanda işgörenlerin fikirlerinin alınması, yetki devri, işgörenlerin işinde kalma hakkı gibi birtakım görüşler oluşmuşsa da örgüt içindeki informel ilişkileri ve grup normlarını açıklamakta yetersiz kalmıştır.

Klasik yönetim yaklaşımının temel nitelikleri, neo-klasik yönetim yaklaşımının gelişmesine kadar genel kabul gören yaklaşım olmuştur.

NEO-KLASİK YÖNETİM YAKLAŞIMI

1929 yılında gerçekleşen Dünya Ekonomik Krizi'ni takip eden dönemde örgütlerde çeşitli sorunların artması yönetim uygulamalarına dair eksikliklerin hissedilmesine sebep olmuştur. 1930'larda yönetimde insan unsurunun ihmal edildiği düşüncesiyle oluşmaya başlayan ve "insan ilişkileri yaklaşımı" olarak da ifade edebileceğimiz neo-klasik yönetim yaklaşımı, yönetim biliminin klasik dönemden sonraki temel yaklaşımıdır. Klasik yönetim döneminin kavram ve ilkeleri üzerine kurulan neo-klasik yaklaşım, onun eksik ve aksayan yönlerini düzeltmek amacıyla geliştirilmiş (Bolat, vd., 2009: 36) ve örgütlerin insana karşı daha duyarlı olması gerektiğini savunmuştur (Atıgan, 2011: 31).

İşgörenlerin katı örgüt yapısından, işlerin rutinliğinden ve emeklerinin bütün üzerindeki etkisini görememekten kaynaklanan problemleri ile sosyalist ve kapitalist olarak ikiye bölünmüş politik yapının etkileri, sendikal hareketler, toplumun değişen tüketim yapısı gibi unsurlar neo-klasik yönetim yaklaşımının ortaya çıkmasında etkili olmuştur (Çetin, Mutlu, 2010: 67).

Buradan hareketle neo-klasik yaklaşımın işgörenin ihmal edilen psiko-sosyal yönü üzerinde araştırmalar yapmışlardır. İşgörenlerin ihtiyaçlarının, duygularının, tutumlarının, değerlerinin ve isteklerinin son derece önemli olduğunu (Rao, Pande, 2010, s: 27), hatta işgörenlerin ve oluşturdukları grupların aralarında meydana gelen çatışmaların doğal karşılanması gerektiğini belirtmişlerdir (Topaloğlu, 2011: 256). Bu araştırmaların davranışsal yönetim modellerinin gelişmesine büyük katkıları olmuştur.

Hawthorne Araştırmaları

Neo-klasik yönetim yaklaşımının temelini George Elton Mayo ve F. Roethlisberger'in öncülüğünü yaptığı bir grup akademisyenin 1924-1932 yılları arasında "Western Electric" adlı işletmenin Hawthorne fabrikalarında yaptıkları araştırmalar oluşturmuştur.

Bu araştırmalarda klasik yaklaşımın varsayımlarından yola çıkılmıştır. Başka bir ifadeyle uygun fiziksel koşullar sağlandığında ve işgörene iyi ücretler verildiğinde verimlilikte artış sağlamanın mümkün olup olmadığı araştırılmıştır. Aydınlatma, havalandırma, ısıtma, molalar ve verimlilik arasındaki ilişki araştırmalar sırasında incelenmiş, sürpriz sonuçlara ulaşılmıştır (Çetin, Mutlu, 2010: 67). Araştırma boyunca 30.000 işgörene çalışılmıştır. İşgörenlere emekli aylığı ve sağlık sigortası olanağı sunulmuştur. Ayrıca dinlenme alanları oluşturulmuştur. Tüm bu iyileştirmelere rağmen tahmin edilen aksine işgören verimliliği artmamış aksine düşmüştür. Bu yüzden 1924 yılında işgören tatminsizliğinin ve verimlilikteki düşüşün nedenlerini araştırmak üzere çalışmalar başlatılmıştır (Ramasamy, 2009: 41).

Bu çalışmalar sonucunda işgörenler üzerinde fiziksel ve ekonomik düzenlemelerden çok ikili ilişkilerin, bireyin beklentilerine değer vermenin, grup normlarının ve inançlarının verimlilik üzerinde daha çok etkisinin olduğu ortaya çıkmıştır (Daft, 1997: 49; Atıgan, 2011: 34-36; Ramasamy, 2009: 41-42; Rao, Pande, 2010: 27-28).

Hawthorne araştırmaları insan ilişkilerinin yönetim alanında ele alınmasında bir dönüm noktası oluşturarak 'sosyal insan modeli'nin ortaya çıkmasını sağlamıştır (Çetin, Mutlu, 2010: 69). Hiçbir yönetsel başarının insani ilişkiler dikkate alınmadan sağlanamayacağı konusunda önemli bir katkı sağlamıştır. Sosyal psikoloji ve grup dinamikleri Hawthorne araştırmalarının yardımıyla geliştirilmiştir (Atıgan, 2011: 37; Ramasamy, 2009: 46).

Kurt Lewin'in Çalışmaları

Kurt Lewin çalışmalarını maske yapımı işinde çalışan çocuklar üzerinde gerçekleştirmiştir. Önderlik biçimleri ve bunların grup ilişkileri ve verimliliği üzerindeki etkilerini incelemiştir (Eren, 2011: 35). Otoriter, ekstrem demokratik ve katılımcı olarak ayırdığı üç ayrı önder grup oluşturmuştur (Akdemir, 2012: 252).

Sonuç olarak katılımcılığın, duygusal destek ve yaklaşmanın işgörenler üzerindeki pozitif psikolojik etkisi görülmüş, bu etkiyle verimlilik ve kalitenin yükseleceği tespit edilmiştir (Akdemir, 2012: 252).

Mc Gregor'un X ve Y Varsayımları

Mc Gregor klasik ve neo-klasik yaklaşımların değerlendirmesini yapmak üzere X ve Y teorilerini geliştirmiştir. Bu teoriye göre yöneticilerin bakış açıları ile insanları nasıl algıladıkları arasında doğru orantı vardır (Çetin, Mutlu, 2010: 69).

X teorisinde yönetimi benimseyen yöneticiler hoşgörüsüz, sürekli talimat veren, tek yönlü iletişim kuran, sonuç odaklı kişilerdir (Özer, 2013: 404). Y teorisinde ise insanın kendini kontrol edip yöneterek örgütün amaçlarına katkıda bulunabileceği savunulur. Y tipi yönetici motivasyon sağlar, sıkı kontrolden kaçınarak astlarını geliştirmeyi amaçlar (Çetin, Mutlu, 2010: 69).

Mc Gregor etkili bir yönetim için Y teorisinin uygulanması gerektiğini savunarak, örgütlerde insan ilişkilerinin önemini açıklıkla belirtmiştir. Bu kuramın ortaya atılması ve varsayımların gücü o kadar etkili olmuştur ki bundan sonra ifade edilen her görüş ve düşünce Y teorisinin ilkelerine değinmeden ya da ondan esinlenmeden geliştirilememiştir (Eren, 2011: 42).

Likert Sistem 1-Sistem 4 Modeli

Michigan Üniversitesi akademisyeni olan Rensis Likert insan ve sermaye kaynaklarının uygun yönetimi için örgütsel değişim programları geliştirme konusunda çalışmalarda bulunmuştur. Likert'e göre sermaye kaynaklarında meydana gelebilecek kayıplar, sigortalama, ödünç alma vb. yollarla kapatılabildiği halde; insan kaynaklarında oluşabilecek kayıplar kolayca kapatılamazlar. Örgütlerin en önemli servetleri insan kaynaklarıdır ve bu kaynakları yönetmek en zor ve en önemli görevdir (Eren, 2011: 45).

Bu modele göre bir yöneticinin davranışları sistem 1 (istismarcı demokratik), sistem 2 (yardımsever otokratik), sistem 3 (katılımcı) ve sistem 4 (demokratik) olarak gruplandırılır (Çetin, Mutlu, 2010: 69; Eren, 2011: 45-47).

Likert'e göre örgütlerin yönetim biçimi sistem 4'e ne kadar yakınsa o ölçüde yüksek ve sürekli verim sağlanmaktadır (Eren, 2011: 47).

Chris Argyris Olgun ve Olgun Olmayan Kişi Modeli

Argyris işyerinde yükselme ve serbest yetki kullanma olanağı vererek kişileri güdülemenin örgütsel amaçlara ulaşmada önemli olduğunu ispatlamaya çalışmıştır. Argyris'e göre kişinin sorumluluk alanının artırılması, onu daha olgunlaştırmakta, kendisi ve örgüt için yararlı faaliyetlerde bulunma olanağı tanımaktadır (Eren, 2011: 44).

Bu modelde olgun olmayan kişi pasif, bağımlılık yanlısı iken; olgun kişi aktif, bağımsızlık yanlısıdır ve uzun vadeli bakış açısına sahip olma özelliği taşır. Kişiler bu iki uç arasındadır. Klasik örgüt yapısı olgunlaşmaya engel olan başlıca faktörlerden biridir. Bu nedenle kişiler potansiyelini açığa çıkaramaz ve kendini geliştiremez (Çetin, Mutlu, 2010: 69). Argyris'e göre pek çok sosyal, yönetsel ve psikolojik sorunların temelinde olgun kişiliğin gerektirdiği davranışları gösterememek yatmaktadır (Eren, 2011: 45).

Neo-Klasik Yönetim Yaklaşımının Yönetim Bilimine Getirdiği Katkılar

Neo-klasik yaklaşım iki önemli kavramı ortaya çıkarmıştır. Bunlar insan davranışları ve çalışma grubu içindeki ilişkilerdir. Bunun aksine klasik yaklaşım örgütteki yönetim teknikleri üzerinde durmuştur. Neo-klasik yaklaşımda örgüt amaçlarına gereken değer verilmemiş, sadece insan unsuru değerlendirmeye alınmıştır. Ancak bu yönüyle de modern yönetim yaklaşımına önemli katkıları olmuştur.

Neo-klasik yaklaşımda insan sadece biyolojik bir varlık olarak değil, aynı zamanda psikolojik, sosyal ve fizyolojik bir varlık olarak da ele alınmıştır. Klasik yaklaşımda olduğu gibi işgörenlerin bir makine değil, farklı özellikleri olan bireyler oldukları bu nedenle her bireyi güdüleyen farklı faktörler olduğu belirtilmiştir. İnsanların bu farklı özelliklerinin verimliliği artırmada belirleyici rol oynadığı savunulur (Atıgan, 2011: 32).

Bu yaklaşımın yönetim alanına en önemli katkısı örgüt içinde insanın nasıl davrandığını, neden o şekilde davrandığını ve örgüt ile davranış arasındaki ilişkiyi açıklaması olmuştur (Gürüz, Gürel, 2009: 86). Bunların yanında insanın nasıl davranması gerektiğiyle ilgilenmemiştir (Atıgan, 2011: 33). İnsan davranışlarının bir nedene dayandığı; bazı davranışlarda güçlü tepkiler verirken, bazılarında tepki göstermedikleri ortaya çıkmıştır. Bu nedenle insan davranışlarıyla bu davranışların altında yatan nedenler arasındaki ilişki incelenmiştir (Atıgan, 2011: 32).

İnsanlar ve örgütler arasında karşılıklı etkileşim ve bağımlılık vardır. Bu nedenle örgütler sosyal sistem olarak algılanmalıdır. Örgüt sadece üretim faktörlerini işlemekten geçiren bir sistem değil aynı zamanda insanların oluşturduğu sosyal bir sistemdir. Ayrıca insan diğer üretim faktörlerinden çok daha önemlidir (Atıgan, 2011: 32).

Statüler ve grup normları örgütün çıktısını belirler. Verimlilik ve işgören davranışları informal iş grupları tarafından şekillenir. Bireyleri, informal grupları ve örgütsel süreci iyi anlamak işgörenin etkililiğini artırmada önemli bir faktördür ve işgören, yöneticiler ve iş uygulamaları arasındaki ilişki örgüt yapısını şekillendirir (Bateman, Snell, 2004: 34-36).

Örgütlerde biçimsel ve biçimsel olmayan gruplar bulunur. Örgütlerin sadece biçimsel yapıyla başarılı olmaları mümkün olmadığından biçimsel olmayan yapıyı da ele almaları gerekmektedir. Ayrıca işin gerektirdiği roller iş tanımlarında belirlenenden daha karmaşıktır. Bu nedenle yöneticilerin insan ilişkileri konusunda yetenekli olmaları özel önem arzeder (Atıgan, 2011: 33).

Neo-klasik anlayışa göre işgörenler kendi amaçlarına örgüt amaçları açısından bakmazlar. Bu konuda işgörenleri etkilemek gerekmektedir. Örgütün iletişim kanalları rasyonel ve ekonomik bir biçimde işleyişi sağladığı gibi işgörenlerin duygularını da iletir. Örgütsel başarı için ekip çalışması yapmak önemlidir (Atıgan, 2011: 34).

Bu yaklaşıma göre çatışma, tüm örgüt ve gruplar içinde yer alan doğal bir olaydır. İnsan ilişkileri modelinde, çatışma kaçınılmaz olduğu için kabul edilmesi gerekmektedir. Bu anlayış, çatışmanın varlığını, ortadan kaldırılamayacağını ve bunun örgütün işgücü verimliliğini olumlu yönde etkilediğini açıklamaktadır (Topaloğlu, 2011: 256).

Erkılıç (2007: 57), toplam kalite yönetiminin önemli ilkeleri olan müşteri odaklılık, beklentileri karşılama, süreç yönetimi, kurumsal sosyal sorumluluk ve sürekli işlevsel eğitim ilkelerinin temelini neo-klasik yönetim yaklaşımı felsefesine dayandığını belirtmiştir.

Neo-klasik yaklaşım da klasik yönetim yaklaşımı gibi örgütü kapalı bir sistem olarak ele almış, dış çevre unsurları üzerinde durmamıştır. Örgütün verimliliğinin artmasında insanın en önemli unsur olduğu; verimliliğin artması için gerekli psikolojik, sosyal, fiziksel şartların sağlanması ve grup normlarının da dikkate alınmasının yeterli olduğu düşünülmüştür.

Günümüzün insan kaynakları yönetimi ve örgütsel davranış yaklaşımları neo-klasik dönemde şekillenmeye başlamıştır (Koçel, 2005). İnsanın etkililiğini artırarak örgütün etkililiğini arttırmak, neo-klasik yaklaşımın en önemli amacı olmuştur. Kendisinden önceki klasik yönetim yaklaşımı gibi “en iyi tek yol”un bu olduğunu savunmuştur (Alpaslan, Kutaniş, 2007: 52).

MODERN YÖNETİM YAKLAŞIMI

Klasik ve neo-klasik yönetim yaklaşımlarından sonra bu yaklaşımları birleştirmek amacıyla yeni yönetim yaklaşımı geliştirilmiştir (Akdemir, 2012: 253).

Modern yönetim yaklaşımına göre örgütler çevreden aldıkları girdileri belirli bir dönüşüm sürecinden geçirdikten sonra mal ve hizmet olarak tekrar çevreye sunan açık sistemlerdir (Atıgan, 2011: 38).

Modern yönetim yaklaşımının iki unsuru olan sistemler yaklaşımı ve durumsallık yaklaşımı hem klasik hem de neo-klasik yönetim yaklaşımlarının ileri sürdüğü fikir, görüş ve varsayımları yeni ve farklı bir bakış açısıyla değerlendirmektedir (Bolat vd., 2009: 45).

Sistemler Yaklaşımı

Sistem kavramının felsefi temelleri ile ilgili Aristoteles’in ‘her şeyin her şeye bağlı olduğu’ şeklindeki tanımı bugün sistemi açıklayan en temel anlatımlardan birisi haline gelmiştir. Bu yaklaşıma göre yalın bir sistem kavramından söz etmek mümkün değildir (Çınaroğlu, Avcı, 2013: 84).

Sistem oldukça geniş içerikli bir kavramdır ve pek çok alt sistemi bünyesinde barındırmaktadır. Yönetim sisteminin ana amacı bu alt sistemler arasında uyum sağlamak ve karmaşıklığı en aza indirebilmektir (Çınaroğlu, Avcı, 2013: 97). Örgütler bunu sağlayarak etkililiğini ve verimliliğini artırmak istemektedirler (Bateman, Snell, 2004: 36).

Sistemler yaklaşımının gündeme gelmesi 1950’lerden sonra başlar ve halen birçok yönetim düşünürünün dikkatini çekmektedir. Klasik yaklaşımın katılığından ve kapalılığından kurtulmak için gerek duyulmuştur. Bu yaklaşım örgüte esneklik verirken örgütlerin daha kapsamlı bir biçimde incelenmesini sağlamıştır (Bolat vd., 2009: 45). Yapılan çalışmalarda sistemler yaklaşımının anlaşılmasını sağlayacak iki nokta vurgulanmaktadır. Bunlardan birincisi dinamik ve karmaşık sistemlerin olduğundan söz ederken bir diğeri organik ve mekanik sistemlerin varlığından söz etmektedir. Sistem teorisi içinde madde sistemi, bilgi sistemi, kavramsal sistemler ve diğer türdeki sistemler günümüzdeki problemlerin çözümüne ışık tutacak niteliktedir (Çınaroğlu, Avcı, 2013: 85).

Sistemler yaklaşımına göre örgütler de birer sistemdir. Örgüt (ana sistem) bağımsız ve birbiriyle etkileşim içindeki parçalardan oluşan (alt sistemler) bir organizma olarak görülmüştür (Ramasamy, 2009: 49). Bu sebeple bir bütün olarak algılanıp hem insana hem de teknolojiye önem verilmesi gerektiğini savunur (Akdemir, 2012: 253).

Örgütü açık sistem olarak ele alan sistemler yaklaşımı, örgütün parçalarını saptar ve bu parçaların bağımsız olarak nasıl işletileceğini keşfederken (Ramasamy, 2009: 50) bu parçalar arasındaki sinerjinin üst sistem olan örgütün

amacına ulaşmasını nasıl sağlayacağını da açıklar. Örneğin örgütün üretim bölümündeki bir değişiklik pazarlama, finans, insan kaynakları, muhasebe gibi diğer bölümleri de etkiler. Bu nedenle sistemler yaklaşımı örgütte bir bütün olarak ele alınır (Atıgan, 2011: 106).

Çınaroğlu ve Avcı'nın Johnson vd.'den (1964) aktardığına göre örgütler "müşteriler, rakipler, iş örgütleri, tedarikçiler, hükümet ve diğer kuruluşlardan oluşan bir çevre ile dinamik bir ilişki içinde olan, insan tarafından üretilmiş bir sistemdir" şeklinde tanımlanmıştır. Sistemler yaklaşımında uyumlu, barışçıl ve işbirlikçi bir örgütün bu dinamik çevreden kaynaklanan değişim ve yeniliklere kayıtsız kalacağı düşünüldüğünden çatışmanın desteklenmesi, böylelikle örgütün durağanlıktan kurtarılması gerektiği düşünülmektedir. Dolayısı ile çatışma, değişimin ve yeniliğin öncüsü durumundadır (Topaloğlu, 2011: 259).

Durumsallık Yaklaşımı

Durumsallık yaklaşımı klasik, neo-klasik yaklaşımlarla sistemler yaklaşımının bağımsız olarak ya da bütünleşik halde kullanılmasıdır. Yönetimde her zaman geçerli olabilecek en iyi yol olmadığını savunur. Örgütler üzerinde etkisi olan koşullar ve örgütlerin iç yapısı birbirinden farklı olduğundan (Eren, 2011: 71), bu kapsamda yapılan çalışmalar örgüt büyüklüğünün, teknolojik etkilerin ve çevrenin etkilerinin örgüt yapısına etkisi üzerinde yoğunlaşmıştır. Belirtilen her bir faktörün örgüt yapısıyla önemli bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir (Atıgan, 2011: 110). Bu nedenle her örgütün yönetim ve örgüt biçiminin kendine özgü olması gerekmektedir. Sistemler yaklaşımında olduğu gibi bir genelleme yapmak olanaksızdır. En iyi denebilecek bir yönetim biçimi, örgüt tipi, kurallar ve politikalar yoktur (Eren, 2011: 71).

Durumsallık yaklaşımının ana fikri her durum için geçerli ve en iyi tek bir çözümün olmadığıdır. 1970'ler boyunca J. W. Lorsch ve P. R. Lawrence durumsallık yaklaşımını geliştirmişlerdir. Bu yaklaşımı "Bir alt birimin davranışının onun çevresi ve diğer alt birimlerle ilişkisine bağlı olduğu bir yaklaşımdır" şeklinde tanımlamışlardır. Bu yaklaşıma göre en iyi yol, içinde bulunulan duruma göre değişiklik gösterir (Atıgan, 2011: 110).

Durumsallık yaklaşımı evrensel ve ön kabullere dayalı bir nitelik taşımaz. Örgüt yapısı kabul edilmiş ilkelere göre değil, örgütün içerisinde faaliyet gösterdiği çevrenin durumunun ve değişik boyutlarının gereklerine göre şekillenir. Bu yaklaşımda dikkat edilmesi gereken durumlar dış çevre koşulları, örgüt amaçları, teknoloji, örgütsel yapı, işgörenin sosyo-kültürel yapısı ve yönetsel yaklaşımlardır (Tengilimoğlu, Atilla, Bektaş, 2008: 87; Eren, 2011: 72).

Örgütün iç ve dış çevresine göre ne tür bir yönetim biçimi uygulanacağına karar verilir. Örgütte kitle üretimi yapılıyorsa, çevresel değişim azsa, teknolojik değişim yoğunluğu düşükse, yaratıcılık önemli değilse, klasik yönetim yaklaşımını; birim ya da süreç üretimi varsa ve yaratıcılık önemliyse neo-klasik yönetim yaklaşımını tercih etmek gerekir (Akdemir, 2012: 254).

Durumsallık yaklaşımı sistemler yaklaşımının bir uzantısı gibi davranır. Örgüt çevresi arasındaki ilişkiyi ayrıntılı bir biçimde açıklar. Yönetimin sorumluluğu her bir duruma özgü koşulları belirleyip onunla ilgili en uygun yaklaşımı seçmektir (Can, Azizoğlu, Aydın, 2011: 76). İşletmelerde işgücü verimliliğinin artması ve örgüt performansının gelişmesi, belli bir seviyede çatışmanın da olmasını gerektirir. Bu yaklaşımın önemle üzerinde durduğu nokta; çatışmanın azaltılması kadar, çatışmanın uyarılması gerektiğidir. Örgüt içerisinde yaşanan çatışma düşük düzeyde ise, bu bir şekilde uyarılmalıdır. Böylelikle yapıcı çözümler ve sonuçlar üretecek enerji ortaya çıkacaktır (Topaloğlu, 2011: 258-259).

Durumsallık yaklaşımı yönetsel olayları doğru analiz edip belirlemek için sağduyu ve yetenek gerektirir. Ayrıca yönetimin ilkelerini, tekniklerini ve stillerini bilmek de gereklidir (Ramasamy, 2009: 53).

Modern Yönetim Yaklaşımının Yönetim Bilimine Getirdiği Katkılar

Yönetim biliminin gelişiminde önemli bir hareketlenmenin yaşandığı dönem olan 1950'li ve 1960'lı yıllarda rekabetin hızla artmaya başlaması, örgütleri arz ekonomisinden, müşterinin belirleyici olmaya başladığı talep ekonomisine geçiş ile karşı karşıya getirmiştir. Dikkatler, rekabet edebilirliğin ve dolayısıyla da dışa dönük örgüt yapılarının önemine çevrilmiştir. İşletmeler, farklılaşan pazar taleplerine göre ürünlerini çeşitlendirmek ve tüketici

ihtiyacına göre kişiselleştirmek zorunda kalmışlardır. Böylece, yönetim düşüncesine, sistemler yaklaşımı ve en iyinin duruma göre değiştiğini kabul eden durumsallık yaklaşımı hakim olmaya başlamıştır (Güçlü, 2003: 64-65).

Modern yönetim yaklaşımına göre birey karmaşık olduğu kadar değişebilen bir varlıktır. Örgütün kendi koşulları, çevresel koşullar, kullanılan teknoloji, bireyin sosyo-kültürel özellikleri ve bireyin örgütteki tecrübesi, istek ve ihtiyaçlarının değişmesine yol açmaktadır. Dolayısıyla, insanların motive olabilmesi için ekonomik, sosyal ve daha üst düzeydeki ihtiyaçlarını değişik koşullarda algılayabilen ve değerlendirebilen bir yönetim ya da yöneticiye ihtiyaç vardır. Modern yaklaşımda insanların istek ve ihtiyaçları giderildiği sürece motive oldukları savunulmuştur (Çakal, 2009: 110).

Modern yönetim yaklaşımında insanın olduğu her yerde çatışmanın da olacağı kabul edilmektedir. Hiç çatışma yaşanmayan bir örgütün sağlıklı işlemesi mümkün değildir. Çatışmanın olmayışı örgütlerde durağanlık meydana getireceğinden yeni gelişmelere ayak uydurulamayacaktır. Bu yaklaşım sadece çatışmayı kabul etmekle kalmamış; işbirliği içindeki bir grubun, gelişime karşı duyarsız olacağını belirterek gerektiğinde çatışmanın bilinçli olarak teşvik edilmesini savunmuştur. Çatışmanın örgütlere yaptığı bir başka katkı da öğrenmeyi sağlamasıdır. Herkesin olaylara aynı şekilde baktığı bir ortamda öğrenme gerçekleşemez. Bu yüzden örgüt yöneticileri, değişik fikirleri olan ve kendisi gibi düşünmeyen işgörenleri biraraya getirerek çatışma ortamı oluşturur. Yöneticiler çatışmanın örgütü olumsuz yönde etkileyecek boyuta ulaştığı zamanlarda da azaltılması için gereken çabayı göstermelidirler (Topaloğlu, 2011: 258-259).

Sistemler yaklaşımı karar verme temeline dayanmakta, aynı zamanda iletişim sistemleriyle, belirsizlikle, örgütsel yapıyla ve örgütün büyüme ve gelişme olanaklarıyla karmaşık bir hale gelen sistemin yönetimine vurgu yapmaktadır. Örgütlerin birbirinden bağımsız kişiler, gruplar, davranışlar, motivasyonlar, formel yapılar, etkileşimler, hedefler, statüler ve otoritelerden oluştuğunu varsayarken yöneticilerin bu farklı birimler ve insanlar arasında koordinasyonu sağlaması durumunda örgütsel hedeflere erişilebileceği üzerinde durmaktadır (Çınaroğlu, Avcı, 2013: 86).

Sistemler yaklaşımı karmaşık örgüt işlevlerini araştırmaya yardım ederken aynı zamanda planlama, örgütlenme, yöneltme ve kontrol gibi işlevler arasındaki karşılıklı ilişkiyi de incelemektedir. Örgüt ve çevre arasındaki bağlılık yanında örgütün farklı öğeleri ile örgüt arasındaki bağlılığı da vurgulamaktadır. Bir problem analiz edilirken diğer problemlerle ilişkisi incelenir. Sistemler yaklaşımı bir örgütteki karmaşık insan davranışları ile ilgili ipuçları vermektedir (Ramasamy, 2009: 52).

Sistemler yaklaşımı herhangi bir teori oluşturmak yerine kavramsal boyutta örgütü ve örgütün iç ve dış çevresini incelemiştir. Bu yaklaşımın üç özelliğinden söz edilebilir (Can, 2007: 20):

- Analitik-kavramsal temele dayanması,
- Deneysel (ampirik) oluşu,
- Bütünleştirici niteliği.

İç ve dış çevre koşulları örgütler için fırsatlar ve tehlikeler oluşturabilir. Örgütler kendi iç çevrelerini iyi analiz ederken üstün ve zayıf yönlerini belirlemelidir. Üstün yanlarını sürdürürken zayıf yanlarını da geliştirmelidir. Böylece dış çevreden kaynaklanacak tehlikelere karşı önlem almış ayrıca dış çevrenin sunacağı fırsatlardan yararlanacak duruma gelmiş olur (Atıgan, 2011: 109).

Örgütler dış çevreden teknoloji, işgücü, hammadde, malzeme sağlayan sistemlerdir. Aldıkları girdileri işleyerek çıktı olarak tekrar çevreye sunarlar. Bu nedenle dış çevredeki değişikliklerin izlenerek, örgüt içinde gerekli düzeltmelerin yapılması gerekmektedir (Akdemir, 2012: 254).

Sistemler yaklaşımının tüm yönetim yaklaşımlarını birleştirmek amacıyla geliştirilmesine rağmen bunu sağlayamaması ve yöneticiler için pratik sorunların çözümüne yönelik herhangi bir araç ve teknik de ortaya koyamaması ek bir yaklaşımın ortaya çıkmasına neden olmuştur. Araştırmacılar ve yönetim uzmanları sistemler yaklaşımındaki bu kısıtlılıklar nedeniyle durumsallık yaklaşımını geliştirmişlerdir (Ramasamy, 2009: 52; Can, 2007: 23).

Durumsallık yaklaşımının en önemli özelliği her zaman her yerde geçerli en iyi tek bir yönetim biçiminin olmadığını savunmasıdır. Her örgütün kendine özel koşullarına göre yönetim biçimi değişiklik gösterebilmektedir.

Aşağıda sistemler yaklaşımıyla durumsallık yaklaşımının özellikleri sıralanmıştır (Ramasamy, 2009: 54):

Sistemler yaklaşımı:

- Sistemler yaklaşımına katkı verenler sosyal psikologlardır.
- Sistemler yaklaşımı iyi işleyen belirli bir örgütün durumunu ortaya koyar.
- Örgütleri anlamak için küresel teorik bir model belirler.
- Sistemler yaklaşımı belirsizdir.
- Ana konuları girdi, süreç, çıktı, açık sistem, sistem sınırları, sinerji, dinamik denge (dynamic equilibrium), entropi ve çok boyutluluktur.
- Sistemlerin ve alt sistemlerin birbirleriyle ilişkisine ve etkileşimine vurgu yapar.
- Klasik ilkelerin genelliğiyle ilgili tarafsız görünür.
- Belirli bir örgütün problemlerini çözmek için kesin öneriler sunar.
- Örgütün iç ve dış çevresine odaklanır.

Durumsallık Yaklaşımı:

- Durumsallık yaklaşımına katkı verenler sosyologlardır.
- Durumsallık yaklaşımı sistemler yaklaşımı temellerine dayanır.
- Yönetimsel eylemler durumsaldır ve hiçbir durum önceden tam olarak tahmin edilemez.
- Problemleri analiz etmek ve çözmek için işlemsel araçlar ve teknikler belirler.
- Durumsallık yaklaşımı pragmatik, spesifik ve eylem odaklıdır.
- Belirli bir kavramı yoktur.
- Örgütsel dizayn ve yönetimsel stillerin birbiriyle ilişkisine ve birbirlerine bağlılığına vurgu yapar.
- İlkelerin genelliğini reddeder. Yönetimde en iyi yol yoktur.
- Problemlere uygun ve esnek öneriler sunar.
- Örgütün iç ve dış çevresine odaklanır.

Durumsallık yaklaşımı örgütün yapısını, süreçlerini ve stratejilerini önemli derecede etkilemektedir. Yönetici örgütün içinde bulunduğu durumu kategorize eder ve uygun örgüt yapısını, yönetim sürecini ya da uygun rekabet stratejilerini belirler (Bateman, Snell, 2004: 37).

Durumsallık yaklaşımı kendisinden önceki yaklaşımlardan hiç birini reddetmeksizin her birinin uygulanabileceği yer ve koşulların varlığından bahsetmektedir. Durumsallık yaklaşımında uygun yönetim biçimi belirlenirken iç ve dış analize önem verilmiş ve uygun yönetim biçimi kararı alınmıştır. Örgüt bağımlı değişken olarak görülerek reaktif olarak tanımlanmıştır. Çevresel etkenler de bağımsız değişken olarak kabul edilmiştir. Bu bağlamda örgüt hiçbir zaman bağımsız karar alıcı olarak görülemez. Çevresel değişimlere göre karar alınması söz konusudur (Alpaslan, Kutaniş, 2007: 53). Yönetimin rolü bu çevresel değişimlerle örgütün alt sistemleri arasındaki uyumu maksimum düzeye getirmektir (Gürüz, Gürel, 2009: 100).

Durumsallık yaklaşımıyla ilgilenen teorisyenler sistemler yaklaşımının ana ilkelerini kabul ederler. Yöneticilerin durumların gerektirdiği şekilde hareket etmelerinin önemine dikkat çekerler. Böylece yöneticiler en yüksek becerilerle durumları analiz edebileceklerdir (Ramasamy, 2010: 54).

Durumsallık yaklaşımı bir örgütte yöneticinin rolünü ve performansını açığa çıkarır. Çevresel faktörler ışığında yönetimsel seçimleri teşvik eder. Değişen durumların gerektirdiği ihtiyaçlara göre yöneticileri harekete geçirir ve uygulamada yeni ve daha iyi yaklaşımlar geliştirmeleri için yöneticileri özendirir (Ramasamy, 2009: 53).

Bu yaklaşım yönetsel işlevlerin ve ilkelerin yararlı olduğunu savunur fakat spesifik durumlara göre davranmak için dikkat ve sağduyu gerektiğini de vurgular. Durumsallık yaklaşımı bir teoriye dayanmaz. Bir yönetici bir eyleme karar vermeden önce alternatif tüm durumları gözden geçirmelidir (Ramasamy, 2009: 53).

SONUÇ

20. yüzyılın başından itibaren yönetim bilimine ciddi katkılar sunan yönetim yaklaşımları süreç içinde yenilenecek günümüze kadar ulaşmıştır. Yönetim biliminin şekillenmesini sağlayan bu yaklaşımlar, uygulamadaki ihtiyaçlara yanıt verebilmek için yapılan araştırmalarla ortaya çıkmıştır.

Klasik dönemde verimlilikte önemli iyileşmelerin sağlanması için işin etkili bir biçimde yapılandırılması ve yönetici rolünün açık olarak tanımlanması üzerinde odaklanılmıştır. İşgören ve yöneticilerin görev tanımları ilk olarak bu dönemde yapılmıştır. Taylor işin yapılış biçimiyle ilgili temel nitelikleri ortaya koyarken, Fayol yönetim sürecini fonksiyonlarına ve işleyişine göre inceleyen yaklaşımı ilk kez ortaya koyan kişi olmuştur. Yönetim sürecini bütün evreleriyle inceleyerek kapsayıcı bir yaklaşım sergilemiştir.

Weber ise akılcı, güçlü ve amaçlara ulaştıracak sağlam bir örgüt yapısının kurulmasını hedeflemiştir. Örgüt politikalarının, kuralların ve düzenlemelerin çerçeveleri çok iyi çizilmiştir. Kişisel arzu, hırs ve ihtiyaçlardan arınmış objektif ve akılcı bir yönetim sistemi kurulmuştur (Eren, 2011: 29). Weber'in bürokrasi yaklaşımında uzmanlaşmaya özel bir önem verilirken kırtasiyecilik de oldukça fazladır.

Klasik ve neo-klasik yönetim yaklaşımlarında örgütler kapalı sistemler olarak değerlendirilip çevre koşulları dikkate alınmamıştır. Dış çevreden kaynaklanan ekonomik, hukuki, teknolojik vb. faktörlerin örgüt üzerindeki etkisi her ne kadar fark edilmiş olsa da yeterince dikkate alınmamıştır. Modern yaklaşımda ise çevre unsuru ana unsur olarak görülmektedir. İç ve dış çevre koşulları, açık sistemler olarak değerlendirilen örgütler için fırsatlar ve tehditler oluşturmaktadır. Dış çevredeki değişikliklerin izlenerek örgüt içinde gerekli iyileştirmelerin yapılması ve örgütün üstün yanlarının korunması gerekmektedir.

Günümüzün insan kaynakları yönetimi ve örgütsel davranış yaklaşımlarının şekillenmeye başladığı neo-klasik dönemde iki önemli kavram ortaya çıkmıştır. Bunlar insan davranışları ve çalışma grubu içindeki ilişkilerdir. Bunun aksine klasik yaklaşım tüm örgütü veya iş analizlerini ele almıştır. Neo-klasik yaklaşımda örgüt amaçlarına gereken değer verilmemiş, sadece insan unsuru değerlendirmeye alınmıştır. Ancak bu yönüyle de modern yönetim yaklaşımına önemli katkıları olmuştur. Bu dönemde insanın etkililiğini arttırarak örgütün etkililiğini arttırmak, en önemli amaç haline gelmiştir. Kendisinden önceki klasik yönetim yaklaşımı gibi 'en iyi tek yol'un bu olduğu savunulmuştur.

Neo-klasik yaklaşımda insan sadece biyolojik bir varlık olarak değil, aynı zamanda psikolojik, sosyal ve fizyolojik bir varlık olarak da ele alınmıştır. Klasik yaklaşımda olduğu gibi işgörenlerin bir makine değil, farklı özellikleri olan bireyler oldukları bu nedenle her bireyi güdüleyen farklı faktörler olduğu belirtilmiştir. İnsanların bu farklı özelliklerinin verimliliği arttırmada belirleyici rol oynadığı savunulur (Atıgan, 2011: 32).

Sistemler yaklaşımı, klasik ve neo-klasik yönetim yaklaşımlarındaki gibi belirli bir teori oluşturmak yerine örgütü ve iç-dış çevresini kavramsal boyutta ortaya koymuştur. Örgütle ilişkili tüm iç ve dış çevre unsurlarını açıklarken klasik ve neo-klasik yaklaşımları iç çevre unsuru olarak ele almış, bütünleştirici bir niteliğe sahip olmuştur.

Örgütlerin etkililik ve verimlilik arayışları sürerken her zaman 'en iyi tek yol' bulma düşünceleri durumsallık yaklaşımıyla güncelliğini yitirmiştir. Çünkü durumsallık yaklaşımı -değişen çevre koşullarıyla birlikte- her zaman geçerli olabilecek 'en iyi yol' olmadığını savunmaktadır. Dikkatli ve sağduyulu bir yönetici bir eyleme karar vermeden önce alternatif tüm durumları gözden geçirmelidir.

Örgütlerdeki etkililiğin ve verimliliğin artırılmasını sağlamak üzere geliştirilen yönetsel öneriler, müşteri ihtiyaç ve beklentilerinin önemli hale geldiği, örgütlerin farklılaşan pazar taleplerine göre ürünlerini çeşitlendirmek ve tüketici ihtiyacına göre kişiselleştirmek zorunda kaldığı bir noktaya doğru gelişme göstermiştir (Güçlü, 2003: 64-65).

Yönetim yaklaşımlarının örgütlerdeki çatışma ortamına bakış açıları da zaman içerisinde gelişme gösteren konulardan biridir. Klasik yönetim yaklaşımında örgütlerde görülen bütün çatışmaların yıkıcı olduğu ve yönetimin bir görevinin de örgütü bu çatışmalardan kurtarmak olduğu anlayışı hakimken; neo-klasik yaklaşımda çatışma, tüm örgüt ve gruplar içinde yer alan doğal ve kaçınılmaz bir olay olarak kabul edilmiştir. Neo-klasik yaklaşım,

çatışmanın varlığını, ortadan kaldıramayacağını ve bunun örgütün işgücü verimliliğini olumlu yönde etkilediğini açıklamaktadır. Modern yaklaşım ise sadece çatışmayı kabul etmekle kalmamış; işbirliği içindeki bir grubun, gelişime karşı duyarsız olacağını belirterek gerektiğinde çatışmanın bilinçli olarak teşvik edilmesini savunmuştur (Topaloğlu, 2011: 254-259).

Meydana gelen gelişmelerle yönetim yaklaşımları buldukları çağın ihtiyaçlarına yönelik çözüm önerileri sunmuşlardır. Bu yaklaşımlar sürekli gelişme gösterirken kendinden önceki yaklaşımları tamamen yok saymamış, tersine eksiklikleri gidererek yeni bir bakış açısı ortaya koymaya çalışmıştır. Durumsallık yaklaşımında klasik, neo-klasik yönetim yaklaşımlarıyla sistem yaklaşımının bağımsız olarak ya da bütünlük halinde kullanılması bu duruma en güzel örnektir.

Klasik, neo-klasik ve modern yönetim yaklaşımlarının tümü yönetim alanında buldukları çağın ihtiyaçlarına yanıt vermeye çalışmıştır. Bu ihtiyaçlar verimliliği artırma arayışlarından, içinde bulunulan koşullara göre değişik kararlar alabilmeye kadar çok farklı şekillerde olabilmektedir. İhtiyaçlara çözüm yolları ararken çok çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmaların sonucunda yönetim biliminin yapı taşları olarak kabul edilebilecek çeşitli yol ve yöntemler geliştirilmiştir.

KAYNAKÇA

1. Akdemir, A. (2012). İşletmeciliğin Temel Bilgileri. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım, İçeriği Yenilenmiş, Güncellenmiş ve İzdüşümlerle Pekiştirilmiş 2. Baskı.
2. Alpaslan, S., Kutaniş, R. Ö. (2007). Sanayi ve Bilgi Toplumu Yönetim Metaforlarının Karşılaştırılması Akademik İncelemeler Dergisi, 2 (2), 50-71.
3. Atıgan, F. (2011). Yönetim ve Organizasyon. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım Tic. Ltd. Şti., Ocak 2011.
4. Bateman, T. S., Snell: A. (2004). Management- The New Competitive Landscape. New York: McGraw-Hill Irwin, Sixth Edition.
5. Bolat, T., Bolat, O. İ., Seymen, A., Erdem, B. (2009). Yönetim ve Organizasyon. Ankara: Detay Yayıncılık, 2. Baskı.
6. Can, H. (2007). Yönetim ve Organizasyon içinde Yönetim Bilimi ve Tarihçesi. Ed: Salih Güney, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, Genişletilmiş ve Gözden Geçirilmiş 2. Baskı.
7. Can, H., Azizoglu, Ö. A., Aydın, E. M. (2011). Organizasyon ve Yönetim. Ankara: Siyasal Kitabevi, 8. Baskı, Ekim 2011.
8. Certo: C. (2003). Modern Management-Adding Digital Focus. New Jersey: Prentice Hall, Ninth Edition.
9. Çakal, Ö. (2009). Özel ve Kamu Hastane İşletmelerinde Görev Yapan Yöneticilerin Motivasyon Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Edirne.
10. Çetin, C., Mutlu, E. C. (2010). Temel İşletmeciliğe Giriş. İstanbul: Beta Basım A.Ş., 2. Baskı, Kasım 2010.
11. Çınaroğlu S., Avcı, K. (2013). Yönetim Biliminde Sistem Yaklaşımı ve Sağlık Alanı Özelinde Bir Değerlendirme. Çukurova Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, Aralık 2013, 17(1), 83-101.
12. Daft, R. L. (1997). Management. Orlanda, USA: The Dryden Press, Fourth Edition.
13. Eren, E. (2011). Yönetim ve Organizasyon (Çağdaş ve Küresel Yaklaşımlar). İstanbul: Beta Basım A.Ş., 10. Basım, Ağustos 2011.
14. Erkiş, T. A. (2007). Toplam Kalite Yönetimi İkelininin Yönetim Yaklaşımları Bağlamında Tartışılması, GAU J. Soc. & Appl. Sci., 2(4), 50-62.
15. Güçlü, N. (2003). Stratejik Yönetim. G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 23, 2, 61-85.

16. Gürüz, D., Gürel, E. (2009). Yönetim ve Organizasyon-Bireyden Örgüte, Fikirden Eyleme. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2. Baskı.
17. Koçel, T. (2014). İşletme Yöneticiliği. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., Genişletilmiş 15. Baskı, Temmuz 2014.
18. Özer, M. A. (2013). 21. Yüzyılın Modern Yönetimi için Geleceğe Yön Veren Yönetim Teorileri. Ed. Mehmet Akif Özer, Ankara: Gazi Kitabevi Tic. Ltd. Şti., Ocak 2013.
19. Patel, V. N. (2007). Concepts and Issues in Management. India: Oxford Book Company, Jaipur.
20. Ramasamy, T. (2009). Principles of Management, Mumbai: Himalaya Publishing House.
21. Rao, P. S., Pande, H. S. (2010). Principles and Practice of Management. Mumbai: Himalaya Publishing House.
22. Saruhan: C., Yıldız, M. L. (2009). Çağdaş Yönetim Bilimi. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., Aralık 2009.
23. Şengül, R. (2007). Henri Fayol'un Yönetim Düşüncesi Üzerine Notlar. Yönetim ve Ekonomi Dergisi, Celal Bayar Üniversitesi, İ.İ.B.F., 14(2), 257-273.
24. Taylor, F. W. (1917). The Principles of Scientific Management. New York: Harper Brothers Publishers. 25 Mart 2015 tarihinde <https://www.questia.com/read/7293838/the-principles-of-scientific-management> adresinden alınmıştır.
25. Tengilimoğlu, D., Atilla, A., Bektaş, M. (2008). İşletme Yönetimi. Ankara: Seçkin Yayıncılık San. Tic. A.Ş.
26. Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. (2012). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti., Geliştirilmiş 4. Basım, Mart 2012.
27. Topaloğlu, C. (2011). Yönetim Kuramları ve Örgüt İçi Çatışmalar. Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi, 6(1), 249-265.

TIBBİ CİHAZ ÜRETİCİ FİRMALARI TARAFINDAN ISO 13485 KALİTE YÖNETİM SİSTEMİNİN UYGULANMASININ AVANTAJLARI

ADVANTAGES OF IMPLEMENTATION OF ISO 13485 QUALITY MANAGEMENT SYSTEM BY MEDICAL DEVICE MANUFACTURERS

Doç. Dr. E. Asuman ATILLA,

Gazi Üniversitesi,

asumanatilla@gmail.com

Şenay ŞAT,

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu,

senaysat@gmail.com

ÖZET

Tıbbi cihazlar, günümüzde sağlık hizmetlerinin sunumunun vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir. Gerek hizmet sunumunda kalitenin artırılması, gerekse de müşterilerin beklentilerinin karşılanması anlamında aktif bir rol oynayan tıbbi cihazlar, sağlık kuruluşlarının rekabet avantajı elde etmesini de sağlamaktadır. Önemi gün geçtikçe artan bu konuyla ilgili geliştirilen çalışmanın temel amacı; ISO (International Standards Organization) 13485 tabanlı kalite yönetim sistemi uygulamayan üreticilerin, ISO 13485 kalite yönetim sistemi uygulayan üreticilere göre ürün gerçekleştirmede karşılaştığı temel sorunlarını ve ISO 13485 standardının avantajlarını ortaya koymaktır. Çalışmada, bir onaylanmış kuruluş tarafından, aynı ürün için CE (Conformite European) belgelendirme süreci işletilmiş, iki üretici firma ele alınmıştır. Karşılıklı görüşme, bilimsel araştırma tekniği ile bilgiler elde edilmiş olup, konu ile ilgili onaylanmış kuruluşça kaydı tutulan belgelerden yararlanılmıştır. Araştırma sonucunda, ISO 13485 standardı gerekliliklerini yerine getiren firmanın, diğer firmaya göre üretim ve kalite yönetim sistemi anlamında daha etkin, verimli ve standardize edilmiş üretim süreçlerine sahip olduğu görülmüştür.

Anahtar kelimeler: ISO 13485, Kalite, Tıbbi Cihaz

ABSTRACT

Medical devices have become an essential part of healthcare system in nowadays. Medical devices that play an active role both in increasing quality in service provision and in supplying customer expectation, provide healthcare organizations gain competitive advantage. Main objective of this study on this issue which has rising importance day by day, is demonstrating advantages and encountered base problems of manufacturers that does not apply versus apply ISO 13485 based quality management system on their products. In the study, two producers with a CE (European Conformity) certification process for the same product were certificated by a notified body. The information was obtained from interview as scientific research technique and documents that is related to this subject, were used. As a result of the research, it has been found that the company which fulfills the requirements of ISO 13485 has more effective, efficient and standardized production processes in terms of production and quality management system.

Keywords: ISO 13485, Quality, Medical Device

1. GİRİŞ

Günümüzde tıbbi cihazlar artık sağlık hizmetlerinin her alanında kullanılmakta ve her geçen gün de teknolojiye meydana gelen gelişmelerle yenilenmektedir. Ortalama yaşam sürelerinin artması ve buna paralel olarak da bireylerin beklentilerinin artması, tıbbi cihazların daha aktif bir şekilde kullanımını zorunlu hale getirmiştir. Özellikle bilinçli tüketicilerin önem verdiği bir konu olan tıbbi cihazlar, günümüzde sağlık kuruluşlarının tercih edilme sebepleri arasına girmiştir.

Tıbbi cihaz kavramı, 7.06.2011 tarihli ve 27957 sayılı Tıbbi Cihaz Yönetmeliğine göre;

"Tıbbi cihaz: İnsanda kullanıldıklarında aslı fonksiyonunu farmakolojik, immünolojik veya metabolik etkiler ile sağlamayan fakat fonksiyonunu yerine getirirken bu etkiler tarafından desteklenebilen ve insan üzerinde;

1. Hastalığın tanısı, önlenmesi, izlenmesi, tedavisi veya hafifletilmesi ya da
2. Yaralanma veya sakatlığın tanısı, izlenmesi, tedavisi, hafifletilmesi veya mağduriyetin giderilmesi ya da
3. Anatomik veya fizyolojik bir işlevin araştırılması, değiştirilmesi veya yerine başka bir şey konulması veyahut
4. Doğum kontrolü amacıyla kullanılmak üzere imal edilmiş, tek başına veya birlikte kullanılabilen, imalatçısı tarafından özellikle tanı ve/veya tedavi amaçlı kullanılmak üzere imal edilmiş ve tıbbi cihazın amaçlanan işlevini yerine getirebilmesi için gerekli olan yazılımlar da dahil, her türlü araç, alet, teçhizat, yazılım, aksesuar veya diğer malzemeleri ifade etmektedir." şeklinde tanımlanmaktadır (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/06/20110607-1.htm>).

Mevzuat, yasal olarak cihazların sahip olmaları gerekli olan asgari ölçütleri ve denetim koşullarını belirtmektedir. Bu ölçütlerin içerisinde standartlar detaylı olarak vurgulanmamaktadır, ancak ürünlerin uygunluğu standartlarla belirlenmektedir. Standartlar, ürünlerden beklenen teknik hususları içerirler. Bu teknik hususlar özellikle tıbbi ürünlerde sağlanması gereken önemli niteliklerdir. Gerek dünya çapında, gerekse ülkeler bazında çeşitli standartlar mevcuttur. Tıbbi cihazların sağlanması gereken ve yönetmeliklerdeki hususlara uygun olarak piyasaya çıkabilmeleri için bir takım standartlara uygun olması ve üretim, dağıtım ve depolama gibi hususların da standartlara uygun olarak yerine getirilmesi gerekmektedir. Firmaların bu standartlara uygun çalışabilmeleri için de çeşitli kalite güvence sistemi belgelerini edinmeleri, çalışmalarını ve üretimleri, ürettikleri cihazların kontrolü gibi hususları daha iyi gerçekleştirebilecekleri konusunda bir garanti sağlamaktadır (Aksoy, 2006).

Günümüz rekabet koşulları ve müşterilerin daha yüksek kalite beklentileri, ülkeleri kalite konularına yönlendirerek, bunları tanımlayan standart ve kılavuzları geliştirmeye sevk etmiştir. Bunun sonucunda Uluslararası Standart Örgütü (International Standards Organization = ISO) 1987 yılında kalite standartlarını geliştirmiştir (Duran, Çetindere, 2012: 97). Ülkemizde "ISO 13485 Tıbbi Cihazlar, Kalite Güvence Sistemleri, Mevzuat Amaçları Bakımından Şartlar" akreditasyonu Sağlık Bakanlığı tarafından 12 Mart 2015 tarihli 29293 sayılı Tıbbi Cihazlar Alanında Faaliyet Gösterecek Onaylanmış Kuruluşlara Dair Tebliğ isimli tebliğ ile Türkiye'de yerleşik bulunan tıbbi cihaz alanında faaliyet gösteren onaylanmış kuruluşlar için zorunlu tutularak tıbbi cihaz alanındaki ürün belgelendirme faaliyetlerinin daha etkin bir şekilde yürütülmesi amaçlanmaktadır. Avrupa Birliği üye ülkelerinde geçerli olan uygulama ise; 2013 yılında yayımlanan regülasyon gereği ISO 13485 akreditasyonu zorunlu kılınmamış olup, onaylanmış kuruluşların tercihine bırakılmıştır. Bu uygulama gösteriyor ki; ülkemizde tıbbi cihaz alanında kalite yönetim sistemi ve ilgili standartlara karşı oldukça hassas bir bakış açısı bulunmaktadır. Ve ilerleyen yıllarda tıbbi cihaz alanında faaliyet gösteren tüm ticari kuruluşların kalite yönetim sistemi açısından ilerleme kaydetmesi amaçlanmıştır.

Ancak mevzuat açısından tıbbi cihaz üreticileri için 13485 tabanlı üretim zorunlu tutulmamış ve üreticinin isteğine bırakılmıştır. Yeterli düzeyde kalite yönetim sistemine önem veren kuruluşlar ISO 13485 gerekliliklerini yerine getirerek sertifikasyonu tamamlayıp, üretim faaliyetlerini yürütmektedirler. Türkiye'de Türk Standartlarını kabul etmek ve yayımlamaktan sorumlu olan tek kuruluş ise Türk Standartları Enstitüsü'dür.

Makalede, ISO 13485 tabanlı kalite yönetim sistemi uygulamayan üreticilerin, ISO 13485 kalite yönetim sistemi uygulayan üreticilere göre ürün gerçekleştirmede karşılaştığı temel sorunlar ve ISO 13485 standardının avantajlarından bahsedilmektedir. Çalışmada, bir onaylanmış kuruluş tarafından aynı ürün için CE belgelendirme süreci işletilmiş iki üretici firma ele alınmıştır.

2. TIBBİ CİHAZLARA YÖNELİK KALİTE YÖNETİM SİSTEMLERİ

Çalışmanın bu kısmında, tıbbi cihazlara yönelik kalite yönetim sistemleri; TS EN ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi ve TS EN ISO 13485 Kalite Yönetim Sistemi olmak üzere iki başlık halinde incelendikten sonra, iki kalite yönetim sistemi arasında karşılaştırma yapılacaktır.

2.1. TS EN ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi

Son dönemlerde tüketicilerin kaliteye daha çok önem vermesi, beklentilerinin artması, işletmelerin tercih edilmeleri açısından rekabet avantajı elde etmede kalitenin stratejik bir rol üstlendiğini söylemek mümkündür. İşte bu açıdan ISO 9001 bir kuruluşun müşterilerinin beklentilerini ve yasal şartları karşılayarak, müşteri tatminini arttırmak için kullanabileceği bir kalite yönetim sistemi için şartları belirler. Böylece bu standart, aynı zamanda, bir kuruluşun müşteri ihtiyaçlarını, yasal şartları ve kendi ihtiyaçlarını karşılamadaki yeteneğini değerlendirmede, kuruluşun kendisi, belgelendirme kuruluşları ve diğer kuruluşlar tarafından da kullanılabilir ve serideki tek belgelendirme standardıdır (<http://www.moment-expo.com/kuresel-ticarette-standartlarin-savasi>). Ayrıca ISO 9001 standardında, Toplam Kalite Yönetiminin özü olan sürekli iyileştirmeye odaklanan süreç yönetimi ve müşteri tatminine önem veren bir anlayış hakimdir (İlkay, Varinli, 2006: 3).

2.2. TS EN ISO 13485 Kalite Yönetim Sistemi

ISO 13485 Tıbbi Cihazlara yönelik yazılmış özel bir standart olmasına rağmen ISO 9001'in altyapısına uygun olarak düzenlenmiştir. Ancak bazı özel konularda ISO 9001 standardından farklılaşmaktadır. Aynen ISO 9001 'de olduğu gibi bu yeni yönetim sistemi, klasik kalite kontrol anlayışından süreç/proses bazlı bir yaklaşıma geçiş yaparken; kuruluşun ana amaçları ile verimlilik arasında doğrudan bağlantı kurmayı öngörmektedir (<http://brckalite.com/Belgelendirme-tr/ISO-13485-Tibbi-Cihazlar-icin-Kalite-Yonetim-Sistemi> 183.aspx). Bilinen "Planla, Uygula, Kontrol et, Önlem al" döngüsü kullanılarak, yasal gerekliliklere uyum, mevcut durumun etkinliğinin sürdürülmesi, süreç yaklaşımı konuları ön plana çıkarılmaktadır (<https://kargen.net/iso-13485/>).

Bu standart; ISO 9001 Standardının proses modeli üzerine kurulmuştur. Ancak; kurallara uyum, risk yönetimi (TS EN ISO 14971), validasyon ve eğer uygulanıyorsa sterilizasyon prosesinin validasyonu, stabilite çalışmaları, klinik ve biyolojik değerlendirmelere ait uygulamalar gibi ek kurallar gerektirmektedir. TS EN ISO 13485; ISO 14001 veya OH-SAS 18001 gibi yönetim sistemleri ile de uyumludur (<https://www.tse.org.tr/tr/icerikdetay/3438/69/ts-en-iso-13485-tibbi-cihazlar-yonetim-siste-mi.aspx>).

Standartın tam adı: "Tıbbi Cihazlar, Kalite Güvence Sistemleri, Mevzuat Amaçları Bakımından Şartlar'dır. Bu standart ISO 9001'den daha kapsamlı ve özel kalite sistem şartlarını kapsar. Temel olarak ISO 9001 standardıyla benzer olmakla birlikte, medikal ürünlere özgü ve diğer bazı dokümanların ve kayıtların hazırlanmasını ve tutulmasını talep etmektedir.

2.3. ISO 9001 İLE ISO 13485 Arasındaki Farklar

ISO 13485 standardının giriş bölümünde, bu standardın içeriği şu şekilde tanımlanmaktadır (Türk Standartları Enstitüsü, TS EN ISO 13485, 2004):

“Bu standart, bir kuruluş tarafından tıbbi cihazların tasarım ve geliştirme, üretim, tesis ve hizmeti ile ilgili hizmetlerin tasarım, geliştirme ve sağlanması için kullanılabilir bir kalite yönetim sisteminin şartlarını belirler.”

Ayrıca bu standart, kuruluşun müşteri ve mevzuat şartlarını karşılama kabiliyetini değerlendiren belgelendirme kuruluşları da dahil, iç ve dış kuruluşlar tarafından kullanılabilir.” Yine aynı standartta, standardın kapsamı şu şekilde ifade edilmektedir:

“Bu standart, tıbbi cihazlar sağlama ve tutarlı olarak müşteri ihtiyaçlarını ve tıbbi cihazlar ile ilgili hizmetlere uygulanabilir mevzuat şartlarını karşılama kabiliyetini kanıtlanması gereken bir kuruluş için kalite yönetim sistemi şartlarını kapsar.”

Bu standardın temel amacı kalite yönetim sistemleri için uyumlaştırılmış tıbbi cihaz mevzuatı şartlarını kolaylaştırmaktır. Sonuç olarak bazı tıbbi cihazlar için özel şartları içerir ve ISO 9001’in mevzuat şartı olarak uygun olmayan bazı şartları da hariç tutar. Bu istisnalar sebebiyle, kalite yönetim sistemleri bu standarda uygun olan kuruluşların kalite yönetim sistemleri ISO 9001’in bütün şartları ile uyumlu değilse, kuruluşlar ISO 9001’e uygunluk iddiasında bulunamazlar.”

- ISO 13485’te “Mevzuat şartlarına uyum” ön plana çıkmaktadır. İlgili standart maddeleri ve mevzuat şartlarıyla ilgili gereksinimler Tablo 1’de verilmiştir (Mengi, 2005: 54).

Tablo 1. ISO 13485’te Mevzuat Şartlarına Uyumu Gösteren Maddeler

No	Standart Maddesi	Mevzuat Gereksinimleri
1.	5.5.2.	ISO 9001’de Yönetim temsilcisi “müşteri şartlarının bilincinde olunmasının yaygınlaştırılmasını sağlamak” ile sorumlu iken 13485’te “mevzuat ve müşteri şartlarının bilincinde olunmasının yaygınlaştırılmasını sağlamaktan” sorumludur.
2.	6.5.2.	1345’te diğer YGG girdilerine ilaveten “yeni veya değişen mevzuat şartları” konusu da bir girdi olarak ele alınmalıdır.
3.	6.1.	ISO 9001’de “Müşteri memnuniyetini arttırmak için” gerekli kaynakların belirlenmesi ve sağlanması istenirken, ISO 13485’te “Mevzuat ve Müşteri Şartlarını karşılamak için” gerekli kaynakların belirlenmesi ve sağlanması istenmektedir.

- ISO 13485 standardında, ISO 9001 standardında kullanılan “Sürekli iyileştirilmesi” ifadesinin yerine, “etkinliğinin sürdürülmesi” ifadesi kullanılır. Çünkü ISO 13485 standardına göre sistem kurulumunda yasal gereksinimlerin tümünün tam olarak karşılanması gerektiği için sistemin etkin olarak kurulup bunun sürekli iyileştirilmesi değil etkinliğinin sürdürülmesi istenmektedir. Tablo 2.’de ISO 13485 standardında etkinliğin sürdürülmesiyle ilgili belirtilen maddeler verilmiştir (Mengi, 2005: 55).

Tablo 2. ISO 13485’te Etkinliğin Sürdürülmesini Gösteren Maddeler

No	Standart Maddesi	Mevzuat Gereksinimleri
1.	4.1	ISO 9001 standardında KYS’nin “sürekliliğinin sağlanması ve etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi” istenirken, ISO 13485’te KYS’nin “muhafaza edilmesi ve etkinliğinin sürdürülmesi” istenmektedir.
2.	5.3.	KYS’nin sürekli iyileştirilmesi taahhüdü yerine KYS’nin etkinliğinin sürdürülmesi taahhüdü vardır.
3.	6.1.	ISO 9001’de “KYS’i uygulama, sürdürme ve etkinliğini sürekli iyileştirmeden” bahsedilirken ISO 13485’te “KYS’ni uygulamak ve etkinliğini sürdürmek” istenir.
4.	8.1.	KYS’ni sürekli iyileştirmek ifadesi ISO 13485’te “KYS’nin etkinliğini sürdürmek” şeklindedir.

- Her iki standart arasında, yukarıda belirtilen temel farklılıklar haricinde, sistem kurulurken dikkat edilmesi gereken bazı uygulama farklılıkları da bulunmaktadır. Standardın (TS EN 13485) ilgili maddesi ve bu maddede belirtilen farklılıklar Tablo 3.’te verilmiştir (TS EN 13485, TS EN ISO 9001).

Tablo 3. ISO 9001 ile ISO 13485 Arasındaki Uygulama Farklılıkları

No	Standart Maddesi	Mevzuat Gereksinimleri
1.	4.2.1.	KYS dokümantasyonu ayrıca “Milli veya bölgesel mevzuatta belirtilen herhangi diğer dokümantasyonu” içermelidir.
2.	4.2.1.	Tıbbi cihazın her tip ve modeli için ürün dosyaları oluşturulmalıdır.
3.	4.2.3	Yürürlükten kalkan dokümanların ne kadar saklanacağını belirlemelidir.
4.	4.2.4.	Kayıtların saklama süreleriyle ilgili asgari bir süre belirlemektedir.
5.	5.5.1.	Yetki ve sorumlulukların tanımlanıp dokümente edilmesini, kaliteyi etkileyen görevler arasındaki ilişkilerin belirlenmesi gerekmektedir.
6.	8.5.2.	Yapılan düzeltici faaliyetin etkinliğinin de gözden geçirilmesi
7.	8.5.3.	Yapılan önleyici faaliyetin etkinliğinin de gözden geçirilmesi
8.	7.5.1.2.2.	Kurulum faaliyetleri (Hariç tutulabilir)
9.	7.5.1.2.3.	Servis Faaliyetleri (Hariç tutulabilir)

- ISO 9001 standardı dokümente edilmesini istediği prosedürleri “documented procedure” ile ifade etmektedir. Yani belirtilen gereksinimin yapılış tarzını, usulünü, metodunu dokümente edilmesi istenmektedir. Bu illa da uygulamada sıkça karşılaşılan biçimde prosedürlerin hazırlanması manasına gelmemektedir. Önemli olan dokümente etmektir. Bu konuda, özellikle standartların yorumlanarak hayata geçirilmesi noktasında çok farklı yorumlar olmakta ve bazen firmaların sistemlerini zorlayıcı gereksinimlere dönüştürülebilmektedir. Bu ise bu sistemlerin haksız ithamlara maruz kalmalarına sebep olmaktadır. Aşağıda belirtilen 6 noktada ISO 9001 standardı sistemin dokümente edilmesini istemektedir. Bunlar ISO 13485 standardında da zorunludur (Mengi, 2005: 56).

Tablo 4. ISO 9001:2000 ve ISO 13485’te Ortak İstenilen Prosedürler

No	Standart Maddesi	İstenilen Prosedürler
1.	4.2.3.	Dokümanların kontrolü(documented procedure)
2.	4.2.4.	Kayıtların kontrolü (documented procedure)
3.	8.3.	Uyun olmayan ürünün kontrolü (documented procedure)
4.	8.2.2.	İç Denetim (documented procedure)
5.	8.5.2.	Düzeltilici faaliyet (documented procedure)
6.	8.5.3.	Önleyici Faaliyet (documented procedure)

- Bu prosedürler haricinde ISO 13485 standardı Tablo 5.’te belirtilen prosedürlerinde hazırlanmasını zorunlu koşmaktadır (Mengi, 2005: 57).

Tablo 5. Sadece ISO 13485’te İstenilen Prosedürler

No	Standart Madde	İstenilen Prosedürler
1	6.2.2.	Eğitim (Documented procedures)
2	6.3.	Bakım faaliyetleri (Documented requirements)
3	6.4.	Personelin giyecekleri (Documented requirements)
4	6.4.	İş ortamının durumu(Documented requirements) İş Çevre şartlarının izlenmesi ve kontrolü (Documented procedure and work instruction)
5	7.1.	Ürün gerçekleştirmeyle ilgili risk yönetim şartları (Documented requirements)
6	7.3.	Tasarım ve geliştirme (Documented procedure)
7	7.4.1	Satın alınan ürünün belirlenen şartlara uyguladığını sağlama (Documented procedures)
8	7.5.2.	Üretim ve hizmet sağlama amaçlı bilgisayar uygulama yazılımlarının geçerli kılınması (Documented procedure)
9	7.5.3.1.	İade edilen tıbbi cihazların belirlenmesi ve uygun ürünlerden ayrımının sağlanması (Documented procedure)
10	7.5.3.2.1.	İzlenebilirlik (Documented procedure)
11	7.5.5.	Ürün uygunluğunu korumak(Documented procedure or documented work instruction)
12	7.6.	İzleme ve ölçme cihazları (Documented procedure)
13	7.5.5.	Sınırlı raf ömrü olan veya özel depolama şartları gerektiren ürünün kontrolü procedure or documented work instruction)
14	8.2.1.	Satış Sonrası Gözetim(Documented procedure)
15	8.4.	Veri analizi (Documented procedure)
16	8.5.1.	Uyarı Bildirimi
17	8.5.1.	Teyakkuz (Documented procedure)

Sonuç olarak, ISO 9001, ISO 13485'in her ne kadar temelini oluştursa da tıbbi cihazlar için hazırlanan bir standart olmadığından ISO 13485'e göre birçok eksiği vardır. Bu çalışmada ISO 13485 standardının temeli olan 9001'i de göz önüne alarak ISO 13485'in detayları incelenmiştir.

YÖNTEM

23 Şubat 2012 tarihli 28213 sayılı Uygunluk Değerlendirme Kuruluşları Ve Onaylanmış Kuruluşlar Yönetmeliğinde "Onaylanmış kuruluş: Bir teknik düzenleme kapsamında uygunluk değerlendirme faaliyetinde bulunmak üzere yetkili kuruluş tarafından bu Yönetmelik ve ilgili teknik mevzuatta belirlenen esaslar doğrultusunda görevlendirilen ve isimleri Komisyona bildirilen Türkiye'de yerleşik uygunluk değerlendirme kuruluşunu ifade eder." şeklinde tanımlanmaktadır.

Bilindiği üzere 2006 yılında Avrupa Birliği uyum sürecinde yapılan anlaşmalar gereği tıbbi cihazlara Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Komisyonu tarafından yetkilendirilmiş bir onaylanmış kuruluşça CE sertifikasyon süreci uygulanmaktadır. Tıbbi cihazların piyasaya arz edilmesi ve Avrupa birliği üye ülkelerinde de pazara sunulabilmesi için ürün sertifikasyonu sırasında CE belgelendirme süreci gereklilikleri uygulanmalıdır.

Bu çalışmada, bir onaylanmış kuruluş tarafından aynı ürün için CE belgelendirme süreci işletilmiş iki üretici firma ele alınmıştır. Çalışmanın temel amacı; 13485 tabanlı kalite yönetim sistemi uygulamayan üreticinin, 13485 kalite yönetim sistemi uygulayan üreticiye göre ürün gerçekleştirmede karşılaştığı temel sorunlarını ve ISO 13485 standardının avantaj/dezavantajlarını ortaya koymaktır. Sonuç ve Değerlendirme kısmında yer alan tabloda ISO 13485 sertifikasyonu olan firma ile olmayan firmanın üretim süreci, ilgili standart maddelerine göre incelenmiş ve standart maddelerince karşılaştırma yapılmıştır. Çalışmanın devamında firmalardan aşağıdaki gibi söz edilecektir.

A firması : Kalite yönetim sistemi uygulayan üretici
B firması : Kalite yönetim sistemi uygulamayan üretici

BULGULAR

Aşağıda A ve B firması üzerinde yapılan tetkikler neticesinde standardın bazı maddelerince yapılan değerlendirme ile ilgili bulgular aşağıdaki Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. A firması ile B firmasının Karşılaştırılması

Standart Maddesi	A FİRMASI	B FİRMASI
4.2.3. Dokümanların Kontrolü	Dokümantasyon kontrol Prosedürü görülmüştür. Kalite, Mühendislik ve Kalite Kaydı niteliğindeki dokümanların asılları ve eski revizyonlu kopyaları arşivlendiği bölümde 15 yıl saklandığı tanımlanmıştır. Kalite El Kitabı olarak listede kayıtlı olduğu görülmüştür. Tüm birimlere dağıtıldığı listede kayıt edilmiştir.	Dokümanlar kapsamında Kalite Yönetim Sistemi tanımlanmamış ve tüm SOP prosedürleri güncellenmiş olmasına rağmen Kalite Yönetim Sistemi hala eski doküman numaralarını içermektedir. Şirketin OBL üretici firma ile çalışmasına rağmen hiçbir yerde bu durum tanımlanmamıştır.
4.2.4. Kayıtların Kontrolü	Kayıtlar en az 15 yıl arşivde saklanmakta olduğu prosedürde tanımlanmıştır. Kalite Yönetim Bölümü Yöneticisi her yıl Aralık ayı içinde arşiv kayıtlarını kontrol ederek, süresi dolanları imha eder.	Arşivleme zamanı dokümanlarda 5 yıl tanımlanmış olmasına rağmen, firma implante edilebilir cihazlar için bu süre uygun değildir.

5.6. Yönetimin Gözden Geçirmesi	Yönetim Gözden Geçirmesi bölümünde prosedüründe belirlenen yöntemle göre gerçekleştirildiği tanımlanmıştır.	YGG toplantısı ISO 13485 prosedürlerine uygun olmadığı tespit edilmiştir. (Hangi durumlarda, hangi şartlarda, ne sıklıkta toplanacağı.)
6.1. Kaynakların Sağlanması	Kaynakların Sağlanması bölümünde insan kaynakları, eğitim ihtiyaçları, tesis bina makine-teçhizat teknolojik imkanlar, bilgisayar yazılımı, donanımı, mali kaynaklar, uygun çalışma ortamı prosedürlere göre kaynak ihtiyacının tespit edildiği değerlendirildiği, ve gerçekleştirildiği tanımlanmıştır.	Kaynak yönetiminin sağlanması uygulamada yer aldığı ancak prosedürlerde tanımlı olmadığı tespit edilmiştir.
6.2. İnsan Kaynakları	Eğitim, İnsan Kaynakları Prosedürü görülmüştür.	Sorumluluk ve Yetki tanımlar Organizasyon Şeması göre uygun değildir. Risk sorumlulukları tanımlanmamıştır.
6.2.2. Yeterlilik, Farkında Olma (Bilinç) Ve Eğitim	Personel bilgi kartı kaydı, eğitmenin ismi, eğitimin kaç saat olduğu, eğitimin içeriği, sınav sonuç formu, sınav sonuçları ve planlanan bir sonraki eğitimin tarihi kayıtlarda görülmüş olup İnsan kaynakları prosedürüne uygundur.	Eğitim etkinliği eğitim kayıtları sadece katılımcı adları ve eğitmen isimlerini içerdiğinden eğitim etkinliği değerlendirilemediği ve kayıtların eksik olduğu görülmüştür.
6.4. Çalışma Ortamı	Üst Yönetimin çalışma ortamlarında personelin sürekli gelişme sını sağlamak amacıyla verimliliğini, memnuniyetini ve iş kalitesini yükseltmekten sorumlu olduğu, bu konuda yapılması gerekenlerin prosedürlerinde belirtilen yöntemlerle tespit edildiği ve gerekli uygulamaların gerçekleştirildiği tanımlanmıştır. Çalışma ortamı ile ilgili kontrol planları ve talimatların oluşturulduğu tanımlanmıştır.	OEM üreticiye ait çalışma ortamı süreçleri ve kayıtları mevcut değildir.
7.3.1. Tasarım Ve Geliştirme Planlaması	Tasarım gerçekleştirme faaliyetlerinin girdilerin ve istenen ürün özelliklerinin doğrultusunda hazırlandığı tespit edilmiştir.	Tasarım ve Geliştirme kayıtları CE belgesi kapsamındaki ürünleri içermemektedir. ISO 13485 Standardının 7.3 maddesine göre gereklilikleri yerine getirmemektedir.
7.4. Satın Alma	Onaylı tedarikçi listesinde firmaların değerlendirmelerinin gerçekleştirildiği görülmüştür.	Tedarikçi değerlendirme prosedürleri NBOG 2010'a göre hazırlanmamıştır.
7.4.3. Satın Alınan Ürünün Doğrulanması	Ürünün numarasının otomatik olarak o günün tarihi ile verilip lot numarası ile birleştirildiği görülmüştür.	Kuruluşun ürünün izleme ve takip prosedürlerine göre üretim yapmadığı ve numaralandırmadığı tespit edilmiştir.
7.5.3.2. İzlenebilirlik	Mamul Tanımlama ve İzlenebilirlik prosedüründe tanımlı olduğu ve kayıtları tutulduğu tanımlanmıştır.	OEM den alınan ürünlerin hammadde analiz sertifikalarının mevcut olmadığı tespit edilmiştir.
7.5.5. Ürünlerin Muhafazası	Mamullerin taşıma, stoklama, ambalajlama, koruma ve sevkiyat işlerinin yapıldığı tanımlanmıştır.	Steril ürünlerin depolanması ile ilgili depolama şartları tanımlanmamıştır.

		Sıcaklık ve nem kayıtlarının tutulmadığı gözlemlenmiştir.
8.2.1. Müşteri Memnuniyeti	Kalite Yönetim Bölümü Yöneticisi her yıl Müşteri Memnuniyeti Formunu tüm Müşterilere göndererek gerçekleştirdiği tanımlanmıştır.	Müşteri memnuniyeti metotları Kalite Yönetim Sisteminde tanımlanmamıştır.
8.2.2. İç Tetkik	Yıllık Programı Formu 2015 yılında iç tetkiklerinin planlandığı ve yapıldığı görülmüştür.	İç tetkik sürecinin ISO 13485 prosedürlerine uygun olmadığı görülmüştür.
8.2.3. Süreçlerin İzlenmesi Ve Ölçümü	Kalite Yönetim sistemleri proseslerinin iç tetkik ve uygun yöntemlerle izlendiği ve ölçüldüğü tanımlanmıştır.	Süreç performans kriterleri ve ölçüm sıklığı ile metotları tanımlanmamıştır.
8.5.2. Düzeltici Faaliyet	Düzeltici Faaliyet Formunda müşteri şikayeti ile oluşturulduğu ve kapatıldığı tanımlanmıştır.	Düzeltici faaliyet raporunda uygunsuzlukların kapatıldığına dair kanıt görülemez.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Elde edilen bulgular doğrultusunda, Tablo 6'dan da görülebileceği üzere ISO 13485 sertifikasyonu bulunan üreticilerde standart gerekliliklerinin karşılandığı ve üretimin tüm aşamalarında elde edilmek istenen verimliliğin diğer firmaya göre sağlandığı görülmektedir. Standardın ilgili maddelerine göre üretim izlenebilirliği, yönetim uygulamaları, müşteri memnuniyeti, süreçlerin izlenmesi ve ölçümü, düzeltici faaliyetlerin daha etkin bir şekilde değerlendirilmesi, izlenebilirlik, tasarım geliştirme ve planlaması, üretim sahasındaki uygunluk gibi birçok kriterin ISO 13485 standardına sahip firmada daha etkin bir şekilde yürütüldüğü gözlemlenmiştir.

Sonuç olarak üretim açısından değerlendirecek olursak; TS EN ISO 13485 sertifikasyonunu gerçekleştiren bir tıbbi cihaz firması, tıbbi cihazlara spesifik olarak hazırlanan TS EN ISO 13485 standardı kapsamında üretim yapmış olacağı için ürünlerini kontrollü bir şekilde piyasaya arz etmiş ve bu nedenle oluşabilecek herhangi bir vjilans (olumsuz olay) bildirimini en aza indirmiş olacaktır. Bununla birlikte sağlık profesyonellerince hastalarda insan hayatını riske atmadan ürün kullanımı sağlanmış olacaktır. Aynı zamanda firma açısından bakıldığında, bahsi geçen kalite yönetim sisteminin gerekleri yerine getirileceği için, onaylanmış kuruluşlarca yapılan denetim sürecinde; kullanılan zaman, denetçi sayısı ve denetimde incelenen parametreler de daha aza indirgenmiş olacaktır.

Bu nedenle, yukarıda bahsi geçen hususlar göz önüne alındığında, tıbbi cihaz üreticisi olan firmaların TS EN ISO 13485 kalite yönetim sistemini yürütmeleri, hem ilgili firma açısından, hem de toplum sağlığı açısından avantaj sağlayacağından, tıbbi cihazlar aracılığıyla sunulan sağlık hizmetinin daha kontrollü ve sistemli işlemesi için ilgili standardın uygulanmasının üreticiler için doğru bir seçenek olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Aksoy, E. (2006). "Türkiye Tıbbi Cihaz Sektörünün Ürün Geliştirme Ve Tasarım Kapasitesinin Örnek Olay Çalışmaları İle Araştırılması", İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Duran C. ve Çetindere A. (2015). "Sürekli İyileştirme Açısından ISO 9000 (1994) Kalite Güvence Sistemine Ve ISO 9000 (2000) Kalite Yönetim Sistemine Bakış", Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı: 32, Vol. II, 87-100.

İlkay M. S. ve Varinli İ. (2005). "ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi: Dünya, Avrupa Ve Türkiye Uygulamalarının Karşılaştırılması", Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı 25, 1-19.

Mengi Y. Ç. (2005). "CE Süreci - Medikal Sektöründe Uygulamalar Ve Türk Firmalarının Bu Süreçteki Durumu", İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Türk Standartları Enstitüsü (2004). Türk Standardı, TS EN ISO 13485, Tıbbi Cihazlar, Kalite Yönetim Sistemleri, Mevzuat Amaçları Bakımından Şartlar, Nisan 2004, ICS 03.120.10;11.040.01, Ankara.

http://brckalite.com/Belgelendirme-tr/ISO-13485-Tibbi-Cihazlar-icin-Kalite-Yonetim-Sistemi_183.aspx, 05.09.2017.

<http://www.moment-expo.com/kuresel-ticarette-standartlarin-savasi>, 10.09.2017.

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/06/20110607-1.htm>, 01.09.2017.

<https://kargen.net/iso-13485/>, 01.09.2017.

<https://www.tse.org.tr/tr/icerikdetay/3438/69/ts-en-iso-13485-tibbi-cihazlar-yonetim-sistemi.aspx>, 10.09.2017.