



HACETTEPE SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume 20

Sayı/Number 1

Yıl/Year 2017

Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyeti Konusundaki Tutumlarının İncelenmesi

Musa ÖZATA, Kubilay ÖZER

Sağlık Kurumları Yönetimi Literatüründe Stratejik Yönetim Üzerine Yürütülen Çalışmaların İçerik Analizi ile İncelenmesi

Aysun KANDEMİR, Özgür UĞURLUOĞLU

Özel Hastane Çalışanlarının Kurumsal İtibar Algısının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma

Serkan DENİZ, Mesut ÇİMEN, Esra CİZMECİ, Beyza ERKOÇ, Onur YÜKSEL

Sağlık Kurumlarına Yapılan Geri Ödeme Yöntemleri: Teşhis İlişkili Gruplar

İzzet AYDEMİR, İsmail AĞIRBAŞ

Hastane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Tutumu Algı Düzeylerinin Belirlenmesi

Ali YILMAZ, Oğuz IŞIK, Nesrin AKCA

Sinizim, Kişilerarası Çatışma ve İşten Ayrılma Niyeti Arasındaki İlişkinin Analizi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama

Sinem G. GÖKÇE, Abdurrahim EMHAN, Zülfünaz ÖZER, Ayşegül KAYA

Sağlık Kurumları Yöneticilerinin Profesyonellik Düzeyinin Belirlenmesi

Süleyman İNEL, Yasemin AKBULUT

Organ Naklinde Piyasa Tasarımı

Songül ÇINAROĞLU



HACETTEPE
SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume: 20

Sayı/Number: 1

2017

e-ISSN 2148-9041

Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi
Hacettepe Journal of Health Administration

Cilt: 20 Sayı: 1 Yıl: 2017

Derginin Sahibi/Publisher

H. Azize ERGENELİ, Dekan/Dean
H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi adına
on behalf of H.U. Faculty of Economics and Administrative Sciences

Yayın Kurulu Başkanı/Editor

Gülsün ERİGÜÇ

Yayın Kurulu Bşk. Yardımcısı/ Associate Editor

Pınar YALÇIN BALÇIK

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü/ Editorial Manager

Gamze BAYIN

Yayın Kurulu/Editorial Board

Sıdıka KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi
İsmet ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Gülsün ERİGÜÇ	Hacettepe Üniversitesi
Hasan Hüseyin YILDIRIM	Hacettepe Üniversitesi
Mehmet TOP	Hacettepe Üniversitesi
Özgür UĞURLUOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Oğuz IŞIK	Hacettepe Üniversitesi
Ersen ALOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Ahmet KARAGÖZ	Hacettepe Üniversitesi
Pınar YALÇIN BALÇIK	Hacettepe Üniversitesi

Dergi Tasarım

Seda AYDAN
Nazan KARTAL
Murat KONCA
Gülnur HARMANCI İLGÜN

H.Ü. Sağlık İdaresi Dergisi yılda dört defa yayımlanır ve hakemli bir dergidir. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen yazılar ve diğer konularla ilgili yazışmalar aşağıdaki adrese yapılmalıdır:

Gamze BAYIN
H.Ü. İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü, 06800, Ankara/Türkiye
E-mail: saglikidaresidergisi@gmail.com

Dergiye gönderilen yazılar, yazı yayımlansın veya yayımlanmasın geri gönderilmez. Dergiye yayımlanmak üzere gönderilecek yazılar Dergi'nin son sayfasında yer alan "Yazarların Dikkate Alması Gereken Kurallar"a uygun olmalıdır.

H.U. Journal of Health Administration is a refereed journal, published four times a year. Manuscripts must conform to the requirements indicated on the last page of the Journal. Manuscripts submitted will not be returned whether they are accepted or not for publication. All correspondence should be directed to the address above.

Yayın Türü: Ulusal (Yerel) Akademik Dergi, Yılda 4 Sayı (Mart, Haziran, Eylül, Aralık)
Yayının Yönetim Yeri: Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü
D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü 06800 Çankaya/Ankara, Tel No: 2976356-57-58

Danışma Kurulu / Advisory Board

İsmail AĞIRBAŞ	Ankara Üniversitesi
Fevzi AKINCI	King's College
Şebnem ASLAN	Selçuk Üniversitesi
Metin ATEŞ	Marmara Üniversitesi
Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi
Fevziye ÇETİNKAYA	Erciyes Üniversitesi
Cesim DEMİR	Hasan Kalyoncu Üniversitesi
Ramazan ERDEM	Süleyman Demirel Üniversitesi
Korkut ERSOY	Başkent Üniversitesi
Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi
Robert S. HERNANDEZ	University of Alabama at Birmingham
Şahin KAVUNCUBAŞI	Başkent Üniversitesi
Sıdıka KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Mustafa KILIÇ	Hacettepe Üniversitesi
Mithat KIYAK	Okan Üniversitesi
Simten MALHAN	Başkent Üniversitesi
Ömer Rıfık ÖNDER	Ankara Üniversitesi
Hacer ÖZGEN NARCI	Medipol Üniversitesi
Nermin ÖZGÜLBAŞ	Başkent Üniversitesi
Nurhan PAPTAYA	Süleyman Demirel Üniversitesi
Nilgün SARP	Üsküdar Üniversitesi
Haydar SUR	Üsküdar Üniversitesi
İsmet ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Menderes TARCAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Dilaver TENGİLİMOĞLU	Atılım Üniversitesi
Demet ÜNALAN	Erciyes Üniversitesi
Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU	Trakya Üniversitesi

Dergimiz, TÜBİTAK ULAKBİM Sosyal ve Beşeri Bilimler Veri Tabanı, Index Copernicus International, Scientific Indexing Services (SIS), Open Academic Journals Index (OAJI), Türk Medline, Arastirmax Index, Arastirmax Social Sciences Index, Arastirmax Avicenna Health Sciences Index, Türk Eğitim İndeksi, Akademik Dizin, Sosyal Bilimler Atıf Dizini (SOBIAD) ve Türkiye Atıf Dizini veri tabanlarında taranmaktadır.

The Journal is indexed in the TUBITAK ULAKBIM Social and Human Sciences Database, Index Copernicus International, Scientific Indexing Services (SIS), Open Academic Journals Index (OAJI), Turk Medline, Arastirmax Index, Arastirmax Social Sciences Index, Arastirmax Avicenna Health Sciences Index, Turk Egitim İndeksi, Akademik Dizin, Sosyal Bilimler Atıf Dizini (SOBIAD) and Turkiye Atıf Dizini databases.

İÇİNDEKİLER

Araştırma

- Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyeti Konusundaki Tutumlarının İncelenmesi
Investigation of the Attitudes of Health Care Staff about Patient Privacy 1-21
Musa ÖZATA, Kubilay ÖZER
- Sağlık Kurumları Yönetimi Literatüründe Stratejik Yönetim Üzerine Yürütülen Çalışmaların İçerik Analizi ile İncelenmesi
Investigation of Studies on Strategic Management in Healthcare Management Literature through Content Analysis 23-36
Aysun KANDEMİR, Özgür UĞURLUOĞLU
- Özel Hastane Çalışanlarının Kurumsal İtibar Algısının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma
A Research on Determining The Corporate Reputation Perception of Employees in Private Hospitals 37-48
Serkan DENİZ, Mesut ÇİMEN, Esra CİZMECİ, Beyza ERKOÇ, Onur YÜKSEL
- Sağlık Kurumlarına Yapılan Geri Ödeme Yöntemleri: Teşhis İlişkili Gruplar
Health Care Reimbursement Methods: Diagnosis Related Groups 49-68
İzzet AYDEMİR, İsmail AĞIRBAŞ
- Hastane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Tutumu Algı Düzeylerinin Belirlenmesi
The Level of Hospital Employees' Patient Safety Attitude Perception Determinated..... 69-80
Ali YILMAZ, Oğuz IŞIK, Nesrin AKCA
- Sinizim, Kişilerarası Çatışma ve İşten Ayrılma Niyeti Arasındaki İlişkinin Analizi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama
Analysis of the Relationship among Cynicism, Interpersonal Conflict, and Turnover Intention: An Application in Health Sector..... 81-92
Sinem G. GÖKÇE, Abdurrahim EMHAN, Zülfünaz ÖZER, Ayşegül KAYA
- Sağlık Kurumları Yöneticilerinin Profesyonellik Düzeyinin Belirlenmesi
Determining the Level of Professionalism of Health Care Managers..... 93-108
Süleyman İNEL, Yasemin AKBULUT

Derleme

- Organ Naklinde Piyasa Tasarımı
Market Design in Organ Transplantation..... 109-124
Songül ÇINAROĞLU

Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyeti Konusundaki Tutumlarının İncelenmesi*

Musa ÖZATA**
Kubilay ÖZER***

ÖZ

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti konusundaki tutumlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma tanımlayıcı nitelikte olup 2015 yılında Konya il merkezinde faaliyet gösteren 15 farklı hastanede görev yapan, 471 sağlık personeli üzerinde, yüz yüze anket tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmada verilerin toplanması amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen "Hasta Mahremiyeti Tutum Envanteri" kullanılmıştır. Envanterde poliklinikler, doktor odaları, görüntüleme odaları, yataklı servisler, yoğun bakım üniteleri, diyaliz üniteleri, acil servisler, personel eğilimleri, hasta bilgileri ve hastane genel kullanım alanlarında mahremiyet başlıkları altında 51 soru yer almaktadır. Araştırma verileri SPSS programında değerlendirilmiştir. Veriler üzerinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplar arası t testi ve tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır. Araştırma sonucunda sağlık çalışanlarının genel olarak hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının olumlu yönde olduğu görülmüştür. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının çalışılan kurum, çalışılan bölüm, eğitim alma durumu ve çalışma süresi açısından anlamlı farklılıklar gösterdiği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hasta, hastaneler, sağlıkta kalite standartları, mahremiyet, sağlık çalışanları

Investigation of the Attitudes of Health Care Staff about Patient Privacy

ABSTRACT

In this study, it was aimed to investigate the attitudes of health care staff about patient privacy. The study has a descriptive quality and was carried out by the method of face to face survey on 471 health professionals serving 2 university hospitals, 4 public hospitals, and 9 private hospitals being in active in the city Konya. In the study, in order to collect the data, an "Inventory on Determining the Attitudes of Health Professionals toward Patient Privacy" were utilized. In inventory, there are 51 questions under titles of policlinics, doctor rooms, inpatient service, intensive care units, dialyze units, emergency department, staff tendencies, patient information, and general use areas of hospital. The data of study was assessed on SPSS program. On the data, descriptive statistics, inter-independent groups, t-test, and one way variance analysis test were conducted. As a result of the study, it was identified that the attitudes of health staffs toward patient privacy were generally considerably high. However, when the attitudes of health professionals toward patient privacy applications were compared in terms of sociodemographic variables, it was reached the conclusion that there were significant differences in terms of institute worked in, department worked in, case of taking education, and working time.

Keywords: Patient, hospitals, health quality standards, privacy, health care staff

* Bu çalışma Kubilay ÖZER'in "Sağlık Kuruluşlarında Hasta Mahremiyeti Uygulamalarının ve Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine Yönelik Tutumlarının İncelenmesi: Konya Örneği" isimli Yüksek Lisans Tezinden üretilmiştir.

** Doç. Dr., Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, musaozata@gmail.com

*** Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, kubilayozzer@hotmail.com

I. GİRİŞ

Son yıllarda sağlık sektöründe yaşanan gelişmeler sonucunda, sağlık kuruluşlarında hizmet sunumu esnasında saygı, güven, hak ve mahremiyet gibi kavramlar daha fazla ön plana çıkmaya başlamıştır. Bu kavramlardan en fazla gündeme geleni ise hasta hakları kavramı olmuştur. İlk olarak 1970'li yıllarda gündeme gelen hasta hakları kavramı, 1980'li yıllarda uluslararası alana taşınmış ve 1990'lı yıllarda ise yasal düzenlemelerde yaygın biçimde yer almaya başlamıştır (TTB 2013). Hasta hakları başlığı altında yer alan bu düzenlemelerle hastalara; adalet ve hakkaniyete uygun olarak hizmetten faydalanma, bilgi isteme, sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme, sağlık kuruluşlarında dini vecibeleri yerine getirebilme, dini hizmetlerden faydalanma, insani değerlere saygı gösterilmesi, ziyaret, refakatçi bulundurma ve mahremiyetine saygı gösterilmesi gibi birçok hak verilmiştir.

Bu çalışmada hasta mahremiyeti kavramı üzerinde durulmaktadır. Sağlık hizmetlerinde mahremiyet konusu tanımlanması ve ölçülmesi en zor olan konulardan biri olup, hekim-hasta ilişkilerinde güvenin sağlanması açısından merkezi bir role sahiptir (Blightman et al. 2014). Hastalar kişisel bilgilerini, hatta çoğu zaman sırlarını dahi doktorları ve sağlık çalışanları ile paylaşmaktadır (Parrot et al. 1999). Hasta mahremiyetine riayet edilmediği durumlarda, hasta-hekim ve hasta-sağlık çalışanı ilişkisinde güven azalmakta ve güven azalması durumunda ise hastalar bakımlarını etkileyebilecek bazı özel bilgilerini sağlık çalışanları ile paylaşmaktan kaçınmaktadırlar (Bord 2013). Bu durum teşhis ve tedavi sürecini olumsuz etkileyebilmekte ve hastalar mahremiyetleri hakkında güven duymadıkları sağlık kuruluşlarından hizmeti almaktan imtina etmektedirler. Öte yandan olası bir mahremiyet ihlali hasta açısından telafisi olmayan durumlara sebep olabileceği gibi, ömür boyu hafızalarından silinmeyecek psikolojik travmalara dahi yol açabilmektedir.

Ancak günümüz modern tıbbında, hasta mahremiyetini sağlamanın hiç de kolay bir konu olmadığını belirtmeniz gerekir. Çünkü teknolojideki gelişmeler bilgilerin saklanması ve kişisel gizliliğin korunması konusundaki geleneksel anlayışa meydan okumaktadır (Wilen Berg 2011). Özellikle hasta bilgilerinin gizliliğini sağlamak neredeyse imkânsız hale gelmiş durumdadır (Blightman et al. 2014). Bir de buna sağlık kuruluşlarının alt yapı ve fiziksel sorunlarını eklersek, hasta mahremiyeti sağlık sektörünün göz ardı edemeyeceği çok boyutlu bir kavramı olarak karşımızda durmaktadır.

1.1. Mahremiyet ve Hasta Mahremiyeti Kavramları

Mahremiyet kavramının tanımlanmasının güçlüğü nedeniyle henüz üzerinde uzlaşılmış ve uluslararası kabul görmüş bir tanımı bulunmamaktadır (Kilpi et al. 2001). İngilizcede mahremiyet kavramı “kişinin özel yaşantısı” veya “kişinin kendisinin bildiği ve genel olarak topluma kapalı olan yönleri” (Webster's New World Dictionary 1986) olarak tanımlanmaktadır. Arapçada bu kavram *haram* kelimesinden gelmekte ve “haram olma hali” olarak tanımlanmaktadır. İslâm'da evlenilmesi haram olan (nikâh düşmeyen) kişiye mahrem denilmektedir (Wikipedia 2015). Dilimizde ise gizlilik anlamına gelmekte (TDK 2014) ve gizlilik, özel alan, mülkiyet, güvenlik kavramlarını içinde barındırmaktadır. Ayrıca insan vücudundan bakılması, dokunulması ve hakkında konuşulması haram olan bölgeleriyle ilgili dokunulmazlık halini tanımlamakta ve kısacası “girilemez” bir alanı belirtmektedir. Mahremiyet başka birinin beden, duygu, düşüncesine veya bilgi ya da özel ilişkilerine girmesinin sınırlandırılması anlamına gelmektedir. Bireyin kendi durumu ile ilgili maddi ve manevi varlıklara, yine kendisiyle ilgili tüm bilgilere, öteki bireylerin erişimine engel koyduğu noktada mahremiyet başlamaktadır (Çobanoğlu 2009).

Hasta mahremiyeti kavramını Dünya Sağlık Örgütü “bireyin kişisel sağlık bilgilerine erişilemeyi belirleme hakkı” şeklinde tanımlamıştır (WHO 2000). Sağlık Bakanlığı

tarafından yayınlanan Sağlıkta Kalite Standartları Rehberinde ise bu kavram “Hastanın bakım ve tedavi amacıyla (tetkik sonuçları, hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgiler) ya da başka bir sebeple açıklamak zorunda olduğu ancak, toplumdaki tüm diğer bireylerin bilgisinden saklamak istediği yaşama alanı” şeklinde tanımlanmaktadır.

Tıp tarihinin en yaygın kabul gören inançlarından birisi, hekim hasta ilişkisinin kutsal olduğu, birebir ilişkinin mahremiyetinin, tedavi için elzem koşul olduğu ve tedavinin üçüncü kişilerin müdahalesinden azade olması gerektiğidir. Hekim hasta ilişkisi öyle yapılandırılmalıdır ki, hasta hekime yaşamının en gizli ayrıntılarını açabilecek inanca sahip olmalı ve bunun karşılığında da hekim kapsamlı bir tıbbi bakımı itina ile verebilmelidir (Williams 1971). Sağlık profesyonellerince elde edilen veya öğrenilmek durumunda kalınan bazı bilgiler o kişinin sırrı olarak değerlendirilmeli, saklanmalı ve üçüncü şahısların merak alanı dışında tutulmalıdır (Alan, Erbay 2011). Bu durumda sağlık çalışanları hasta mahremiyeti konusunda bilinçlenmeli ve sağlık kuruluşları mahremiyet ihlallerine karşı tedbirler almalıdır.

1.2. Hasta Mahremiyetinin Boyutları

Mahremiyet konusu insana hizmet eden tüm disiplinlerin ilgi alanına girmekle birlikte en çok sağlık alanında gündeme gelen bir konudur. Mahremiyet insanın temel ihtiyaçlarından biridir (Doyal 1997). Hasta mahremiyeti kavramı denilince genellikle ya bedensel mahremiyet ya da hasta bilgilerinin mahremiyeti akla gelmektedir. Oysa hasta mahremiyetini sadece bedensel ya da hasta bilgilerinde mahremiyet olarak görmemek gerekir. Bu konunun bilişsel, fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarının olduğu göz ardı edilmemelidir. Sağlık kuruluşlarında hasta mahremiyeti uygulamaları yapılandırılırken bütün boyutlar ele alınmalıdır.

Hastanın mahremiyeti kavramı hukuk sistemi içerisinde genel itibariyle Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) ve Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) rehberi içerisinde yer almaktadır. 1998 yılında yayınlanan HHY Bölüm 4. Madde 21’de “Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır, Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir, Her türlü tıbbi müdahale hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir” (Resmi Gazete 1998) denilmektedir.

SKS’de ise hasta mahremiyetinin boyutları şu şekilde sıralanmıştır:

- *Bilişsel Mahremiyet:* “Bireyin kişisel bilgilerine başkaları tarafından ulaşılma durumunu kontrol edebilmesidir. Bireyin kendisiyle ilgili bilgileri nasıl, ne zaman ve ne ölçüde açığa vurabileceğine karar verme hakkıdır.”
- *Fiziksel Mahremiyet:* “Bedensel mahremiyetin de ele alındığı, bireyin kendi çevresindeki fiziksel alan üzerindeki kontrolü ile ilişkilidir. Diğer bireylerle fiziksel teması, bu temastaki yakınlığı içerir. Ayrıca, bireyin vücudunu çevreleyen, başkaları tarafından görünmeyen gizli alanları ve evi, iş yeri gibi fiziksel alanları üzerindeki kontrolünü, yani kişisel egemenlik alanını kapsar.”
- *Psikolojik Mahremiyet:* “Bireyin değerleri, inançları ve onu etkileyen diğer konulardaki bilgileri kontrol etme, düşünce ve duygularını, hangi koşullar altında ve kiminle paylaşacağına karar verme hakkını kapsar.”
- *Sosyal Mahremiyet:* “Bireyin, sosyal ilişkilerinin yönetimi, yani ilişkinin tarafları, sıklığı ve etkileşimine ilişkin kontrolünün olmasıdır. İnsanları bireysel ve grup olarak değerlendirmeyi, kültürel özellikleri göz önünde bulundurmaya gerektirir. Çeşitli kültürlerde bu nedenle mahremiyet kapsamı, önemi ve mahremiyeti sağlama yöntemleri farklılık göstermektedir. Batı ve doğu toplumlarının, çeşitli dinsel grupların, modern ve

geleneksel toplumların mahremiyete ilişkin değerleri, inançları ve beklentileri arasında farklılıklar bulunmaktadır” (Sağlık Bakanlığı 2015).

1.3. Hasta Mahremiyetinin İhlali

Sağlık kuruluşlarında sık sık hasta mahremiyetinin ihlali durumları söz konusu olabilmektedir. Sağlık Bakanlığı 2007-2012 yıllarına ait istatistiki verileri incelendiğinde: 2007 yılında hasta haklarının ihlali konusunda toplam başvuru sayısı 78.636 iken, 2012 yılında toplam başvuru sayısı 195.669’a ulaşmıştır. Hasta iletişim birimlerine hasta hakları ihlalleri içinde, mahremiyet ihlali ile ilgili başvurular toplam başvuruların %1’ini oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2015). Mahremiyet ihlallerinin temel nedeni olarak; sağlık çalışanlarının hasta haklarını bilmemesi, sağlık çalışanlarının bireysel kusurlu davranışları, diğer yandan yoğun iş yükü, sağlık çalışanlarının görev ve yetki dağıtımında eşitsizlik, çalışma koşullarında düzensizlik ve çalışma ortamlarındaki huzursuzluk, fiziki alt yapı eksiklikleri, personel yetersizliği gibi birçok unsur göze çarpmaktadır (www.hastahaklari.net). Bu bağlamda mahremiyet ihlallerinin ortadan kaldırılabilmesi için kurum yöneticilerine ve sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Özellikle sağlık çalışanlarının mahremiyet konusundaki bilgi ve tutumlarının ölçülerek, bu konudaki eksikliklerin giderilmesi hasta mahremiyetinin sağlanması açısından büyük bir önem taşımaktadır.

II. YÖNTEM

Bu çalışmamın temel amacı; sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının belirlenmesidir. Tanımlayıcı nitelikte olan çalışma 1 Haziran 2015-31 Ağustos 2015 tarihleri arasında Konya il merkezinde faaliyet gösteren 2’si üniversite, 4’ü devlet ve 9’u özel olmak üzere toplam 14 hastanede görev yapan 471 kişilik örneklem grubu üzerinde gerçekleştirilmiştir. Veriler yüz yüze anket tekniği kullanılarak toplanmıştır.

Araştırmanın yapıldığı dönemde evreni oluşturan hastanelerde 8.209 sağlık personelinin görev yaptığı belirlenmiş ve Sümbüloğlu (2004) tarafından tavsiye edilen örneklem büyüklüğü belirleme formülü kullanılarak 366 kişilik bir örneklem büyüklüğünün evreni temsil edebileceği sonucuna ulaşılmıştır. Ancak araştırmanın gücünü artırmak amacıyla örneklem grubu genişletilmiş ve tabakalı örneklem seçim metodu kullanılarak, araştırmaya katılmayı kabul eden 471 sağlık personeli araştırmaya dâhil edilmiştir.

Verilerin toplanması amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen ve 51 sorudan oluşan “Hasta Mahremiyeti Tutum Envanteri” kullanılmıştır. Envanterde yer alan sorular belirlenirken, öncelikle Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) ve Sağlıkta Kalite Standartları Rehberinde (SKS) hasta mahremiyeti bağlamında yer alan uygulamalar tespit edilmiş ve uzman görüşleri de dikkate alınarak, bu uygulamalar 9 başlık altında toplanmıştır. Uygulama başlıkları; poliklinikler, doktor muayene odaları, görüntüleme odaları, yataklı servisler, yoğun bakım üniteleri, diyaliz üniteleri, acil servisler, hasta bilgilerinin saklanması ve hastanelerin genel kullanım alanlarında mahremiyet başlıkları ile personel eğilimlerini kapsamaktadır. Katılımcılar, personel tutumlarının tespitine yönelik ankette yer alan soruları 1’den 5’e doğru artan derecelendirme skalasına göre sıralanan; 1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle katılıyorum şeklinde ifadelerle cevaplandırmıştır. Tüm soruların Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,969 (n=51) olarak hesaplanmıştır.

Araştırma öncesi “Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Etik Kurulundan” etik kurul onayı alınmıştır. Ayrıca araştırmanın ilgili kurumlarda yapılabilmesi için ilgili kurumlardan izin alınmıştır.

Araştırma sürecinde ilk olarak 20 sağlık çalışanına ön uygulama yapılmış ve anlaşılmayan ifadeler belirlenip yeniden gözden geçirilmiştir. Anket formları aracılığı ile elde edilen veriler SPSS programında değerlendirilmiştir. Öncelikle sorulara ait temel istatistiklere bakılmıştır. Bu amaçla her bir bölümle ilgili sorulara verilerin cevapların ortalaması alınmış ve test işlemleri bu değerler üzerinden gerçekleştirilmiştir. Veriler üzerinde tanımlayıcı istatistikler ve ortalamaların karşılaştırılmasında ikili karşılaştırmalarda *Bağımsız Gruplar Arası t Testi*, çoklu karşılaştırmalarda ise *Tek Yönlü Varyans Analizi* kullanılmıştır.

III. BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular üç ana başlıkta sunulmuştur. İlk başlıkta araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri, ikinci başlıkta sorulara verilen cevaplar tanımlayıcı istatistikler, üçüncü başlıkta ise hasta mahremiyetine ilişkin tutumların sosyo-demografik özellikler açısından karşılaştırılmasına ilişkin analizler yer almaktadır.

3.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri

Anket formunun birinci bölümünde araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine ait dokuz ifade bulunmaktadır. Bu ifadelere ait bulgular Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Sağlık Personelinin Sosyo-Demografik Özellikleri

Cinsiyet	Sayı	Yüzde	Medeni Durum	Sayı	Yüzde
Kadın	289	61,4	Evli	267	56,7
Erkek	182	38,6	Bekâr	204	43,3
Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde	Bölüm	Sayı	Yüzde
Lise	146	31,0	Cerrahi	152	32,3
Önlisans	99	21,0	Dahili	138	29,3
Lisans	158	33,5	Lab/ Röntgen	99	21,0
Lisansüstü	68	14,4	Acil Servis	82	17,4
Kurum	Sayı	Yüzde	Çalışma Süresi	Sayı	Yüzde
Üniversite	140	29,7	0-4	300	63,7
Kamu	181	38,4	5-9	133	28,2
Özel	150	31,8	10+	38	8,1
Yaş	Sayı	Yüzde	Meslek	Sayı	Yüzde
19-29	244	51,8	Hemşire Teknisyen Hekim	249 131 91	52,9 27,8 19,3
30-39	158	33,5			
40+	69	14,6			
Eğitim Alma Durumu	Sayı	Yüzde	Toplam	471	100,0
Evet	302	64,0			
Hayır	169	36,0			

Tablo 1’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 289’u (%61,4) kadın, 182’si (%38,6) erkeklerden; medeni durum açısından ise 267’si (%56,7) evlilerden ve 204’ü (%43,3) bekârlardan oluşmaktadır. Sağlık çalışanlarının 146’sı (%31,0) lise ve 68’i (%14,4) lisansüstü eğitim almıştır. Katılımcıların 152’si (%32,3) cerrahi birimlerde, 138’i (%29,3) dahili birimlerde, 99’u (%21,0) laboratuvar ve röntgende ve 82’si (%17,4) acil serviste görev yapmaktadır. Araştırmada üniversite hastanelerinden 140 (%29,7), devlet hastanelerinden 181 (%38,4) ve özel hastanelerden 150 (%31,8) sağlık çalışanına anket uygulanmıştır.

Katılımcılar yaş grupları açısından incelendiğinde 244'ü (%51,8) 19-29, 69'u (%14,6) ise 40 yaş ve üzeri grupta yer almaktadır. Araştırmaya katılanların bölümde çalışma süreleri incelendiğinde; 300'ü (%63,7) 0-4 yıl ve 38'i (%8,1) 10 yıl ve üzeri aynı birimde görev yapmaktadır. Sağlık çalışanlarının 249'u (%52,9) hemşire, 131'i (%27,8) teknisyen veya laborant ve 91'i (%19,3) ise hekimlerden oluşmaktadır. Hasta mahremiyeti konusunda herhangi bir eğitim aldınız mı sorusuna ise katılımcıların 302'si (%64) evet cevabı verirken, 169'u (%36) hayır cevabını vermiştir.

Tablo 2. Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine Yönelik Genel Düşünceleri

Mahremiyet Konusundaki Düşüncelere Katılım Düzeyi	Mahremiyet konusunda hizmet içi eğitime gerek vardır.		Günümüzde mahremiyet hakkı yükselen bir değerdir.		Hasta mahremiyetinin sağlanması çalışanların değerlendirilmesinde bir ölçü olamaz.	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Kesinlikle katılmıyorum	10	2,1	25	5,3	118	25,1
Katılmıyorum	14	3,0	15	3,2	98	20,8
Kararsızım	28	5,9	22	4,7	68	14,4
Katılıyorum	181	38,4	191	40,6	99	21,0
Kesinlikle katılıyorum	238	50,5	218	46,3	88	18,7
Toplam	471	100	471	100	471	100,0

Tablo 2'de görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik genel düşüncelerini ortaya koymak amacıyla üç soru yöneltilmiştir. Bu sorulara verilen cevaplar incelendiğinde sağlık çalışanlarının 419'u (%88,9) mahremiyet konusunda hizmet içi eğitime gereksinim olduğunu düşünmektedir. Ayrıca mahremiyet hakkının yükselen bir değer olduğuna ilişkin olumlu görüş belirtenlerin sayısı ise 409 (%86,9) kişidir. Hasta mahremiyetinin sağlanması çalışanların değerlendirilmesinde ölçü olmamalı sorusuna katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum şeklinde cevap verenlerin sayısı ise 187 (%39,7) kişidir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının "Hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumları" ile ilgili maddelere verdikleri cevapların aritmetik ortalaması ve standart sapması Tablo 3'te gösterilmektedir.

Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine Yönelik Tutumları

Sıra No	İfadeler	\bar{x}	Ss.
1. Polikliniklerde Mahremiyet Uygulamaları			
1	Kurumunuzda poliklinik odasında muayene alanı paravanla tam olarak ayrılmış ya da hasta muayene sedyesi etrafı perde ile tam olarak kapanabilen tasarımda olmalıdır.	4,46	0,722
2	Kurumunuzda poliklinikte hasta varken aynı zamanda başka bir hasta alınmamalıdır.	4,53	0,590
3	Poliklinik odasında doktor dışında kimselerin (Hemşire, sekreter, personel vb.) olmamasını isteme hakkı vardır.	4,10	0,966
4	Poliklinik odasında hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duyması engellenmelidir.	4,50	0,615
5	Poliklinik odasında kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılması engellenmelidir.	4,57	0,614
2. Doktor Odalarında Mahremiyet Uygulamaları			
6	Doktor odasında muayene alanı paravan vb. ile ayrılmış olmalıdır.	4,52	0,604
7	Doktor odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta veya yardımcı personel alınmamalıdır.	4,32	0,873

Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine Yönelik Tutumları (Devamı)

Sıra No	İfadeler	\bar{x}	Ss.
8	Doktor odasında hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duyması engellenmelidir.	4,46	0,679
9	Doktor odasına kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılması engellenmelidir.	4,55	0,679
3. Görüntüleme Birimlerinde Mahremiyet Uygulamaları			
10	Her bir görüntüleme odasında ayrı bir soyunma odası veya paravanla ayrılmış ayrı bir bölüm bulunmalıdır.	4,55	0,585
11	Hastaların görüntüleme salonuna tek tek alınmaları sağlanmalıdır.	4,56	0,572
12	Görüntüleme odalarında kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılması engellenmelidir.	4,62	0,589
4. Kliniklerde Mahremiyet Uygulamaları			
13	Yataklı servise kabul ve taburcu işlemleri esnasında hastanın verdiği bilgileri üçüncü kişilerin duyması engellenmelidir.	4,58	0,617
14	Yataklı servislerde birden fazla hastanın bulunduğu odalarda her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunmalıdır.	4,63	0,562
15	Yataklı servislerde ameliyat öncesi hastaya önlük giydirme ve bone takma gibi konularda mahremiyete özen gösterilmelidir.	4,64	0,559
16	Yataklı servislerde ameliyat sonrası hasta servise nakil edilirken hasta mahremiyetine özen gösterilmez.	4,61	0,576
17	Yataklı servislerde pansuman esnasında mahremiyete dikkat edilmelidir.	4,60	0,578
18	Yataklı servislerde doktor viziti esnasında mahremiyete dikkat edilmelidir.	4,61	0,580
19	Yataklı servislerde hemşire nöbet değişimlerinde hasta başında yapılan devir teslimde mahremiyete dikkat edilmelidir.	4,58	0,599
20	Yataklı servislerde hasta bilgilerinin bulunduğu dosyaların üçüncü kişilerin görmesi engellenmelidir.	4,55	0,606
21	Yataklı servislerde hastaya sürgü veya ördek verirken mahremiyete dikkat edilmelidir.	4,62	0,556
22	Yataklı servislerde hasta odalarında bulunan tuvalet ve duş kullanımında mahremiyete dikkat edilmelidir.	4,62	0,540
5. Yoğun Bakım Ünitelerinde Mahremiyet Uygulamaları			
23	Yoğun bakım ünitesinde her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunmalıdır.	4,59	0,561
24	Yoğun bakım ünitelerinde bilinci kapalı hastanın beden mahremiyetine azami özen gösterilmelidir.	4,57	0,607
6. Diyaliz Merkezinde Mahremiyet Uygulamaları			
25	Diyaliz ünitelerinde hastaların giyinme soyunma işlemini rahatlıkla yapabilmesi için yeterli dolap bulunmalıdır.	4,60	0,611
7. Acil Serviste Mahremiyet Uygulamaları			
26	Acil servislerde her bir kabin perde/paravanla ayrılmalı ve mahremiyete dikkat edilmelidir.	4,55	0,599
27	Acil servislerde hastanın taşınması sürecinde mahremiyete dikkat edilmelidir.	4,58	0,573
28	Acil servislerde bilinci kapalı veya hayatını kaybetmiş olarak acil servise gelen hastanın mahremiyetine dikkat edilmelidir.	4,64	0,559

Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine Yönelik Tutumları (Devamı)

Sıra No	İfadeler	\bar{x}	Ss.
8. Hasta Bilgilerinin Gizliliği			
29	Hasta ile ilgili tıbbi verilerin hepsinin kaydedilmesi gerekir.		
30	Hastalar için bilgi güvenliği politikaları tanımlanmalıdır.	4,59	0,538
31	Hasta bilgi güvenliği prosedürü hazırlanmalıdır.	4,58	0,582
32	Kurumda kimin hangi yetkilerle ne tür verilere ulaşabileceği tanımlanmalıdır.	4,60	0,585
33	Hastalarla ilgili her türlü kaydın kim tarafından ve hangi tarihte girildiği saptanabilmelidir.	4,59	0,594
34	Hastaların klinik kayıtlarına yalnızca konu ile ilgili olarak yetkilendirilmiş kişinin giriş yaptığını denetleyen süreç izlenebilmelidir.	4,56	0,612
35	Hasta kayıtlarının yedeklenmesi ile ilgili süreç (kim tarafından, ne zaman yapılacağı, nerede saklanacağı vb.) tanımlanmış olmalıdır.	4,57	0,612
36	Hasta bilgileri alınırken işlem yapacak personel kendini tanıtmalıdır.	4,53	0,624
37	Hastaya ait bilgilerin hasta yakınlarından kimlerle paylaşılacağı hakkında hastanın bilgisi alınmalıdır.	4,51	0,635
38	Hastaya ait bilgilerin ne kadarının tıbbi araştırmalar ve sosyal güvenlik kurumu ile paylaşılacağı bilgisi alınmalıdır.	4,45	0,721
39	Hastalar kamu sağlığını ilgilendiren bir durum yoksa sağlık sistemine kayıtlı olan bilgilerden istediğini sildirebilmelidir.	4,02	1,207
40	Genel kullanım alanlarında görevli personel işini yaparken hastaya kendini tanıtmalıdır.	4,59	0,621
9. Genel Kullanım Alanlarında Mahremiyet			
41	Emzirme odalarına perde ve paravan konulmalıdır.	4,68	0,536
42	Kan alma gibi işlemlerde perden ya da paravan kapatmadan organ açılmamalıdır.	4,63	0,619
43	Hasta hakları birimine müracaat esnasında hasta mahremiyetine dikkat edilmelidir.	4,55	0,603
44	Hasta ve refakatçilerin kullandığı ortak alanlar, bekleme salonları vb. yerlerde mahremiyet korunması yönünde gereken özenli yaklaşım gösterilmelidir.	4,55	0,613
45	Hastalar mahremiyetin korunması yönünde gereken özen gösterilmez ise şikayet edebilmelidir.	4,55	0,606
46	Hastalar sağlık kuruluşundan ayrılırlar bile mahremiyet hakları devam etmelidir.	4,62	0,590
47	Hastalar mahremiyetin korunmasını açıkça talep edebilirler.	4,65	0,576
48	Hastalığın mahiyeti gerekmedikçe hastaların şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemelidir.	4,58	0,613
49	Hasta harcamalarının kaynağı gizli tutulmalıdır.	4,39	0,870
50	Hastalar tedavi süreçleri hakkında sağlık profesyonellerinin hiçbir tesir altında kalmadan karar vermelidir.	4,35	0,991
51	Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermemelidir.	4,60	0,754
Ortalama		4,53	0,098

Tablo 3'te görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla 9 bölüm ve 51 sorudan oluşan bir envanter kullanılmıştır. Envanterde yer alan sorulara verilen cevapların genel ortalaması 4,53 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca her bölümdeki en yüksek ortalama sahip sorular ise şu şekilde sıralanmaktadır: "Poliklinik

odasında kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılması engellenmelidir ($\bar{x}=4,57$). Doktor odasına kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılması engellenmelidir ($\bar{x}=4,55$). Görüntüleme odalarında kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılması engellenmelidir ($\bar{x}=4,62$). Yataklı servislerde ameliyat öncesi hastaya önlük giydirme ve bone takma gibi konularda mahremiyete özen gösterilmelidir ($\bar{x}=4,64$). Yoğun bakım ünitesinde her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunmalıdır ($\bar{x}=4,59$). Diyaliz ünitelerinde hastaların giyinme soyunma işlemini rahatlıkla yapabilmesi için yeterli dolap bulunmalıdır ($\bar{x}=4,60$). Acil servislerde bilinci kapalı veya hayatını kaybetmiş olarak acil servise gelen hastanın mahremiyetine dikkat edilmelidir ($\bar{x}=4,64$). Kurumda kimin hangi yetkilerle ne tür verilere ulaşabileceği tanımlanmalıdır ($\bar{x}=4,60$). Emzirme odalarına perde ve paravan konulmalıdır ($\bar{x}=4,68$).”

3.2. Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine Yönelik Tutumlarının Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Sosyo-demografik değişkenler açısından sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla yapılan çalışmalarda oluşan tablo ve yorumlar aşağıda gösterilmiştir. Çalışmada ikili karşılaştırmalarda *bağımsız gruplar arası t testi*, çoklu karşılaştırmalarda ise *tek yönlü varyans analizi testi* kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizinde gruplar arası farkın nereden kaynaklandığının saptanması amacıyla varyansların homojenlik varsayımı yerine gelmediği durumlarda *Games-Howell Testi*, homojenlik varsayımı yerine geldiği durumlarda ise *Scheffe Testi* kullanılmıştır. Araştırma sonuçlarından sadece anlamlı farklılıkların gözlemlendiği durumlara ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 4. Polikliniklerdeki Hasta Mahremiyeti Uygulamalarına Yönelik Tutumların Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Bağımsız Gruplar Arası t Testi		Sayı	Ort.	t		p
Cinsiyet	Kadın	289	21,96	-2,046	0,041	
	Erkek	182	22,46			
Tek Yönlü Varyans Analizi		Sayı	Ort.	F	p	Post Hoc
Çalışılan Kurum	Devlet	181	21,11	28,506	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
	Üniversite	140	22,40			
	Özel	150	23,17			
Çalışılan Bölüm	Dahili	138	22,43	3,330	0,019	Games Howell test sonuçlarına göre: Dahili-Acil ve Cerrahi – Acil grupları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
	Cerrahi	152	22,32			
	Acil	82	21,34			
	Laboratuvar	99	22,18			
Eğitim Durumu	Lise	146	21,86	4,471	0,004	Scheffe test sonuçlarına göre: Ön lisans- lisansüstü grupları arasında fark bulunmuştur ($p<0,05$).
	Ön lisans	99	21,61			
	Lisans	158	22,42			
	Lisansüstü	68	22,92			

Tablo 4’te görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının poliklinik uygulamalarına yönelik tutumlarının *cinsiyet, çalışılan kurum, çalışılan bölüm ve eğitim durumu* açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ancak *eğitim alma durumu, yaş,*

çalışma süresi, meslek ve medeni durum açısından ise anlamlı bir farkın olmadığı ($p>0,05$) görülmüştür.

Tablo 5. Doktor Muayene Odalarında Hasta Mahremiyeti Uygulamalarına Yönelik Tutumların Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Bağımsız Gruplar Arası t Testi		Sayı	Ort.	t		p
Eğitim alma durumu	Hayır	169	17,41	-2,942		0,003
	Evet	302	18,08			
Tek Yönlü Varyans Analizi		Sayı	Ort.	F	p	Post Hoc
Çalışılan Kurum	Devlet	181	16,90	38,109	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
	Üniversite	140	17,81			
	Özel	150	19,01			
Çalışılan Bölüm	Dahili	138	18,04	3,043	0,029	Scheffe test sonuçlarına göre: Cerrahi – Acil grupları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
	Cerrahi	152	18,13			
	Acil	82	17,30			
	Laboratuvar	99	17,56			
Çalışma Süresi	0-4	300	18,07	8,683	0,000	Scheffe test sonuçlarına göre tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
	5-9	133	17,74			
	10 ve üzeri	38	16,42			

Tablo 5’te görüldüğü gibi test işlemleri sonucunda çalışanların doktor odaları uygulamalarına yönelik tutumlarının “eğitim alma durumu, çalışılan kurum, çalışılan bölüm ve çalışma süresi” açısından farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ancak cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek ve yaş grupları” açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 6. Görüntüleme Odalarındaki Hasta Mahremiyeti Uygulamalarına Yönelik Tutumların Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Bağımsız Gruplar Arası t Testi		Sayı	Ort.	t		p
Eğitim alma durumu	Hayır	169	5,53	-2,501		0,013
	Evet	302	5,73			
Tek Yönlü Varyans Analizi		Sayı	Ort.	F	p	Post Hoc
Çalışılan Kurum	Devlet	181	5,71	12,349	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre Devlet-Üniversite ve Özel-Üniversite grupları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
	Üniversite	140	5,40			
	Özel	150	5,84			
Çalışılan Bölüm	Dahili	138	5,50	3,102	0,026	Games Howell test sonuçlarına göre: Dahili-Acil grubu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
	Cerrahi	152	5,69			
	Acil	82	5,81			
	Laboratuvar	99	5,71			

Tablo 6’da görüldüğü gibi sağlık çalışanların görüntüleme odaları açısından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından

farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla ikili karşılaştırmalarda *bağımsız gruplar arası t testi* çoklu karşılaştırmalarda ise tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların görüntüleme odaları uygulamalarına yönelik tutumlarının “*eğitim alma durumu, çalışılan kurum ve çalışılan bölüm* açısından farklılık gösterdiği ($p<0,05$) ancak “*cinsiyet, medeni durum, çalışma süresi, eğitim durumu, meslek ve yaş grupları*” açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 7. Yataklı Servislerde Hasta Mahremiyeti Uygulamalarına Yönelik Tutumların Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Tek Yönlü Varyans Analizi		Sayı	Ort.	F	p	Post Hoc
Çalışılan Kurum	Devlet	181	43,56	67,92	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre: tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
	Üniversite	140	45,77			
	Özel	150	49,20			
Çalışılan Bölüm	Dahili	138	47,18	7,95	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre: Dahili-Acil, Cerrahi – Acil ve Laboratuvar-Dahili grupları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
	Cerrahi	152	46,55			
	Acil	82	44,35			
	Laboratuvar	99	44,96			
Çalışma Süresi	0-4	300	46,50	4,82	0,008	Scheffe test sonuçlarına göre: 0-4 ile 10 ve üzeri grupları arasında fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
	5-9	133	45,44			
	10 ve üzeri	38	44,23			

Tablo 7’de görüldüğü gibi sağlık çalışanların yataklı servislerde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla yapılan analizler sonucunda; “*çalışılan kurum, çalışılan bölüm ve çalışma süresi*” açısından farkın anlamlı olduğu ($p<0,05$) diğer sosyo-demografik özellikler açısından ise anlamlı farkın olmadığı ($p>0,05$) görülmüştür.

Tablo 8. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Mahremiyeti Uygulamalarına Yönelik Tutumların Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Tek Yönlü Varyans Analizi		Sayı	Ort.	F	p	Post Hoc
Çalışılan Kurum	Devlet	181	8,59	65,03	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
	Üniversite	140	9,18			
	Özel	150	9,83			
Çalışılan Bölüm	Dahili	138	9,45	18,88	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre: Dahili-Acil, Cerrahi – Acil ve Laboratuvar-Acil grupları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
	Cerrahi	152	9,38			
	Acil	82	8,45			
	Laboratuvar	99	9,01			

Tablo 8. Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Mahremiyeti Uygulamalarına Yönelik Tutumların Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması (Devamı)

Tek Yönlü Varyans Analizi		Sayı	Ort.	F	p	Post Hoc
Çalışma Süresi	0-4	300	9,23	3,55	0,029	Games-Howell test sonuçlarına göre: 0-4 ile 5-9 grupları arasında fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05).
	5-9	133	8,95			
	10 ve üzeri	38	9,36			
Yaş	19-29	244	9,16	4,94	0,007	Games Howell test sonuçlarına göre tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05).
	30-39	158	9,00			
	40 ve üzeri	69	9,50			

Tablo 8’de görüldüğü gibi sağlık çalışanların yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla çoklu karşılaştırmalarda *tek yönlü varyans analizi* testi kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların yoğun bakım üniteleri uygulamalarına yönelik tutumlarının “*çalışılan kurum, çalışılan bölüm, çalışma süresi ve yaş grupları*” açısından farklılık gösterdiği (p<0,05); “*cinsiyet, medeni durum, eğitim alma durumu, eğitim durumu ve meslek*” açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 9. Diyaliz Ünitelerinde Hasta Mahremiyeti Açısından Sağlık Çalışanlarının Tutumlarının, Cinsiyet ve Eğitim Alma Durumu Açısından Karşılaştırılması

Bağımsız Gruplar Arası t Testi		Sayı	Ort.	t	p	
Cinsiyet	Kadın	289	4,54	-2,557	0,011	
	Erkek	182	4,68			
Eğitim alma durumu	Hayır	169	4,51	-2,006	0,046	
	Evet	302	4,64			
Tek Yönlü Varyans Analizi		Sayı	Ort.	F	p	Post Hoc
Çalışılan Kurum	Devlet	181	4,35	43,05	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05).
	Üniversite	140	4,55			
	Özel	150	4,92			
Çalışılan Bölüm	Dahili	138	4,61	5,25	0,001	Games Howell test sonuçlarına göre: Cerrahi – Acil grupları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05).
	Cerrahi	152	4,72			
	Acil	82	4,41			
	Laboratuvar	99	4,52			
Meslek	Hekim	91	4,73	3,05	0,048	Games Howell test sonuçlarına göre Hekim-Hemşire gruplarında fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05).
	Hemşire	249	4,55			
	Teknisyen (labotuar/röntgen)	131	4,58			
Yaş	19-29	244	4,61	43,05	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05).
	30-39	158	4,56			
	40 ve üzeri	69	4,60			

Tablo 9’da görüldüğü gibi sağlık çalışanların diyaliz üniteleri uygulamalarına yönelik tutumlarının “*eğitim alma durumu, cinsiyet, çalışılan kurum, çalışılan bölüm, meslek ve yaş grupları*” açısından farklılık gösterdiği ($p<0,05$); *medeni durum*, “*çalışma süresi ve eğitim durumu*” açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 10. Acil Servislerde Hasta Mahremiyeti Açısından Sağlık Çalışanlarının Tutumlarının Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Bağımsız Gruplar Arası t Testi		Sayı	Ort.	t		p
Eğitim alma durumu	Hayır	169	13,46	-3,082		0,002
	Evet	302	13,94			
Tek Yönlü Varyans Analizi		Sayı	Ort.	F	p	Post Hoc
Çalışılan Kurum	Devlet	181	13,01	63,05	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
	Üniversite	140	13,64			
	Özel	150	14,80			
Çalışılan Bölüm	Dahili	138	14,17	16,11	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre: Dahili-Acil, Cerrahi – Acil, Laboratuvar-Dahili ve Laboratuvar-Cerrahi grupları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
	Cerrahi	152	14,15			
	Acil	82	13,07			
	Laboratuvar	99	13,19			
Meslek	Hekim	91	14,16	4,64	0,010	Games Howell test sonuçlarına göre: Hekim-Teknisyen gruplarında fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).
	Hemşire	249	13,77			
	Teknisyen (lababotuar/röntgen)	131	13,48			

Tablo 10’da görüldüğü gibi sağlık çalışanların acil servis uygulamalarına yönelik tutumlarının “*eğitim alma, çalışılan kurum, çalışılan bölüm ve meslek*” açısından farklılık gösterdiği ($p<0,05$); “*cinsiyet, medeni durum, çalışma süresi, eğitim durumu ve yaş grupları*” açısından anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 11. Hasta Bilgilerinin Korunmasına Tutumlarının Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Bağımsız Gruplar Arası t Testi		Sayı	Ort.	t		p
Eğitim alma durumu	Hayır	169	48,75	-2,322		0,021
	Evet	302	50,05			
Tek Yönlü Varyans Analizi		Sayı	Ort.	F	p	Post Hoc
Çalışılan Kurum	Devlet	181	46,85	49,22	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05).
	Üniversite	140	50,15			
	Özel	150	52,35			
Çalışılan Bölüm	Dahili	138	50,70	5,292	0,001	Scheffe test sonuçlarına göre: Dahili-Acil ve Dahili- Laboratuvar grupları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05).
	Cerrahi	152	50,04			
	Acil	82	48,40			
	Laboratuvar	99	48,30			
Çalışma Süresi	0-4	300	50,20	5,614	0,004	Games-Howell test sonuçlarına göre 0-4 ile 5-9 grupları arasında fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05).
	5-9	133	48,72			
	10 ve üzeri	38	47,73			

Tablo 11’de görüldüğü gibi sağlık çalışanların hasta bilgileri uygulamalarına yönelik tutumlarının “eğitim alma, çalışılan kurum, çalışılan bölüm ve çalışma süresi” açısından farklılık gösterdiği (p<0,05); “cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek ve yaş grupları” açısından ise anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 12. Hastanede Genel Kullanım Alanlarında Hasta Mahremiyeti Açısından Sağlık Çalışanlarının Tutumlarının Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Bağımsız Gruplar Arası t Testi		Sayı	Ort.	t		p
Eğitim alma durumu	Hayır	169	53,70	-2,738		0,007
	Evet	302	55,32			
Tek Yönlü Varyans Analizi		Sayı	Ort.	F	p	Post Hoc
Çalışılan Kurum	Devlet	244	49,82	26,806	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05).
	Üniversite	158	49,40			
	Özel	69	49,14			
Çalışılan Bölüm	Dahili	138	55,71	4,853	0,002	Scheffe test sonuçlarına göre: Laboratuvar-Dahili ve Dahili- Laboratuvar grupları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05).
	Cerrahi	152	55,26			
	Acil	82	54,15			
	Laboratuvar	99	53,08			
Çalışma Süresi	0-4	300	55,58	9,059	0,000	Games Howell test sonuçlarına göre tüm gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,05).
	5-9	133	53,33			
	10 ve üzeri	38	53,05			

Tablo 12’de görüldüğü gibi sağlık çalışanların genel kullanım alanları açısından hasta mahremiyeti uygulamalarına yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla bağımsız gruplar arası t testi kullanılmıştır. Test işlemleri sonucunda çalışanların genel kullanım alanları uygulamalarına yönelik tutumlarının “*eğitim alma, çalışılan kurum, çalışılan bölüm ve çalışma süresi*” açısından farklılık gösterdiği ($p<0,05$); “*cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek ve yaş grupları*” açısından ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Hastanın özel hayatının önemli bir parçasını oluşturan ve hastalığı ile ilgili mahremiyet oluşturan hususlar birçok yasal düzenlemelerle korunmuş olmakla birlikte, hasta haklarının en temel konularından birini teşkil etmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliğinde bu husus “Hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır, hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir, her türlü tıbbi müdahale hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir” şeklinde açık ve net bir şekilde güvence altına alınmıştır (TKHK 2014). Bu bağlamda hasta mahremiyetinin sağlanması hizmet sunan kurumlar açısından yasal zorunluluk teşkil etmektedir. Ayrıca hastaya hizmet veren tüm personelin bu konuda duyarlı olması ve hasta mahremiyetinin sağlanması hususunda gerekli özeni göstermeleri gerekmektedir.

Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının belirlenmesine yönelik olarak 289’u (%61,4) kadın, 182’si (%38,6) erkek olmak üzere toplam 487 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen bulguları şu şekilde sıralayabiliriz:

- Katılımcıların 146’sı (%31,0) lise ve 68’i (%14,4) lisansüstü eğitim almış olup, 152’si (%32,3) cerrahi birimlerde, 138’i (%29,3) dahili birimlerde, 99’u (%21,0) laboratuvar ve röntgende ve 82’si (%17,4) acil serviste görev yapmaktadır. Araştırmada üniversite hastanelerinden 140 (%29,7), devlet hastanelerinden 181 (%38,4) ve özel hastanelerden 150 (%31,8) sağlık çalışanına anket uygulanmıştır.
- Katılımcıların 302’si (%64) hasta mahremiyeti konusunda eğitim aldığını belirtmiştir. Literatürde sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti konusunda eğitim alıp almadıklarını tespiti yönelik az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bulan ve Neymen (2008) tarafından İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan hemşirelerin hasta hakları konusundaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi amacıyla yapılan bir çalışmada, katılımcıların %71’i son iki yıl içinde hasta hakları ile ilgili herhangi bir eğitim almadığını belirtmiştir. Teke ve diğerleri (2007) tarafından Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi’nde görev yapan hemşirelerin hasta hakları konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise hemşirelerin %45’inin, hasta hakları konusunda herhangi bir eğitim almadıkları belirlenmiştir.
- Çalışmada “hasta mahremiyeti konusunda hizmet içi eğitime gerek var mıdır?” sorusuna katılımcıların 419’u (%88,9) olumlu yönde cevap vermiştir. Topbaş ve diğerlerinin (2005) yapmış olduğu bir çalışmada sağlık hizmeti alanların hasta mahremiyetine saygı konusunda sıkıntı yaşadıkları, hizmeti sunan personelin bazılarının konu hakkındaki duyarlılıklarının az olduğu, muayene ve tedavi sırasında hastayı insan olarak değil, incelenecek bir materyal olarak gördükleri bulgusuna ulaşılmıştır. Hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların görüşlerini dikkate aldığımızda, sağlık çalışanlarına bu konuda daha fazla eğitim verilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

- Çalışmada “mahremiyet hakkının yükselen bir değer olduğuna” ilişkin olumlu görüş belirtenlerin sayısı 409 (%86,9) kişidir. Bu sonuç sağlık kuruluşlarının ve sağlık çalışanlarının mahremiyet konusunu gündemde tuttuklarının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.
- Çalışmada “hasta mahremiyeti çalışanların değerlendirilmesinde bir ölçü olamaz” sorusuna toplamda %46 oranında kesinlikle katılıyorum/katılıyorum cevabını vermiş ve kendilerinin bu konu ile değerlendirilmesinden hoşlanmamışlardır.
- Araştırmada sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarını belirlemeye yönelik 51 soru yer almaktadır. Sorulara verilen cevapların genel ortalaması incelendiğinde ($\bar{x}=4,48$) sağlık çalışanlarının mahremiyetinin korunması noktasında hassas oldukları ve olumlu yönde puanlama yaptıkları görülmektedir. Literatürde hastanelerde hasta mahremiyetine gösterilen özenin saptanmasına ilişkin sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Ünal ve diğerleri (2008) Kayseri Devlet Hastanesinde poliklinik hizmeti alan SSK mensubu erişkin hastalarda memnuniyet durumunu araştırdıkları bir çalışmada, katılımcıların %53,8’i çalışanların hasta mahremiyete saygı duyduklarını belirtmiştir. Topbaş ve diğerleri (2005) tarafından bir tıp fakültesi hastanesinde yapılan çalışmada, araştırma görevlilerinin %58,0’ı her zaman, %38,9’u genellikle herhangi bir girişimde bulunurken veya bakım verirken hastaların mahremiyetini koruduklarını ifade etmişlerdir. Ataş ve diğerleri (2003) tarafından askeri sağlık kurumlarından faydalanan asker ve siviller üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %86,6’sı sağlık personelinin hasta mahremiyetine saygı göstermelerinden memnun olduğunu beyan etmiştir. Kurtcebe (2009) tarafından hasta yakınlarının ve hekimlerin hasta haklarına yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada; “hasta mahremiyetinin korunması gereklidir” sorusuna sağlık çalışanlarının %84’ü katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Aydemir (2010)’in yaptığı araştırmada hastanelerde hastaların muayene, girişimsel işlemler ve tüm tıbbi tedavilerde mahremiyet gereksinimlerinin karşılandığı ve mahremiyete korumaya yönelik düzenlemelere (%83,5) büyük oranda uyulduğu saptanmıştır. Kıdak ve Aksaraylı (2008) tarafından İzmir’de bir eğitim ve araştırma hastanesinin servislerinde 2007 ve 2008 yıllarında yatarak tedavi gören hastalara yönelik yapılan bir çalışmada, “tedavileri süresince mahremiyete dikkat edilip edilmediğinde” ilişkin soruya hastaların 2007 yılında 739’u (98,5), 2008 yılında ise 726’sı (%96,8) katılıyorum yanıtı vermiştir. Yine Kaçar (2008)’in yaptığı araştırmada, hastaların büyük çoğunluğu (%74,6) muayene ve tedavileri için düzenlenen ortamlarda hasta mahremiyetinin korunduğunu belirtmiştir. Güden ve diğerlerinin (2012) yaptığı bir çalışmada çalıştıkları ünitelerde hasta mahremiyetini sağlamayı amaçlayan giyinme kabini bulunduğunu belirten çalışan oranı %78,7’dir. Bu çalışmada ise oran %89 olarak bulunmuştur. Bulgular arasında benzerlikler olduğu görülmektedir. Akdemir ve diğerlerinin (2006) yapmış olduğu hemodiyaliz ünitelerinde durum saptama çalışmasında hastalar için soyunma odası ve dolap bulunması oranı %76,5 olarak hesaplanmıştır. Yapılan bu çalışmada özel hastaneler için oran %76,7 ile benzerlik gösterirken, üniversite hastanelerinin oranı %81,4 devlet hastanelerinde ise bu oran %91,2’dir. Bu çalışmada devlet hastaneleri acil servislerinde mahremiyet uygulamalarının oranı ortalama %88,7 çıkmıştır. Topal ve diğerlerinin 2013 yılında bir devlet hastanesi acil servisinde yaptıkları araştırmada “tüm personel kişisel mahremiyetinize özen gösterdi mi?” sorusuna %84 beklentilerimin üzerinde, %14 beklentim düzeyinde cevabı vermiştir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik pozitif tutumlarının neredeyse en üst seviyede olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın sonuçları genel olarak literatürdeki diğer bulgularla benzerlikler göstermektedir. Ancak Hasta Aktivistleri Derneği’nin (2013) yaptığı çalışmada hastalar mahremiyete saygı gösterilmediğini ifade etmişlerdir. İstanbul Tabip Odası (2013) mevcut uygulamada kişisel sağlık verilerin korunmasında gerekli

titizliğin gösterilmediğini, kişilerin yeterince bilgilendirilmemekte olduğunu, kişinin kendine ait verileri sistemden geri alma hakkının olmadığını ve bu bilgilerin kimlerle paylaşılacağı belirsizlik içerdiğini söylemektedir. Bahse konu çelişkilerin hastalar ile sağlık profesyonelleri ve sağlık kuruluşlarının konuya farklı pencerelerden baktıklarını düşündürmektedir.

- Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının sosyo-demografik değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediğine ilişkin yapılan analiz sonuçlarının genel değerlendirmesi Tablo 13'te verilmiştir. Tablodaki taralı alanlar istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olan değişkenleri göstermektedir.

Tablo 13. Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetine Yönelik Tutumlarının Sosyo-Demografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Değişkenler	UYGULAMALAR								
	Poliklinik	Doktor muayene oda	Görüntüleme odası	Yataklı servis	Yoğunbakım	Diyaliz	Acil Servis	Hasta bilgileri	Genel kullanım alanları
Cinsiyet									
Medeni durum									
Eğitim alma durumu									
Çalışılan kurum									
Çalışılan bölüm									
Çalışma süresi									
Eğitim durumu									
Meslek									
Yaş									

- Tablo incelendiğinde cinsiyet, eğitim durumu, meslek ve yaş açısından az sayıda uygulamanın; eğitim alma durumu, çalışılan kurum çalışılan bölüm ve çalışma süresi açısından ise hemen hemen tüm uygulamaların istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir.
- Bu çalışmada cinsiyet açısından poliklinik ve diyaliz uygulamalarının, eğitim durumu açısından ise sadece poliklinik uygulamalarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Top ve diğerleri (2010) tarafından İzmir ili Sağlık Bakanlığı hastanelerinden hizmet alan 4.509 hasta ile gerçekleştirilen bir çalışmada hastaların genel hasta tatmin düzeylerinin de cinsiyete ve eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur.
- Analizler değerlendirildiğinde özel hastanelerde çalışanların mahremiyete yönelik olumlu tutumlarının devlet ve üniversite hastanelerinde çalışanlara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde bulgularımızı hem destekleyen hem de desteklemeyen çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin Demirel ve Bülbül (2014) tarafından yapılan bir çalışmada özel hastanelerden hizmet alan hastaların kamu hastanelerinden hizmet alan hastalara göre daha memnun olduğu belirlenmiştir. Taşlıyan ve Gök (2012) ise Kahramanmaraş'ta hastalara yönelik yaptıkları bir çalışmada "hastanenin muayene olurken mahremiyetini sağlaması" sorusuna verilen cevapların ortalamasının devlet hastanelerinde ($\bar{x}=2,31$), özel hastanelere ($\bar{x}=1,94$) oranla daha yüksek düzeyde olduğunu saptamıştır.
- Çalışmada görev yapılan bölümler açısından tüm hasta mahremiyeti uygulamaların istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği ve genellikle acil serviste çalışanların hasta mahremiyetine yönelik tutumlarının düşük seviyede olduğu belirlenmiştir. Acil servislere başvuran hastaların büyük çoğunluğu, nazik, şefkatli ve acısını paylaşan bir

hekim tarafından, mahremiyetine de saygı gösterilerek hemen değerlendirilip, tedavi edilmek beklentisinde (Topal ve diğerleri 2013) olduğundan acil servislerde hastaların mahremiyetine özen gösterilmesi daha da önem kazanmaktadır. Literatürde acil servislerdeki hasta mahremiyeti uygulamalarının tespitine yönelik çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Örneğin Oruş ve Taş (2014) tarafından AKÜ Tıp Fakültesi Acil Servisine başvuran 180 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada hasta mahremiyetine saygının %91,7 oranında olduğu belirlenmiştir. Mersinlioğlu ve Öztürk (2014) tarafından Trabzon'da dört farklı devlet hastanesinin acil servislerine başvuran 302 hasta ile yapılan bir başka çalışmada hastalar en çok hemşirelerin mahremiyetine saygı göstermelerinden (4,01±0,82) memnun olduğunu belirtmiştir. Topal ve diğerlerinin (2013) Sivas'ta bir hastanenin acil servisine başvuran hastalar üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada "Personel kişisel mahremiyetinize özen gösterdi mi?" sorusuna katılımcıların 369'u (%84) evet cevabını vermiştir. Bilir ve diğerleri (2015) ise yaptıkları çalışmada acil serviste görevli personelin %85,1'inin hastaların mahremiyetinin gözetilmesini önemli olarak gördüklerini tespit etmiştir. Bu sonuçlar acil servislerde sağlık çalışanlarının genel olarak hasta mahremiyetine gerekli özeni gösterdiğini ortaya koymaktadır.

- Çalışmada hasta mahremiyeti konusunda eğitim almış olmanın mahremiyete gösterilen özeni artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde Bilir ve diğerleri (2015) hastaların mahremiyetini korumak amacıyla sağlık çalışanlarına verilen eğitimlerin konu hakkında farkındalık oluşturduğunu belirtmektedir.
- Çalışma süresi bakımından analiz sonuçları incelendiğinde; 0-4 yıl hizmet süresine sahip çalışanların puan ortalamasının daha yüksek olduğu yani bir diğer ifadeyle çalışma süresi az olanların mahremiyete yönelik daha olumlu tutum sergiledikleri görülmüştür. Literatürde, çalışmamızın bu kısmında yer alan sonuçları karşılaştırabileceğimiz herhangi bir bulguya rastlanamamıştır.

Çalışma bulguları ve literatürde yer alan sonuçlar, sağlık çalışanlarının ve sağlık kuruluşlarının hasta mahremiyetine özen gösterilmesi noktasında hassas davrandıklarını ortaya koymakla birlikte, bu konuda kimi noktalarda aksaklıkların olduğu da bir gerçektir. Eksikliklerin giderilebilmesi için aşağıda belirtilen noktalarda bir takım düzenlemeler yapılmasının olumlu sonuçlar vereceği düşünülmektedir:

- Hasta mahremiyetinin sağlanması için daha fazla kamuoyu oluşturulmalıdır.
- Sağlık kuruluşlarında mahremiyet uygulamaları ve hasta beklentileri değerlendirilerek hasta mahremiyeti konusunda politikalar oluşturulmalıdır. Bu doğrultuda sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınlarına eğitim verilmelidir.
- Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti konusunda hukuki sorumluluklarının olduğu bildirilmelidir.
- Hasta mahremiyeti ihlalleri ile ilgili sağlıklı istatistikler tutulmalıdır.
- Mahremiyet hakkı ihlal edilen hastalar şikâyet konusunda cesaretlendirilmelidir.
- Sağlık sistemi üzerinde kayıtlı olan veriler için mahremiyeti sağlayacak filtreleme işlemleri hayata geçirilmelidir.
- Hasta mahremiyeti uygulamalarını denetleyen bağımsız bir denetim organı olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Akdemir N., Akkuş Y., Kapucu S. S. ve Karacan Y. (2006) Hemodiyaliz Ünitelerinde Durum Saptaması. **Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi** 13(1): 35-45.
2. Akpınar Oruç O. ve Üzel Taş H. (2014) Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri. **Kocatepe Tıp Dergisi** 15(2): 131-6.

3. Alan S. ve Erbay H. (2011) Tıp Etiği Açısından Ambulans Hizmetlerinde Hasta Mahremiyeti. **Akademik Acil Tıp Dergisi** 10(1): 33-38.
4. Ataç A., Azal Ö., Uçar M., Açikel C. ve Göçgeldi E. (2003) TSK Sağlık Kurumlarından Yararlanan Personelin Hasta Hakları ve Sağlık Personeli-Hasta İlişkisi Konusundaki Memnuniyetlerinin İtranet Üzerinden Araştırılması. **Gülhane Tıp Dergisi** 45(4): 309-315.
5. Aydemir İ. (2010) Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde hasta hakları uygulamalarının değerlendirilmesi. **Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi**, Ankara
6. Bilir Ö., Şişmanlar D., Ersunan G. ve Ayaz T. (2015) Acil Servis Çalışanlarının Hasta Haklarına Bakışı. **Konuralp Tıp Dergisi** 7(1): 28-33.
7. Blightman K., Griffiths S. E. and Danbury C. (2014) Patient confidentiality: when can a breach be justified? **Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain** | 14(2): 52-56.
8. Bord D. J. (2013) **Ethics in Medicine**. <https://depts.washington.edu/bioethx/topics/confiden>, Erişim tarihi: 9 Mart 2016.
9. Bulan T. ve Neymen A. (2008) Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Hakları İle İlgili Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi. **Türk Otorinolarenkoloji 30. Ulusal Kongre Özetleri**. <http://www.tkbbv.org.tr/dergi.aspx?Dergi=45&yil=2008&makale=9233>
10. Çobanoğlu N. (2009) **Kurumsal ve Uygulamalı Tıp Etiği**. Efil Yayınevi, Ankara.
11. Demirer Ö. ve Bülbül H. (2014) Kamu ve Özel Hastanelerde Hizmet Kalitesi, Hasta Tatmini ve Tercih Arasındaki İlişki: Karşılaştırmalı Bir Analiz. **Amme İdaresi Dergisi** 47(2): 95-119.
12. Doyal L. (1997) Human Need and the Right of Patients to Privacy. **Journal of Contemporary Health Law and Policy** 14(1): 1-21.
13. Hasta Hakları Net (2016) Bilinmeyen hak mahremiyet. <http://www.hastahaklari.net/Bilinmeyen-Hak-%E2%80%9C-Mahremiyet-E2%80%9D-376-haberi.aspx>, Erişim Tarihi: 09.05.2016.
14. İstanbul Tabip Odası (2013) **Kişisel Sağlık Verileri ve Mesleki Yaklaşımlar Çalıştayı**. <http://istabip.org.tr/3120-kiisel-salk-verileri-ve-mesleki-yaklamlar-caltay-yapld.html>, Erişim Tarihi: 09.03.2016.
15. Kaçar H. (2008) Hastanede Yatan Hastaların Hasta Hakları Konusunda Bilgi Düzeyi. **Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**, Afyon.
16. Kıdak L. B. ve Aksaraylı M. (2008) Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uygulaması. **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 10(3): 87-122.

17. Kilpi-Leino H., Va" lima" ki M., Dassen T., Gasull M., Lemonidou C., Scotte A. and Arndt M. (2001) Privacy: a review of the literature. **International Journal of Nursing Studies** 38(6): 663–671.
18. Kurtcebe Z. Ö. (2009) Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hasta Ve Yakınları İle Araştırma Görevlilerinin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi, Tutum Ve Yararlanma Durumlarının Değerlendirilmesi. **Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi**, Ankara.
19. Mersinlioğlu G. ve Öztürk H. (2015) Acil Servise Başvuran Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyi. **Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi** 2(2): 70-82.
20. Özer A. ve Günay O. (2007) Kayseri İl Merkezinde Çalışan Hekimlerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeyleri. **Erciyes Tıp Dergisi** 29(1): 56-63.
21. Parrott R., Burgoon J., Burgoon M. and LePoire B. (1989) Privacy between physicians and patients:More than a matter of confidentiality. **Social Science and Medicine** 29(12): 1381–1385.
22. Resmi Gazete, Tarih:01.08.1998. **23420 sayılı Hasta Hakları Yönetmeliği**.
23. Sağlık Bakanlığı (2015) **Hasta hakları istatistikleri**. <http://www.saglik.gov.tr/Hastahaklari/dosya/1-94773/h/2008--hasta-haklari-istatistikleri.pdf>, Erişim tarihi: 06.12.2015.
24. Sağlık Bakanlığı (2015) **Sağlıkta Kalite Standartları**. <https://kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=46&newsCat=1&newsID=1248>, Erişim tarihi: 05.12.2015.
25. Sümbüloğlu K. ve Sümbüloğlu V. (2004) **Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri**. 5. Baskı, Hatiboğlu Basım ve Yayım, Ankara.
26. Taşlıyan M. ve Gök S. (2012) Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması. **KSU İİBF Dergisi** 2(1): 69-94.
27. Teke A., Uçar M., Demir C., Çelen Ö. and Karaalp T. (2007) Evaluation of Knowledge and Attitudes of the Nurses Working in a Training Hospital about Patients' Rights. **TAF Prev Med Bull** 6(4): 259-266
28. TKHK (2014) Hasta Mahremiyetinin Sağlanmasına İlişkin 86642992 Sayılı Genelge.
29. Top M., Tarcan M., Güler H. ve Tekingündüz S. (2010) Hastane Sektöründe Yatan Hastaların Hasta Tatmini ve Hastane Kalitesi Algılamalarının Değerlendirilmesi: İzmir İli Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Örneği. **Akademik Bakış Dergisi** 22(4): 1-29.
30. Topal F. E., Şenel E., Topal F. ve Mansuroğlu C. (2013) Hasta memnuniyeti araştırması: Bir devlet hastanesinin acil kliniğine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri. **Cumhuriyet Tıp Dergisi** 35(2): 199-205.
31. Topbaş M., Özlü T., Çan G. ve Bostan S. (2005) Hekimler Hasta Haklarını Ne Kadar Biliyorlar? Bir Tıp Fakültesindeki Asistan ve İntern Hekimlerin Bilgi Düzeyleri. **Türkiye Klinikleri** 13(2): 81-85.

32. Türk Dil Kurumu (2014) **Güncel Türkçe Sözlük**. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.567925ccba8555.34733907, Erişim tarihi: 29.05.2015.
33. Türk Tabipler Birliği (2013) **Hasta haklarının tanımı ve gelişme süreci**. https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=984:hasta&catid=26:etik&Itemid=65, Erişim Tarihi: 12.01.2016.
34. Ünal D., Öztürk A., Tolga Y., Taşdelen C., Yazlak Z., Öğüt E., Gündüz E. ve Elmalı F. (2007) Kayseri Devlet Hastanesi'nden poliklinik hizmeti alan SSK mensubu erişkin hastalarda memnuniyet durumu. **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi** 3(8): 85-98.
35. Webster's New World Dictionary (1986). Prentice-Hall, New York.
36. WHO (2000) **World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance**. Geneva.
37. Wikipedia (2015) **Mahrem**. Erişim tarihi: 01 Aralık 2015 <https://tr.wikipedia.org/wiki/Mahrem>.
38. Wilen Berg J. (2011) **Patient Confidentiality: Privacy and Public Health**. <http://www.thedoctorwillseeyounow.com/content/bioethics/art3401.html>, Erişim tarihi: 03.12.2015.
39. Williams J. I. (1971) Problems of measuring social class in a public health agency. **Canadian Journal of Public Health** 62(6): 490-495.
40. Zencir G., Erdal E. ve Zencir M. (1999) Hekim ve Hemşirelerin Hasta Hakları Konusunda Tutumlarının İncelenmesi. **I. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı**, ss. 105-13, Kocaeli.

Sağlık Kurumları Yönetimi Literatüründe Stratejik Yönetim Üzerine Yürütülen Çalışmaların İçerik Analizi ile İncelenmesi

Aysun KANDEMİR*
Özgür UĞURLUOĞLU**

ÖZ

Sağlık kurumları yönetimi literatüründe stratejik yönetim alanında günümüze kadar yapılmış olan çalışmaların incelenmesi, stratejik yönetiminin geçirdiği aşamaların detaylı bir şekilde görülmesine olanak sağlamaktadır. Bu çalışmaların 2000’li yıllardan sonra hız kazandığı göz önüne alınarak, bu çalışmada Ocak 2010-Aralık 2015 yılları arasında yapılan ve belirli kriterlere göre seçilen ulusal ve uluslararası bilimsel makalelerin içerik analizi ile incelenmesi ve karşılaştırmalı olarak zaman içinde gösterdiği eğilimin ortaya konulması amaç edinilmiştir. Bu amaçla 12’si ulusal ve 63’ü uluslararası olmak üzere 75 makale değerlendirmeye alınmıştır. Anahtar kelimelere göre en fazla “performans, karar verme, kurum stratejisi, dengeli puan cetveli” gibi konuların çalışıldığı görülürken temel konulara açısından en fazla “stratejik karar verme, SWOT analizi ve çevre faktörleri, stratejik planlama ve strateji belirleme” gibi konuların çalışıldığı görülmüştür. Stratejik yönetimin alt alanları arasında yer alan stratejik finansal yönetim, stok yönetimi, maliyet yönetimi gibi alanlar ulusal literatürde yaygın bir uygulama alanı bulamazken uluslararası literatürde bu spesifik konuların çalışılmakta olduğu tespit edilmiştir. Çalışılmamış araştırma konularının görülmesi, eksik bulunan noktaların saptanması ve uluslararası literatüre göre ulusal literatürün daha yetersiz kalması, araştırmacıların sağlık yönetiminde stratejik yönetim literatüründe ortaya konulan bu boşlukları doldurmalarına imkân sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Stratejik yönetim, sağlık kurumları yönetimi, literatür, içerik analizi

Investigation of Studies on Strategic Management in Healthcare Management Literature through Content Analysis

ABSTRACT

Investigation of studies that have been made until today in the field of strategic management in healthcare management literature, enables to see the stages of strategic management in detail. Two main aims of this study, are to investigate national and international scientific articles that were selected based on pre-determined criteria conducted between January 2010-December 2015 through content analysis and to present the changing trends in strategic management with the research conducted after the 2000s. For this purpose, 75 articles were selected for consideration of which 12 were national and 63 were international. It is seen that subjects such as “performance, decision making, corporate strategy, balanced score card” had been studied the most according to keywords, while subjects such as “strategic decision making, SWOT analysis and environment factors, strategic planning and strategy formulation” had been studied the most in terms of the main subject. The subjects such as strategic financial management, inventory management, cost management are sub-fields of strategic management and were not studied extensively in the national literature whereas these areas had a wide coverage in the international literature. Recognition of the research subjects that had not been studied extensively, identification of missing points in the national literature will

* Arş. Gör., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,, kandemiraysun@gmail.com

** Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ougurlu@hacettepe.edu.tr

enable the researchers to fill the gaps presented in strategic management literature of healthcare management.

Keywords: *Strategic management, healthcare management, literature, content analysis*

I. GİRİŞ

Stratejik yönetim süreçlerinin sağlık kurumlarına hem teorik olarak uyarlanması hem de uygulama alanı olarak görülmeye başlanması çok eski bir geçmişe dayanmaktadır. 19. yüzyılın sonlarına doğru sağlık sektöründe de rekabet şiddetinin giderek artması, sağlık kurumlarının zor koşullarda varlıklarını sürdürmeye çalışmalarına neden olmuştur. Böyle bir ortamda sağlık kurumlarının yaşamını sürdürebilmesi ve rekabet avantajı elde edebilmesi, kurumların rakiplerine karşı alacağı konumunu belirlemesi açısından önem teşkil etmektedir. Dinamik bir çevrede faaliyet gösteren sağlık kurumlarında, hem iç hem de dış çevrenin değerlendirilmesi başta olmak üzere kurumu yönlendirecek stratejilerin belirlenmesi, bunlara yönelik uygun stratejilerin geliştirilmesi, uygulanması ve denetlenmesi konularında aktif bir şekilde çalışmalar yürütülmektedir. Bir sağlık kurumunun, amacının ne olduğunun, bu amaca ulaşmak için ne yapması ve ne tür teknikler kullanması gerektiğinin, nasıl rekabet avantajına sahip olabileceğinin, güçlü yönlerini geliştirip zayıf yönlerini nasıl elimine edebileceğinin, tehditlerden kaçınıp fırsatları nasıl değerlendirebileceğinin bilincinde olması gerekmektedir.

Stratejik yönetimin gelişim evreleri sağlık hizmetleri sektörüne yansımaları ile birlikte değerlendirilebilir. Buna göre, 1960'lar ve 1970'ler işletmelerde stratejik planlama konusunda önemli gelişmelerin olduğu dönemlerdir. 1980'li yıllara gelindiğinde, teknolojilerin hızla gelişmesi, pazarların küreselleşmeye başlaması örgütlerin rekabet kurallarını önemli ölçüde değişime uğratmıştır. İş çevrelerinin gösterdiği hızlı değişkenlik, strateji oluşturmaya oldukça sistematik ve biçimsel yaklaşan stratejik planlamayı güçleştirmiştir. Hızlı değişim, daha esnek ve yaratıcı stratejiler gerektirmektedir. 1980'lerde stratejik planlama görüşü stratejik yönetime doğru genişlemiştir. Bu evrim, yalnızca çevrenin dinamiklerinin öneminin ve örgütlerin kendi kendilerini tamamen yeniden keşfetmek zorunda olabileceklerinin kabulünü değil, aynı zamanda stratejinin devamlı yönetim ve değerlendirilmesinin başarı için kilit bir öneme sahip olduğunun da kabulü olmuştur. 1980 ve 1990'ların sonuna doğru pek çok sağlık kurumu, kendini stratejik bir şekilde yönetmeyi öğrenmek zorunda kalmıştır. Bunun bir sonucu olarak, pek çok stratejik yönetim aracı hem kamu hem de özel sağlık kurumlarına uyarlanmış ve geliştirilmiştir (Ginter et al. 2013). Bununla birlikte 2000'li yıllara kadar sağlık sektöründe yapılan çalışmaların stratejik operasyonlara yönelmekte yetersiz kaldığı görülmüştür (Li 2002).

Sağlık kurumları yönetiminde stratejik yönetimin az gelişmiş bir alan olmasının en önemli nedenlerinden birisinin ülke politikaları ile ilgili olduğu ileri sürülmektedir. Ülkelere göre rekabetin şiddetinin değişiklik göstermesi ve hatta bazı ülkelerde sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sunuluyor olması stratejik yönetim uygulamalarının bilinmemesine ya da çok uzun zaman sonra öğrenilmesine sebep olmuştur. Rekabet eksikliğinin olması stratejik yönetim uygulamalarının yapılmadığı ya da araştırılmadığı anlamına da gelmemektedir. Sağlık hizmetlerinin özellikleri düşünüldüğünde stratejik düşünme becerilerinin diğer sektörlerle göre daha fazla olması gerekmektedir (Köseoğlu ve diğerleri 2015).

Sağlık kurumlarında stratejik yönetim uygulamalarının diğer sektörlerle göre daha yavaş ilerlemesinin önünde maliyetlerin fazla olması, doğrudan insan hayatını etkilemesi ve sürekli olarak yeniliklerin takip edilmesi zorunluluğu gibi birtakım engeller de bulunmaktadır (Soylu, İleri 2010; Young, Ballarin 2006). Ayrıca belirsizliklerin fazla olması da sağlık yöneticilerinin stratejik karar vermesini zorlaştıran en önemli nedenlerden biri olmuştur. Buna karşılık, engel olarak sayılan belirsizlik durumu, yenilik ve değişime açık bir alan

olması gibi nedenler aslında stratejik yönetimin gelişimine zemin hazırlayan faktörler olarak karşımıza çıkabilmektedir. Bu engellerin aşılmasına çalışılması ile sağlık kurumları yöneticileri risk altında karar vermelerini gerektiren farklı durumlara karşı farklı stratejiler geliştirmek zorunda kalmışlardır. Bunun yanında yenilik ve değişim yoluyla rekabet üstünlüğü sağlayabilmek için bilgi yaratmak ve bu bilgiyi stratejik olarak kullanabilme becerisine sahip olmuşlar ve sürdürülebilir bir avantaj elde edebilmek için yeteneklere sahip olmanın önemini kavramışlardır.

Stratejik yönetim konularının nasıl uygulanabileceği, neler yapılması gerektiği ve işletmenin geleceği hakkında ne gibi tahminler yapılabileceği gerek kurum genelinde gerekse yöneticiler ve çalışanlar üzerinde bazı araştırmalar yapılarak incelemelere tabi tutulmaktadır. Ayrı bir disiplin olarak incelenmeye başlandığı zamandan günümüze kadar sürdürülen bu çalışmalar stratejik yönetim alanının yapısını ve gelişimini ortaya koymaktadır. Genel yönetim alanı kapsamında stratejik yönetim konulu çalışmaları ulusal literatürde inceleyerek Türkiye’de stratejik yönetim alanının entelektüel yapısını (Barca, Hızıroğlu 2009) ve kapsamını (Duman ve diğerleri 2005) ortaya koymaya çalışan çalışmalar olduğu gibi, uluslararası literatürde stratejik yönetim alanının gelişimini inceleyen çok sayıda çalışma (Nerur et al. 2008; Ramos-Rodriguez, Ruiz-Navarro 2004; Çetin, Çaylan 2015) bulunmaktadır. Ancak sağlık kurumları yönetimi alanında stratejik yönetim konusunun gelişimi ve yapısı henüz literatürde yeterince tartışılmamıştır. Bu konuda tespit edilen tek bibliyometrik çalışmada Köseoğlu ve diğerleri (2015) 2012 yılı ve öncesinde uluslararası sağlık hizmetleri literatüründe stratejik yönetim konulu makaleleri incelemişlerdir. Ancak ulusal sağlık hizmetleri literatüründe stratejik yönetim temalı çalışmaların yapısı herhangi bir çalışma da değerlendirilmemiştir. Bu sebeple bu çalışma da hem ulusal hem de uluslararası literatürde yayımlanan bilimsel makalelerin incelenmesi ile yakın dönemde sağlık hizmetlerinde stratejik yönetim üzerine çalışılan konular, bu konuların yıllara ve ulusal ve uluslararası literatüre göre dağılımı, üretilen çalışmaların kimler üzerinde yürütüldüğü, hangi araştırma türü ve veri toplama teknikleriyle yapıldığı ve hangi dergilerde yayımlandığı ortaya konulacaktır. Türkiye’de sağlıkta stratejik yönetim konusu oldukça yeni ve çeşitli çalışmalar yürütülmeye ihtiyaç duyulan bir alandır. Bu çalışma sonuçlarının özellikle bu alanda çalışma yapmak isteyen araştırmacılara çalışmalarını planlamaları ve ulusal literatürde çalışmaya ihtiyaç duyulan boşlukları görmeleri konusunda yardımcı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinde stratejik yönetim konularında yapılan çalışmaların tarihsel olarak incelenmesi ile bu alandaki gelişim süreci, zaman içinde nasıl değiştiği ve yıllara göre incelenen konuların neler olduğunu ortaya koyarak söz konusu döneme ilişkin değerlendirmelerin daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır.

II. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu çalışma, betimsel bir araştırma niteliğinde olup 2010 – 2015 yılları arasında ulusal ve uluslararası literatürde sağlık hizmetlerinde stratejik yönetim ve stratejik yönetim alt konularında yayımlanan bilimsel makalelerin içerik analizi ile araştırılmasını ve zaman içinde nasıl değişim gösterdiğinin karşılaştırmalı olarak incelenmesini amaç edinmiştir.

2.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Önceden belirlenen niteliklere sahip olan kişi, durum ya da olayların belirli kriterlere göre seçilmesi durumu (Yıldırım, Şimşek 2013) söz konusu olduğu için bu çalışmada amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak belirlenen kriterlerden en önemlisi 2010-2015 yılları arasında stratejik yönetim alanında yürütülen çalışmaların sağlık kurumlarında yapılmış olması gerekliliğidir. Bu çalışmaların da yakın bir tarih aralığında olması ve sağlık kurumlarında stratejik yönetim

alanına 2000’li yıllardan sonra odaklanması sebebiyle Ocak 2010 – Aralık 2015 tarih aralığı temel alınmıştır.

2.2. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Bu çalışmada, taranan ve kapsam dâhiline alınan makalelerden elde edilen ikincil verilerden faydalanılmıştır. Veri toplama aracı olarak ise nitel araştırmalarda doküman incelemesi yöntemi kullanılmıştır. Doküman incelemesi, belirli bir zaman dilimi içerisinde yayımlanan dokümanların belirli bir araştırma amacına göre incelenmesi yöntemidir (Yıldırım, Şimşek 2013). Bu amaçla, 05.10.2015-25.12.2015 tarihleri arasında EbscoHost, ProQuest Hospital Collection, Science Direct ve Google Akademik arama motorları kullanılarak Ocak 2010 ve Aralık 2015 yılları arasında yayımlanan ulusal ve uluslararası bilimsel makaleler taranmıştır. Arama kriterleri ve anahtar kelimeler Tablo 1’de verilmiştir.

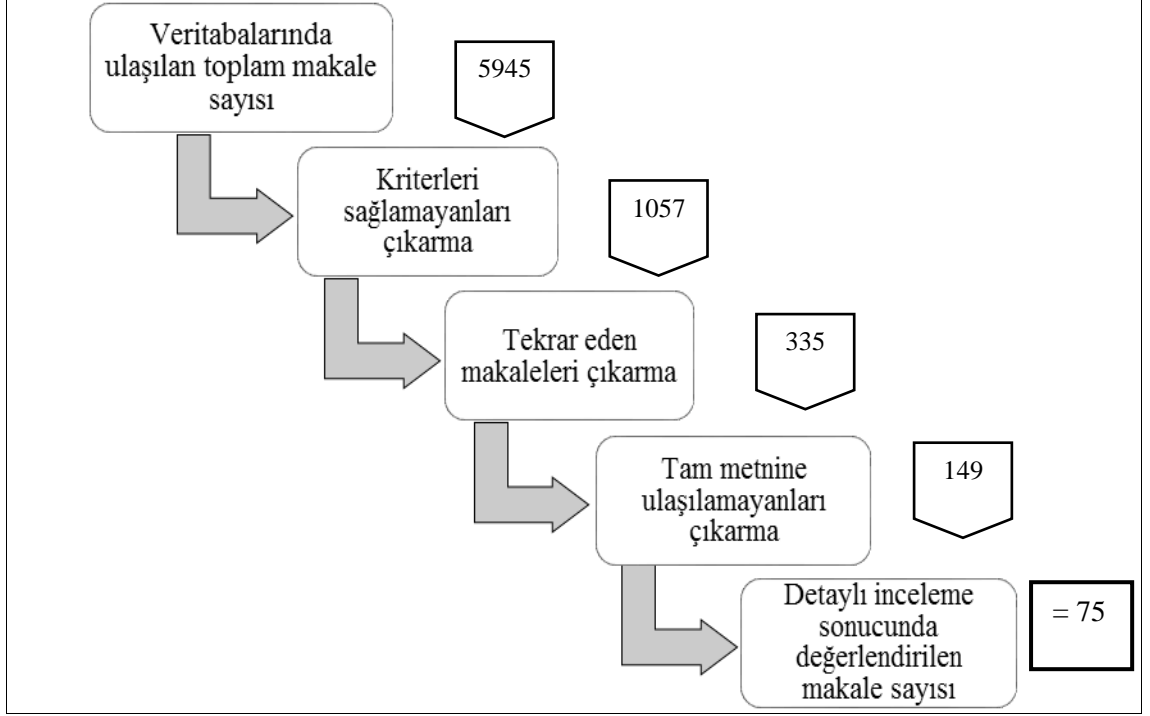
Tablo 1. Tarama Kriterleri ve Sonuçları

Veri tabanları	EbscoHost ProQuest Hospital Collection Science Direct Google Akademik	
Anahtar kelimeler	Sağlık ve (health and..)	Strateji (strategy) Stratejik yönetim (strategic management) 1. Misyona ve vizyon ifadeleri, değerler (mission and vision statement, values) 2. Stratejik planlama (strategic planning) 3. Stratejik karar verme (strategic decision-making) 4. Kritik başarı faktörleri (critical success factors) 5. Değer zinciri analizi (value chain analysis) 6. Dış çevre analizi (external environment analysis) 7. SWOT analizi (SWOT analysis) 8. Rekabet stratejileri (competitive strategies) 9. Birleşme ve satın almalar (mergers and acquisitions)
	Hastane ve (hospital and..)	
Arama kriterleri (Sınırlılıklar)	<ul style="list-style-type: none">• İngilizce ve Türkçe dilinde yazılmış olması• Hakemli bir dergide yayımlanmış olması• Ocak 2010 ve Aralık 2015 yılları arasında yayımlanmış olması• Nitel, nicel ya da karma araştırma yöntemlerinden birinin kullanılmış olması• Liderlik alanı ile ilgili çalışmaların hariç tutulması• Tam metnine ulaşılabilir olması	
Çıkan sonuç sayısı	5945	
Özet incelemesinden sonra elde edilen makale sayısı	75	

Tablo 1’deki anahtar kelimelerin makalelerin başlığında, anahtar kelimelerinde ve özetinde yer alması şartı aranmıştır. Taranan makalelerden sağlık hizmetlerinde yapılmış bir araştırma olup olmamasına göre bir elemeye tabi tutulmuştur. Çıkan sonuçlardan da yinelenen makaleler, klinik alanda yapılmış olan çalışmalar (tedavi stratejileri, cerrahide

kullanılan stratejiler vb.) ve nitel ya da nicel araştırma türünde olmayan makaleler kapsam dışında tutulmuştur. Belirlenen veri tabanlarında taranan anahtar kelimeler sonucunda toplamda 5945 makaleye ulaşılmıştır ve bunların içinden istenilen kriterlere uygunluk gösteren 75 adet araştırma makalesi incelenerek elde edilen veriler SPSS–21 paket programında analize tabi tutulmuştur (Şekil 1).

Şekil 1. Araştırmaya Uygun Makalelerin Dâhil Edilme Süreci

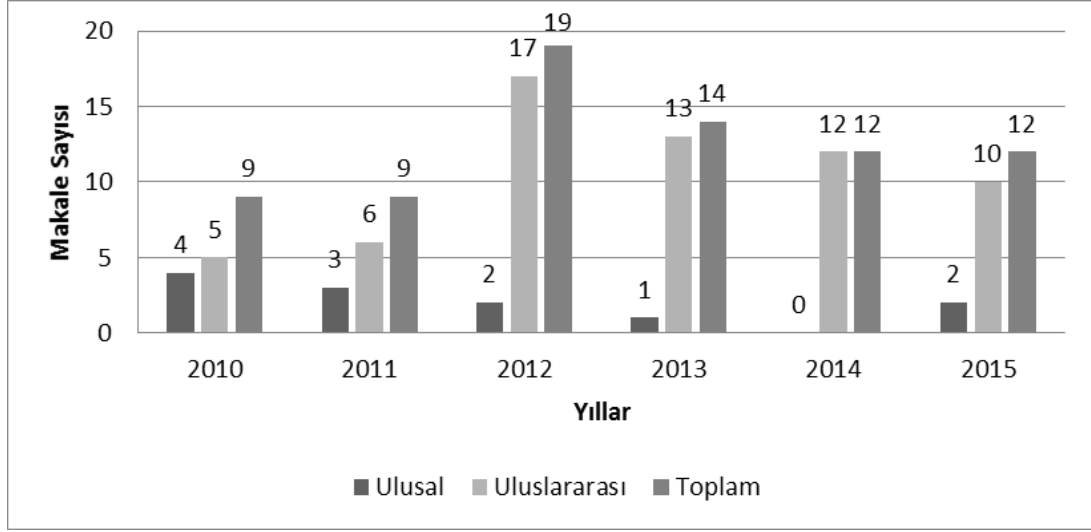


2.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Sadece belirlenen tarihler arasında ve belirlenen anahtar kelimelerle tarama yapılmış olup online dergiler dışında yayımlanan yüksek lisans ve doktora tezleri, kitaplar, kongre bildirileri gibi çalışmalar kapsam dışında tutulmuştur. Bilimsel makaleler içerisinde ise literatür derlemesi çalışmalarına yer verilmemiştir.

III. BULGULAR

Bu bölümde analize tabi tutulan makalelere ilişkin bulgular yer almaktadır. 2010-2015 yılları arasında incelenen 75 makalenin 12'sinin ulusal literatüre ve 63'ünün uluslararası literatüre ait olduğu görülmüştür. Şekil 2'ye göre en fazla makale (19 makale) 2012 yılında yayımlanmıştır ve bunlardan 17'si uluslararası makaledir. Makale sayısı 2011 yılına göre 2012 yılında en fazla artış göstermiş ve sonraki yıllarda azalış göstererek benzer oranda devam etmiştir.

Şekil 2. Yıllara Göre Yayımlanan Makalelerin Dağılımı

Tablo 2’de ise çalışmalarda kullanılan araştırma yöntemlerine yer verilmiştir. Buna göre makalelerin %44’ünde nitel, %41,3’ünde nicel ve %14,7’ünde her iki yöntemin de kullanıldığı karma yöntemler kullanılmıştır.

Tablo 2. Makalelerde Kullanılan Araştırma Türü

Türü	n	%
Nicel	31	41,3
Nitel	33	44,0
Karma	11	14,7
Toplam	75	100,0

Araştırmalarda kullanılan veri toplama yöntemlerine bakıldığında ise, en fazla %32 ile anket yönteminden faydalanılmıştır (Tablo 3). Anket yöntemini %26,7 ile karma yöntem izlemektedir. Karma yöntemde ise görüşme, gözlem ve anket yöntemlerinin ya da ek olarak hastane istatistikleri, performans ölçümleri, doküman inceleme, finansal veriler gibi ikincil verilerin birlikte kullanıldığı yöntemler kullanılmıştır. Tek başına gözlem yönteminin kullanıldığı çalışmaya rastlanılmamıştır.

Tablo 3. Makalelerde Kullanılan Veri Toplama Yöntemleri

Veri toplama aracı	n	%
Anket	24	32,0
Görüşme	19	25,3
Karma	20	26,7
İkincil veri	12	16,0
Toplam	75	100,0

Çalışma kapsamına alınan makalelerin bir kısmı gözlem ve ikincil veriler yoluyla hastanelerin incelenmesi şeklinde görülürken bir kısmı da anket ya da görüşme yoluyla kişiler üzerinden yürütülmüştür. Tablo 4, makalelerin hangi meslek grupları ya da kurumlar üzerinde yürütüldüğünü göstermektedir. Burada aynı makalede farklı meslek grupları üzerinde yürütülen çalışmalar olması sebebiyle dağılım buna bağlı olarak ayrı ayrı sınıflandırmaya tabi tutulmuştur. Buna göre 43 makalenin çalışma grubunu yönetici pozisyonunda bulunan kişiler (müdürler, müdür yardımcıları, başhekim ve yardımcıları, başhemşire ve yardımcıları, birim sorumluları, klinik şefleri vb.) oluşturmaktadır. 14

makalede de hastane geneli çalışma kapsamına alınarak hastane istatistikleri, finansal veriler gibi dokümanlardan faydalanılarak gerçekleştirilmiştir. 12'si ise hastane ya da sağlık kurumu bünyesinde bulunan idari ve teknik personel ile kurumdan hizmet alan hastalardan oluşmaktadır, 11'i yönetici pozisyonunda olmayan hastane ya da sağlık kurumu çalışanları (hekim, hemşire, eczacı vb.) ve 7'si de iç ve dış paydaşlardan oluşmaktadır.

Tablo 4. Yürütülen Araştırmaların Katılımcıları

Katılımcılar	n
Yöneticiler	43
Hastaneler / Sağlık kurumları	14
Sağlık personeli (hekim, hemşire, eczacı vb.)	11
Paydaşlar	7
Diğer (idari ve teknik personel, hastalar)	12

Analiz sonucunda 75 makalenin 62 farklı dergide yayımlandığı tespit edilmiş ve birden fazla makalenin yer aldığı dergiler Tablo 5'te verilmiştir. Buna göre en fazla makale (5 makale) "The Health Care Manager" dergisinde yayımlanmıştır. "The Health Care Manager" dergisini 4 makale ile "Health Care Management Review" ve 3 makale ile "BMC Health Services Research" takip etmektedir.

Tablo 5. Makalelerin Yayımlandığı Dergilere Göre Dağılımı

Dergi Adı	n
The Health Care Manager	5
Health Care Management Review	4
BMC Health Services Research	3
Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi	2
BAR, Rio de Janeiro	2
Health Policy	2
International Journal of Health Planning and Management	2

Araştırma kapsamında incelenen makalelere toplam 215 yazar katkı yaparken, 5 yazar (Bita Arbab Kash, Aaron Spaulding, Özgür Uğurluoğlu, Larry Gamm, Christopher E. Johnson) ise birden fazla makale ile katkı yapmıştır. Makalelerin %9,3'ü tek yazar, %30,7'si iki yazar, %28'i üç yazar ve %18,7'si dört yazar tarafından yazılmıştır (Tablo 6). Makalelerin 31 farklı ülkeden yazarlar tarafından yazıldığı görülmüş ve Amerika Birleşik Devletleri (20 yazar), Türkiye (13 yazar), Çin (6 yazar) ve Hollanda (4 yazar) literatüre en çok katkı veren ülkeler olarak tespit edilmişlerdir. Tek yazarlı makaleler dışında 68 makalenin 53'ü aynı ülkeden olan yazarlar tarafından yazılırken 15'i farklı ülkelerden yazarlar tarafından yazılmıştır. Bunun yanında 23 makalenin yazarlarının aynı üniversite ya da kurumdan olduğu görülürken 45 makalenin yazarlarının farklı üniversite ya da kurumlardan olduğu görülmüştür.

Tablo 6. Makalelerin Yazar Sayıları

Yazar sayısı	n	%
Tek yazar	7	9,3
2 yazar	23	30,7
3 yazar	21	28,0
4 yazar	14	18,7
5 yazar	6	8,0
6 yazar	1	1,3
7 yazar	2	2,7
8 yazar	1	1,3
Toplam	75	100,0

75 makalenin 9'unda hiç anahtar kelime kullanılmazken, anahtar kelimelerin kullanıldığı makalelerde toplamda 296 anahtar kelime tespit edilmiştir. En ilgili beş tanesi değerlendirmeye alınmış ve aynı ya da benzer anahtar kelimeler birleştirilerek 44 anahtar kelime altında toplanmıştır ve bunlar toplamda 272 kez tekrar edilmiştir (Tablo 7). En sık tekrar edilen anahtar kelimeler hastane (31 kez), performans (17 kez), ve karar verme (10 kez) olarak belirlenmiştir.

Tablo 7. Makalelerde Kullanılan Anahtar Kelimelerin Sıklıkları

Anahtar Kelimeler	n
<i>Hastane</i> (Hastane yönetimi, özel hastane, sağlık kurumları, sağlık yönetimi, sağlık işletmeleri, sağlık hizmetleri, sağlık hizmeti sunucuları, sağlık sektörü, sağlık hizmetleri sektörü, kamu hastaneleri, kamu sağlık kurumları, kamu sektörü, kamu ve özel hastaneler, özel hastaneler)	31
<i>Performans</i> (Hastane performansı, performans değerlendirme, performans ölçümü, performans kriteri, performans yönetimi, performans ölçüm sistemleri, örgütsel performans, acil servis performans ölçümleri, anahtar performans göstergesi, stratejik anahtar performans göstergeleri)	17
<i>Karar verme</i> (Stratejik karar verme, karar verme stratejileri, karar kalitesi)	10
<i>Dengeli Puan Cetveli (Balanced scorecard)</i>	7
<i>Strateji</i> (Hastane stratejisi, kurum stratejisi)	7
<i>Bilgi</i> (Bilgi yönetimi, bilgi kapasitesi, bilgi edinimi, bilgi sunumu, yönetim bilgi sistemi, sağlık bilgi sistemleri)	6
<i>Stratejik planlama</i>	6
<i>SWOT analizi, çevre faktörleri</i>	6
<i>Misyon ifadesi, misyon açıklamalarının kalitesi, vizyon</i>	5
<i>Rekabet</i> (Rekabet avantajı, rekabet stratejileri, rekabetçi çevre, rekabetçi strateji, hastanenin rekabet gücü)	5
<i>Stratejik yönetim, stratejik yönetim süreci</i>	5
<i>Yenilik</i> (Örgütsel yenilik, sağlık hizmetlerinde yenilik, hizmetlerde yenilik)	5
<i>Yetenekler</i> (Profesyonel yetenekler, kültürel yetenek, hastanelerin kültürel yetenek değerlendirme aracı)	5
<i>Bilgi teknolojisi (BT)</i> (BT değeri, BT kullanımları, BT uygulaması)	4
<i>Hemşire</i> (Hemşirelik yönetimi, hemşirelerin bağlılığı)	4
<i>İnsan kaynakları yönetimi</i> (İnsan kaynakları yönetimi uygulamaları, stratejik insan kaynakları yönetimi)	4
<i>İttifak, işbirliği</i> (Stratejik ittifak, stratejik işbirliği)	4
<i>Çeşitlilik</i> (Çeşitlilik yönetimi, çeşitlendirme)	3
<i>Değişim</i> (Değişim uygulaması, örgütsel değişim)	3
<i>Sağlık hizmetleri kalitesi</i>	3
<i>Verimlilik, etkinlik, örgütsel etkinlik</i>	3
<i>Yönetim, yönetim uygulamaları, yönetim kurulu</i>	3

Tablo 7. Makalelerde Kullanılan Anahtar Kelimelerin Sıklıkları - Devamı

Anahtar Kelimeler	n
<i>Bilişsel çatışma, duygusal çatışma</i>	2
<i>Birinci basamak sağlık reformu, birinci basamak bakım</i>	2
<i>Değerler, değer yaratma</i>	2
<i>Elektronik sağlık kayıtları, e-reçete</i>	2
<i>Finansal, finansal iyileşme</i>	2
<i>Görüşme</i>	2
<i>Hizmet hataları, hizmet hatası telafi stratejileri</i>	2
<i>Kalitatif araştırma, kalitatif yöntem</i>	2
<i>Kritik erişim hastaneleri</i>	2
<i>Kurum, kurumsal teori</i>	2
<i>Öğrenme çıktısı, öğrenme stratejileri</i>	2
<i>Direnç, örgütsel direnç</i>	2
<i>Örnek olay, örnek olay araştırması</i>	2
<i>Politika uygulama, politika yapma</i>	2
<i>Profesyoneller, profesyonel gelişim</i>	2
<i>Sağlık hizmetleri pazarlaması, pazarlama</i>	2
<i>Sağlık işgücü, işgücü</i>	2
<i>Stratejik maliyet yönetimi, maliyet</i>	2
<i>Stratejilerin uygulanması, stratejik uygulamalar</i>	2
<i>Hospis bakım, palyatif bakım</i>	2
<i>Stratejik satın alma kararı verme, satın alma teknikleri</i>	2
<i>Diğer</i>	84
Toplam	272

Tablo 7’de sıklıkları verilen anahtar kelimeler, genellikle makalelerde incelenen konu hakkında ön bilgi sunmaktadır. Konuların hastane ya da sağlık kurumlarında araştırılması nedeniyle hastane, sağlık kurumları, sağlık hizmetleri, sağlık sektörü gibi anahtar kelimeler en sık kullanılmıştır. Bunu takiben sağlık kurumlarının performansı ve karar verme konularına ilişkin anahtar kelimelere sıklıkla yer verilmiştir. Ayrıca rekabet, yenilik, değişim, çeşitlilik, bilgi teknolojisi gibi konuların da çalışılmakta olduğu görülmüştür.

Makalelerin özet ve metin bölümlerinin incelenmesi sonucunda, çalışmalar 24 ana başlıkta toplanmıştır (Tablo 8). Buna göre stratejik yönetim alanında sağlık kurumlarında yapılan çalışmalardan 10’u stratejik karar verme, 9’u SWOT analizi ve çevre faktörleri ve 8’i stratejik planlama ve strateji belirleme üzerine yapılmıştır. Yapılan çalışmaların ana başlıklarına bakıldığında, stratejik yönetimin alt alanları arasında yer alan stratejik finansal yönetim, stok yönetimi, maliyet yönetimi gibi alanlarda yaygın bir şekilde uygulamaya geçilmediği görülmektedir. Rekabet avantajı kazanabilmek için kurumların öncelikle stratejik planlama ve karar verme alanlarında gelişme kaydetme eğiliminde oldukları söylenebilir. Bu çalışmaların da çoğunlukla uluslararası literatüre ait olduğu bulunurken ulusal literatürde de stratejik yönetim alt alanlarında çalışmalar yapılmaya başlandığı tespit edilmiştir.

Tablo 8. Temel Stratejik Yönetim Konuları

Temel Stratejik Yönetim Alanı	Ulusal	Uluslararası	Toplam
Stratejik karar verme	1	9	10
SWOT analizi, çevre faktörleri	0	9	9
Stratejik planlama, strateji belirleme	0	8	8
Stratejik yönetim uygulamaları	2	5	7
Paydaşlar, stratejik işbirliği, stratejik ittifak	0	5	5
Misyon, vizyon ve değerler	3	1	4
Rekabet avantajı, rekabet avantajı yaratma, rekabet stratejileri	1	3	4
Stratejik insan kaynakları yönetimi	0	4	4
Stratejik avantaj	0	3	3
Dengeli Puan Cetveli	0	2	2
Kritik başarı faktörleri	0	2	2
Stratejik bilgi yönetimi	0	2	2
Yetenekler	0	2	2
Hastane stratejisi, örgütsel strateji	0	2	2
Pazarlama stratejisi, niş strateji	0	2	2
Birleşme ve satın almalar	0	1	1
Finansal iyileştirme stratejileri	0	1	1
Hizmet telafi stratejileri	1	0	1
İş planları	0	1	1
Stratejik düşünme	1	0	1
Stratejik maliyet yönetimi	1	0	1
Stratejik öncelikler	0	1	1
Stratejik performans	0	1	1
Stratejik stok yönetimi	1	0	1
Toplam	12	63	75

Elde edilen bulgulara göre uluslararası literatürde hizmet telafi stratejileri, stratejik düşünme, maliyet yönetimi ve stok yönetimi dışında sınıflandırılan alanların tümünde çalışmalar yapıldığı en çok stratejik karar verme, SWOT analizi, çevre faktörleri ve stratejik planlama, strateji belirleme alanlarında yapılmıştır.

Yapılan çalışmaların yıllara göre dağılımına bakıldığında ise (Tablo 9), 2011 ve 2012 yılında en çok stratejik karar verme konusunda makale yayımlanmıştır. En az çalışmanın yapıldığı yıllardan biri olan 2011 yılında, stratejik karar verme ve SWOT analizi, çevre koşulları konularında çalışmalar yapıldığı görülmektedir. En fazla makalenin yayımlandığı 2012 yılında misyon, vizyon ve değerler, stratejik işbirliği ve ittifak, stratejik insan kaynakları yönetimi, rekabet, ve SWOT analizi, çevre faktörleri alt alanlarında çalışılmıştır. 2013 yılında stratejik planlama ve strateji belirleme çalışmaları artış gösterirken 2013 yılı ve sonrasında misyon, vizyon ve değerler konularında çalışmalara rastlanılamamıştır. Stratejik karar verme, SWOT analizi, çevre faktörleri, stratejik yönetim uygulamaları, stratejik planlama ve strateji belirleme konuları hemen hemen her yıl yaygın olarak literatürde yer bulmuştur.

Tablo 9. Stratejik Yönetim Temel Konularının Yıllara Göre Dağılımı

Temel Stratejik Yönetim Alanı	Yıllar						Toplam
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
Stratejik karar verme	0	4	3	1	0	2	10
SWOT analizi, çevre faktörleri	1	2	2	1	1	2	9
Stratejik planlama, strateji belirleme	1	0	1	4	0	2	8
Stratejik yönetim uygulamaları	1	0	1	2	2	1	7
Paydaşlar, stratejik işbirliği, stratejik ittifak	0	0	2	1	2	0	5
Misyon, vizyon ve değerler	1	1	2	0	0	0	4
Rekabet avantajı, rekabet avantajı yaratma, rekabet stratejileri	1	0	2	0	1	0	4
Stratejik insan kaynakları yönetimi	1	0	2	1	0	0	4
Stratejik avantaj	0	0	1	0	2	0	3
Dengeli Puan Cetveli	0	0	0	1	1	0	2
Hastane stratejisi, örgütsel strateji	0	0	0	1	1	0	2
Kritik başarı faktörleri	0	0	0	0	1	1	2
Pazarlama stratejisi, niş strateji	0	0	1	1	0	0	2
Stratejik bilgi yönetimi	0	0	1	0	1	0	2
Yetenekler	1	0	0	1	0	0	2
Birleşme ve satın almalar	0	0	1	0	0	0	1
Finansal iyileştirme stratejileri	0	1	0	0	0	0	1
Hizmet telafi stratejileri	0	0	0	0	0	1	1
İş planları	0	0	0	0	0	1	1
Stratejik düşünme	1	0	0	0	0	0	1
Stratejik maliyet yönetimi	1	0	0	0	0	0	1
Stratejik öncelikler	0	0	0	0	0	1	1
Stratejik performans	0	0	0	0	0	1	1
Stratejik stok yönetimi	0	1	0	0	0	0	1
Toplam	9	9	19	14	12	12	75

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık hizmetlerinde stratejik yönetim alanında yapılmış 12'si ulusal ve 63'ü uluslararası olmak üzere toplam 75 makale üzerinden değerlendirmelerin yer aldığı bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre, hem ulusal hem de uluslararası sağlık yönetimi literatüründe stratejik yönetim konularının sıklıkla çalışılan konular olmadığı söylenebilir. Yıllara göre makale sayılarında göreceli de olsa bir artış olmasına karşın genel yönetim literatüründe yürütülen benzer çalışmalarla (Nerur et al. 2008; Ramos-Rodriguez, Ruiz-Navarro 2004; Çetin, Çaylan 2015) karşılaştırıldığında sağlık kurumları yönetimi literatüründe stratejik yönetim konularında son beş yılda az sayıda çalışmanın yapıldığı dikkat çekmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında ise son beş yılda sağlık kurumları yönetimi alanında stratejik yönetim konularında yalnızca 12 çalışmanın yürütüldüğü tespit edilmiştir. Her ne kadar giriş bölümünde stratejik yönetim uygulamalarının sağlık hizmetlerinde neden yavaş ilerlediğinin nedenleri tartışılrsa da, belirsiz çevre koşullarının yoğun bir şekilde hissedilmesi ile sağlık sektörü stratejik karar verme, strateji belirleme ve planlama alanlarında stratejik yönetimin en fazla ihtiyaç duyulduğu sektörlerden biri haline gelmiştir. Türkiye'de özellikle 2003 yılında kabul edilen 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu ile kamuda stratejik planlamanın temelleri atılmış, yasal altyapısı oluşturulmuş ve kamu idareleri bir geçiş takvimi içerisinde stratejik planlarını hazırlamakla zorunlu tutulmuşlardır. Bu tarihten itibaren stratejik yönetim özellikle de stratejik planlama alanında yürütülen çalışmalarda bir

artış görülmeye başlandığı çeşitli araştırmalar (Barca, Hızıroğlu 2009; Duman ve diğerleri 2005) tarafından ortaya koyulmuştur. Ancak bu çalışmanın sonuçlarına göre bu artış eğiliminin sağlık sektörüne yansımaları yeterli olmamıştır. Köseoğlu ve diğerleri (2015) uluslararası literatürde de sağlık hizmetleri alanında stratejik yönetim konularının popüler olmadığını ortaya koymuşlar ancak kar amaçlı olsun ya da olmasın, rekabet bulunsun ya da bulunmasın sağlık sektörünün stratejik düşünmeye ve stratejik yönetim uygulamalarına ihtiyaç duyulan bir sektör olduğunu vurgulamışlardır. Dolayısıyla hem ulusal hem de uluslararası sağlık yönetimi literatüründe stratejik yönetim konulu çalışmalara ihtiyaç duyulduğu ve bu alanda yeterli bilgi birikimine ulaşılması için bu açığın kapatılması gerektiği söylenebilir.

Bu çalışmanın sonuçlarına bakıldığında, anahtar kelimelere göre en fazla makale “hastane ve performans”, “karar verme”, “kurum stratejisi” ve “dengeli puan cetveli” konularında yürütülürken, temel konularına göre “stratejik karar verme”, “SWOT analizi” ve “çevre faktörleri”, “stratejik planlama” ve “strateji belirleme” alanlarında yapılmıştır. Benzer konuların özellikle stratejik planlama konusu ve bu konu ile ilgili analiz araçlarının hem ulusal hem de uluslararası literatürde sıklıkla çalışıldığı çeşitli araştırma sonuçları ile de ortaya koyulmuştur (Duman ve diğerleri 2005; Köseoğlu ve diğerleri, 2015; Barca, Hızıroğlu 2009). Bu çalışma da çalışılan konuların yıllara göre dağılımına bakıldığında, araştırmanın kapsadığı her yılda SWOT analizi ve çevre faktörleri ile ilgili en az bir araştırmanın yürütüldüğü ancak bazı konuların (birleşme ve satın almalar, stratejik düşünme, stratejik maliyet yönetimi, stratejik öncelikler gibi) ise toplamda yalnızca bir kez çalışıldığı görülmektedir. Türkiye’de sağlık sektöründe çalışılan konular incelendiğinde ise, en çok çalışılan konuların yönlendirme stratejileri (misyon, vizyon ve değerler), stratejik yönetim uygulamaları ve stratejik karar verme olduğu söylenebilir. Ulusal literatürün uluslararası literatürden etkilenme durumu söz konusu olsa da bazı stratejik yönetim konularının Türkiye’de sağlık sektöründe son beş yıl içerisinde hiç çalışılmadığı da dikkat çekmektedir. Bu konuların başında paydaşlar, stratejik işbirlikleri, stratejik insan kaynakları yönetimi, dengeli puan cetveli, kritik başarı faktörleri, temel yetenekler, kurumsal stratejiler, birleşme ve satın almalar, stratejik öncelikler ile stratejik performans gelmektedir. Stratejik yönetimin geniş bir alan olduğu da düşünüldüğünde gelecekte sağlık sektöründe yürütülecek çalışmalarda bu konuların potansiyel araştırma konuları olabileceği ve literatürdeki bu boşlukların bu tür çalışmalarla doldurulabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmanın bulgularına göre, çok yazarlı makalelerin %78’i aynı ülkeden %33’ü ise aynı üniversiteden yazarlar tarafından yazılmıştır. Ayrıca birden fazla makale ile alana katkı veren yazar sayısı ise oldukça azdır. Benzer bulgular Köseoğlu ve diğerleri (2015) tarafından da ortaya koyulmuştur ve bu bulgular sağlık kurumları yönetimi alanında stratejik yönetim konularına odaklanmış araştırmacı sayısının azlığını ve aynı zamanda farklı üniversite ve farklı ülkeler arasındaki ortak çalışmalar yürütmek konusundaki işbirliğinin zayıf olduğunu göstermektedir. Sağlık kurumları yönetimi literatüründe stratejik yönetim alanının güçlenmesi ve gelişimi için, bu konulara ilgi duyan araştırmacı sayısının ve bu araştırmacılar arasındaki işbirliklerinin güçlenmesi büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada incelenen makalelerin araştırma türleri ve veri toplama metodları incelendiğinde, nitel ve nicel yöntemlerin kullanıldığı ve ağırlıklı olarak anket (%32) ve görüşme (%25,3) yöntemleri ile verilerin toplandığı görülmektedir. Bununla birlikte stratejik yönetim çalışmalarında önemli bir veri kaynağı olarak kullanılacak ikincil veriler (%16) incelenen makalelerde en az başvurulan veri toplama yöntemidir. Farklı amaçlarla daha önce derlenmiş ikincil veri kaynakları (örneğin, TÜİK, Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü, UNESCO, Dünya Bankası gibi pek çok kuruluşun ayrıca sendikaların, meslek odalarının ve sivil toplum örgütlerinin farklı konularda topladıkları ayrıntılı veriler) stratejik yönetim çalışmaları için önemli veri tabanları olarak kullanılabilir. Çalışma kapsamında incelenen

makalelerin katılımcıları değerlendirildiğinde ise, büyük bölümünün sağlık kurumu yöneticileri üzerinde yürütüldüğü belirlenmiştir. Sağlık kurumları ve sağlık personeli üzerinde ise sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır. Özellikle hastane istatistikleri ve finansal verileri gibi ikincil veri kaynakları stratejik yönetim çalışmaları için önemli veri kaynakları olarak değerlendirilebilir.

Gelecekte stratejik yönetim konularının sağlık kurumları yönetimi alanında daha çok çalışılması gerektiği düşünülmektedir. Sağlık kurumlarının içinde buldukları çevresel koşulların ülkeden ülkeye değişmesi ya da bazı ülkelerde sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak kamu eliyle yürütülmesi stratejik yönetim konularının önemini azaltmaz. Sağlık hizmetlerinin taşıdığı pek çok özellik, özellikle talep konusundaki belirsizlikler, yüksek uzmanlaşma seviyesi, yüksek maliyetli oluşu, belirsizliklere karşı toleransın düşük olması pek çok konuya stratejik bir bakış açısı ile bakmayı gerektirmektedir. Hem Türkiye’de hem de pek çok ülkede sağlık yönetimi programlarında stratejik yönetim lisans ve lisansüstü düzeyde ders olarak yer almaktadır. Ancak stratejik yönetim alanın güçlenmesi için bu alanda çalışan araştırmacı sayısının artması, özellikle lisansüstü tezlerde araştırmacıların bu çalışmada da ortaya koyulan literatürde çalışılmayan stratejik yönetim konularına yönlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmanın önemli bir sınırlılığı stratejik yönetim konularında yürütülen lisansüstü tezler ile kongre bildirimlerini ve bilimsel makaleler içerisinde ise literatür derlemelerini kapsam dışında tutmuş olmasıdır. Gelecekte yürütülecek çalışmalarda bu sınırlılıkların ortadan kaldırılması alana önemli katkılar sağlayabilir.

KAYNAKÇA

1. Barca M. ve Hızıroğlu M. (2009) 2000’li Yıllarda Türkiye’de Stratejik Yönetim Alanının Entelektüel Yapısı. **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi** 4(1):113-148.
2. Çetin Ç. K. ve Çaylan D. Ö. (2015) Stratejik Yönetim Yazınının Entelektüel Yapısında Değişim: 2001–2013 Yılları Arası Bibliyometrik Bir Değerlendirme. **Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi** 29(1):101-120.
3. Duman Ş. A., Kalemci R. A. ve Çakar M. (2005) Türkiye’de Stratejik Yönetim Alanının Kapsamını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. **Yönetim Araştırmaları Dergisi** 5(1):57-72.
4. Ginter P. M., Duncan W. J. and Swayne L. E. (2013) **Strategic Management of Health Care Organizations (7th edition)**. John Wiley & Sons Ltd, New York.
5. Köseoğlu M.A., Akdeve E., Gedik İ. and Bertsch A. (2015) A Bibliometric Analysis of Strategic Management Articles in Healthcare Management Literature: Past, Present and Future. **International Journal of Healthcare Management** 8(1): 27-33.
6. Li L. X., Benton W. C. and Keong L. G. (2002) Technical Note: The Impact of Strategic Operations Management Decisions on Community Hospital Performance. **Journal of Operations Management** 20(4): 389-408.
7. Nerur S. P., Rasheed A. A. and Natarajan V. (2008) The Intellectual Structure of the Strategic Management Field: An Author Co-Citation Analysis. **Strategic Management Journal** 29(3): 319-336.

8. Ramos-Rodriguez A. R. and Ruíz-Navarro J. (2004) Changes in the Intellectual Structure of Strategic Management Research: A Bibliometric Study of the Strategic Management Journal, 1980-2000. **Strategic Management Journal** 25(10): 981-1004.
9. Soylu Y. ve İleri H. (2010) Hastanelerde Stratejik Yönetim Uygulamaları Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Örneği. **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi** 13(1-2): 79-96.
10. Yıldırım A. ve Şimşek H. (2013). **Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri**. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
11. Young D. W. and Ballarin E. (2006) Strategic Decision-Making in Healthcare Organizations: It is Time to Get Serious. **The International Journal of Health Planning and Management** 21(3): 173-191.

Özel Hastane Çalışanlarının Kurumsal İtibar Algısının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma

Serkan DENİZ*
Mesut ÇİMEN**
Esra CİZMECİ***
Beyza ERKOÇ****
Onur YÜKSEL*****

ÖZ

Bir şirketin paydaşları için değer oluşturabilme yeteneğini gösteren kurumsal itibar günümüzde fark yaratmak isteyen işletmelerin önem verdiği ve gerçekleştirmek istedikleri önemli konulardan biridir. Bu araştırmanın amacı özel hastane çalışanlarının algıladıkları kurumsal itibar düzeyinin belirlenmesi ve kurumsal itibar algılarının demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğinin ortaya konulmasıdır. Araştırma, Nisan 2016'da Yalova'da faaliyet gösteren özel bir hastanede ve bağlı kuruluşlarında gerçekleştirilmiştir. Araştırmada çalışanların kurumsal itibar algı düzeyini ölçmek için içsel tutarlılığı ve güvenilirliği yüksek düzeyde bulunan 20 soru ve altı alt boyuttan oluşan "İtibar Katsayısı (Reputation Quotient) Ölçeği" kullanılmıştır. 422 anket formu dağıtılmış ve yalnızca 207 anket formu doldurulmuştur. Araştırma ile cinsiyete, eğitim durumuna, çalışma süresine göre kurumsal itibar algı düzeyinin farklılık göstermediği, yaş aralığına ve görev sınıfına göre farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Farklılıklar incelendiğinde yaş aralığı yükseldikçe olumlu kurumsal itibar algı düzeyinin de yükseldiği, sağlık personelinin olumlu kurumsal itibar algı düzeyinin diğer görev sınıflarına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonucu genel olarak çalışanların kurumsal itibar algısının olumlu yönde ve yüksek düzeyde olduğunu göstermiştir. Bu durum özel hastaneler açısından istenilen bir sonuç olup; özel hastanelerin varlığını sürdürebilmesi ve rekabet avantajı elde edebilmesi için kurumsal itibar algısını sağlaması ve yükseltmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: İtibar, kurumsal itibar, özel hastane.

A Research on Determining The Corporate Reputation Perception of Employees in Private Hospitals

ABSTRACT

Corporate reputation reflects a company's ability to form value for its stakeholders, and so it is one of the significant subjects that companies that want to be different heeds and want to achieve. The aim of this study is to determine the corporate reputation perception of the employees in private hospital, and see if their perception of corporate reputation differs depending on demographic characteristics. This research has been implemented in April, 2016, at a private hospital and its branches running in Yalova. To be able to measure the level of corporate reputation perception, we used 20 questions that have high internal consistency and reliability, and the "Reputation Quotient Scale" that has six sub-dimensions. We handed out 422 questionnaires, but only 207 of them were filled. We found that the perception of corporate reputation does not change according to sex, education, and working duration; but it changes according to the age differences and position at work. Differences demonstrate that as the age increases, the perception of corporate reputation also

* Öğr. Gör. Dr., Yalova Üniversitesi, Termal Meslek Yüksekokulu, serkand100@gmail.com

**Doç. Dr., Acıbadem Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, mesut.cimen@acibadem.edu.tr

***Öğr. Gör. Dr., Yalova Üniversitesi, Termal Meslek Yüksekokulu, escizsu@hotmail.com

****Öğr. Gör., Yalova Üniversitesi, Termal Meslek Yüksekokulu, beyzahatipoglu@windowslive.com

*****Öğr. Gör., Yalova Üniversitesi, Termal Meslek Yüksekokulu, onuryuksel41@gmail.com

increases; whereas the positive corporate reputation perception of the health personnel is lower than those in other positions. This research demonstrates that the corporate reputation perception of the employees is high in general. This fact is a desired result for the private hospitals, therefore private hospitals need to form and improve a good perception of their corporate reputation for survival and maintenance.

Keywords: Reputation, corporate reputation, private hospital.

I. GİRİŞ

Gelişen teknoloji ile beraber ürünlerin taklit edilebilmesi, düşük maliyetli üretime bağlı olarak fiyat rekabeti üstünlüğünün ortadan kalkması, küçük işletmelerin bile küresel işletmelerle rekabet içerisinde olması gibi koşullar günümüz işletmelerini çalışan sadakati, kamuoyu farkındalığı, güven duyulma, itibar kazanma gibi yeni değerlere yöneltmiştir. Yeni küresel düzende fark yaratmak isteyen işletmelerin önem verdiği değerlerden biri de itibardır. İtibar günümüz işletmelerinin en önemli ve kıymetli amaçlarından biri olmuştur (Berkup 2015). İtibar kavramı günümüzde üzerinde sık sık durulan ve birçok kavramla birlikte ele alınan manevi ve soyut bir değerdir; ancak gerek tanım gerekse ölçüm açısından yeterince ifade edilememiştir (Esen 2011).

Bu çalışmanın literatür kısmında kurumsal itibar kavramına açıklık getirilmeye çalışılmıştır. Çalışmanın araştırma kısmında ise, özel hastane çalışanlarının algıladıkları kurumsal itibar düzeyi ve kurumsal itibar algılarının demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği ortaya konulmuştur.

1.1. Kurumsal İtibar

Yoğun rekabetin yaşandığı günümüz piyasalarında bazı işletmeler ayakta kalabilirken bazı işletmeler rekabet ve kriz ortamında yok olup gitmektedirler. Böylesi bir ortamda işletmelerin dikkatini, rakiplerine göre farklılaştıran, taklit edilemeyen, parayla satın alınamayan, soyut bir kavram olan kurumsal itibar çekmiştir (Bilbil ve diğerleri 2013). İşletmelerin varlığını sürdürebilmesi ve rekabet avantajı kazanabilmesi için önemli olan ürün kalitesi, fiyatı, erişim kolaylığı gibi kriterlere kurumsal itibar da eklenmiştir. İyi bir kurumsal itibarın oluşturulması ve bunun sürdürülmesi için yapılan çalışmalar önemli hale gelmiştir (Almıaçık ve diğerleri 2010).

Kurumsal itibar üzerine yapılan çalışmalar 1990'lı yıllardan beri devam etmektedir. Kurumsal itibar, disiplinler arası bir kavram olarak kabul edilmiş ve birçok bilim dalı tarafından farklı açılardan incelenmiştir. Kurumsal itibarın işletme performansını nasıl etkilediğini açıklamak için birçok teori geliştirilmiştir (Berkup 2015; Wang 2014). Kurumsal itibar, bir şirketin paydaşlar için değer oluşturabilme yeteneğini gösteren, şirketin geçmiş davranış ve çıktılarının kolektif temsilidir (Fombrun et al. 2000). Kurumsal itibar, paydaşlar arasında zamanla oluşan ve onların, organizasyonun kalitesine, geçmiş davranışlarına, iletişimine ve gelecekteki beklentilerine cevap verebilme potansiyeline ilişkin subjektif algı, tutum ve değerlendirmelerini içeren bir kavramdır (Šontaitė-Petkevičienė 2014). Genel olarak kurumsal itibar, işletmenin gerçekleştirdiği veya gerçekleştireceği faaliyetlere ilişkin paydaşların değerlendirmelerini yansıtan bir kavramdır (Esen 2011).

Maddi olmayan bir varlık olan kurumsal itibarın değerini mali tablolarda doğrudan görmek mümkün değildir; ancak işletmeye sağladıkları ile beraber yansımalarını mali tablolarda görmek mümkündür (Cravens et al. 2003). Büyük işletmelerin kurumsal itibarını geliştirmek ve korumak için önemli çabalar harcadığı ve bu çabalar içinde önemli kaynaklar ayırdığı bilinmektedir (Rose, Thomsen 2004). Tüm bu itibar çalışmalarının sistematik bir

çerçevede yönetilmesi gerekmektedir. Bu noktada karşımıza itibar yönetimi çıkmaktadır. İtibar yönetimi, itibarın korunmasını, devamlılığının sağlanmasını ve rekabet avantajının sağlanmasında stratejik bir araç olarak geliştirilmesini içeren yönetsel çabaların tamamıdır (Öncel, Sevim 2014). İtibar yönetimi sürecinin başarılı olabilmesi için üç aşamalı bir çalışma yapılmalıdır. İlk aşamada itibar durum analizinin yapılması gerekir. Bu aşamada işletme kendisinin ve rakiplerinin sektördeki konumunu, sahip olduğu değerleri, güçlü ve zayıf yönlerini belirlemelidir. Böylece işletme kendisinin ve rakiplerinin itibar durumunu net bir şekilde görebilir. İkinci aşamada itibar hedefleri belirlenmelidir. Bu aşamada işletme olabildiğince gerçekçi hedefler belirlemeli ve bu hedeflere ulaşabilecek değişiklikleri gerçekleştirmelidir. Üçüncü aşamada da itibar hedeflerine ulaşılmasını sağlayacak uygun itibar stratejisi belirlenmelidir. Strateji belirlenirken, işletme faaliyette bulunduğu sektöre, kendi yapısına, rakiplerine ve paydaşlarına göre hareket etmelidir (Berkup 2015).

İyi bir kurumsal itibar inşa etmek uzun zaman alırken itibar kaybı çok kolay olabilmektedir (Keh, Xie 2009). Bir işletmenin itibarını kaybetmesinin maliyeti, ekonomik olarak değer kaybetmesinden daha yüksektir; çünkü kaybedilen itibar işletmenin yok olmasına sebep olabilmektedir. İşletmeler zedelenen itibarını düzeltmek için bile önemli maliyetlere katlanabilmektedir (Karaköse 2007). İyi bir itibar oluşturmak isteyen işletmeler, çevreye karşı duyarlı olma, kalite bilinci, şeffaflık, müşteri memnuniyeti gibi konularda gereken hassasiyeti göstermelidir (Karatepe 2008). Sosyal medya araçlarının doğru kullanımı sağlanmalıdır. Kurumsal iletişim süreçleri ile işletme fonksiyonlarının uyumlu olmasına dikkat edilmelidir (Floreddu et al. 2014). İtibarı destekleyecek iç kültür oluşturulmalıdır (Firestein 2006). Şirket ile paydaşları arasında güçlü bir duygusal bağ oluşturulmalıdır (Alsop 2004). Çalışanların itibar çalışmalarına katılımı sağlanmalıdır.

İyi itibar işletmelere önemli yararlar sağlamaktadır. İyi itibar işletmenin farklılaşmasını, rekabet avantajı elde etmesini, yüksek performans göstermesini, krizlerden daha az etkilenmesini, projeleri için destek görmesini, yüksek kar elde etmesini, satışlarının artmasını, çalışan bağlılığını sağlamasını, yüksek nitelikli çalışanlar tarafından tercih edilmesini, müşteri bağlılığını sağlamasını, müşterilerde güven oluşturmasını, verimli çalışmasını, yeni fırsatları yakalamasını sağlayabilmektedir (Sayılı, Uğurlu 2007; Öncel, Sevim 2014; Berkup 2015; Wang 2014; Keh, Xie 2009; Šontaitė-Petkevičienė 2014).

Son yıllarda sağlık kuruluşlarının sayısında yaşanan artışla beraber yaşanan rekabet ortamında kuruluşların varlığını sürdürebilmesi, bu kuruluşların faaliyetlerinden, kararlarından, politikalarından ve amaçlarından doğrudan etkilenen paydaşlarca onaylanmasına bağlı hale gelmiştir. Sağlık kuruluşlarında itibar, başta hastalar ve yakınları olmak üzere tüm paydaşların kuruluşa ilişkin düşünce, inanış, izlenim ve deneyimlerinin yansımaları sonucu ortaya çıkmaktadır (Ünaldı 2015).

Sağlık kuruluşlarında itibarın, satış geliştirme, nitelikli personel çalıştırma, yatırımcıların güvenini kazanma, pazar payını büyütme, büyümeyi sağlama, paydaşların bağlılığını artırma gibi amaçları vardır. Güçlü bir itibara sahip olmak isteyen sağlık kuruluşları, nitelikli çalışanlara ve yönetime sahip olmalı, sosyal sorumluluk bilincinde hareket etmeli, mali açıdan olabildiğince güçlenmeli ve paydaşları ile güçlü iletişim kurmalıdır (Selvi 2012).

Bu araştırma ile özel hastane çalışanlarının algıladıkları kurumsal itibar düzeyinin belirlenmesi ve kurumsal itibar algılarının demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

II. YÖNTEM

Araştırma, Nisan 2016'da Yalova ilinde faaliyet gösteren özel bir hastanede ve bağlı kuruluşlarında gerçekleştirilmiştir. Veri toplamak için seçilen hedef kitleyi, bu hastane ve bağlı kuruluşlarında çalışan tüm personel oluşturmuştur. Araştırmada veri toplamak için anket yöntemi kullanılmış ve tüm çalışanlara (422 kişi) anket formu dağıtılmıştır. Dağıtılan anket formlarının doldurulma oranı %49 (207 kişi) olmuştur.

Araştırmada kullanılan anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde yer alan sorular araştırmaya katılan çalışanların demografik bilgilerinin belirlenmesi ile ilgilidir. İkinci bölümünde yer alan ifadeler ise, çalışanların kurumsal itibar algı düzeyinin belirlenmesi ile ilgili olup; bu bölümde Fombrun ve diğerleri (2000) tarafından geliştirilen "İtibar Katsayısı (Reputation Quotient) Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonu için Alnaçık ve diğerlerinin (2010) çalışmasından yararlanılmıştır. Ölçek 20 maddeden oluşan, kurumsal itibarın ölçülmesi konusunda geçerli, güvenilir ve güçlü bir ölçek olup; altı boyuttan oluşmaktadır. İlk boyut olan duygusal çekicilik boyutunda paydaşların, işletmeye karşı olan olumlu duygularının, duyduğu saygının, hayranlığın ve güvenin düzeyi belirlenmeye çalışılmaktadır. Ürün ve hizmetler boyutunda paydaşların, işletmenin sunduğu ürün ve hizmetlere, yenilikçi olup olmamasına, algılanan kalitesine, ödenen paraya değip değmeyeceğine ve işletmenin arkasında durup durmamasına ilişkin algı düzeyi belirlenmeye çalışılmaktadır. Vizyon ve liderlik boyutunda paydaşların, işletme yönetiminin liderlik düzeyine, vizyon sahibi olup olmamasına, pazarı takip edip etmediğine ve bu fırsatlardan yararlanıp yararlanmadığına ilişkin algı düzeyleri belirlenmeye çalışılmaktadır. Çalışma ortamı boyutunda paydaşların, işletmenin iyi yönetilip yönetilmediğine, çalışmak için iyi bir kurum olup olmadığına ve çalışanların nitelikli olup olmadığına ilişkin algı düzeyleri belirlenmeye çalışılmaktadır. Sosyal sorumluluk boyutunda paydaşların, işletmenin sosyal sorumluluğuna, çevreye karşı duyarlılığına ve toplumla olan ilişkilerine ilişkin algı düzeyleri belirlenmeye çalışılmaktadır. Son boyut olan finansal performans boyutunda paydaşların, işletmenin karlılığına, yatırımların risk durumuna, rekabet gücüne ve büyüme olasılığına ilişkin algı düzeyleri belirlenmeye çalışılmaktadır (Fombrun et al. 2000). İtibar Katsayısı (Reputation Quotient) ölçeğindeki ifadeler, 5'li Likert tipi ölçekle "Kesinlikle Katılmıyorum", "Katılmıyorum", "Kısmen Katılıyorum", "Katılıyorum" ve "Kesinlikle Katılıyorum" seçenekleri ile ölçülmüştür.

İtibar Katsayısı Ölçeğinin güvenilirliğini belirlemek için Cronbach's Alpha katsayıları hesaplanmıştır. Buna göre Cronbach's Alpha katsayıları, duygusal çekicilik boyutu için 0.88, ürün ve hizmetler boyutu için 0.88, vizyon ve liderlik boyutu için 0.85, çalışma ortamı boyutu için 0.79, sosyal sorumluluk boyutu için 0.89, finansal performans boyutu için 0.78, ölçeğin tamamı için 0.95 bulmuştur. Bu sonuçlara göre ölçeğin içsel tutarlılığının ve güvenilirliğinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

III. BULGULAR

Araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS 23.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde ve bulguların elde edilmesinde, frekans, yüzde dağılımları, ortalama ve standart sapma hesaplanmıştır. İki bağımsız grubun karşılaştırılmasında bağımsız örneklem için t-testi, ikiden fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında ise, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı olarak Tukey HSD testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında ve %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamında elde edilen bulgular aşağıda gösterilmiştir:

Tablo 1. Demografik Özelliklerin Dağılımı

Değişkenler		Frekans	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	125	60,4
	Erkek	82	39,6
Yaş	25 ve Altı	101	48,8
	26-35	74	35,7
	36 ve Üzeri	32	15,5
Eğitim	Lise	97	46,9
	Ön Lisans	61	29,5
	Lisans ve Üstü	49	23,7
Görev	Doktor	16	7,7
	İdari Personel	50	24,2
	Sağlık Personeli	119	57,5
	Teknik ve Destek Personeli	22	10,6
Çalışma Süresi	1-5 Yıl	156	75,4
	6 Yıl ve Üzeri	51	24,6
Toplam		207	100,0

Araştırmaya katılan çalışanlara ilişkin elde edilen demografik bilgiler (frekans ve yüzde dağılımı) Tablo 1’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan 125 kişi (%60,4) kadın, 82 kişi ise (%39,6) erkektir. Katılımcıların yaş aralıklarına dağılımına bakıldığında, 101 kişinin (%48,8) 25 ve altı yaş aralığında, 74 kişinin (%35,7) 26-35 yaş aralığında, 32 kişinin de (%15,5) 36 ve üzeri yaş aralığında dağıldığı belirlenmiştir. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında, 97 kişinin (%46,9) lise, 61 kişinin (%29,5) ön lisans, 49 kişinin (%23,7) lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların görevleri dört kategoride sınıflandırılmıştır. Buna göre 16 kişi (%7,7) doktor, 50 kişi (%24,2) idari (hasta danışmanı, arşiv görevlisi, insan kaynakları personeli, muhasebe personeli gibi), 119 kişi (%57,5) sağlık (hemşire, fizyoterapist, acil tıp teknisyeni gibi), 22 kişi de (%10,6) teknik ve destek (elektrik teknisyeni, şoför gibi) sınıfında yer almıştır. Katılımcıların çalışma süresine dağılımına bakıldığında, 156 kişinin (%75,4) 1-5 yıl aralığında, 51 kişinin de (%24,6) 6 yıl ve üzeri aralığında dağıldığı belirlenmiştir.

Tablo 2. Çalışanların Kurumsal İtibar Algı Düzeyi

Boyutlar	n	Ort.	Ss.	Çarpıklık Katsayısı
Duygusal Çekicilik	207	3,44	0,84	-0,467
Ürün ve Hizmetler	207	3,54	0,83	-0,333
Vizyon ve Liderlik	207	3,55	0,92	-0,491
Çalışma Ortamı	207	3,60	0,83	-0,307
Sosyal Sorumluluk	207	3,63	0,79	-0,159
Finansal Performans	207	3,80	0,71	-0,322
Genel	207	3,60	0,69	-0,261

Tablo 2’ye göre araştırmaya katılan çalışanların kurumsal itibar algı düzeyinin tüm boyutlarda yüksek olduğu sonucuna ulaşılmış olup; bu durum özel hastaneler açısından arzu edilen bir sonuçtur. Çalışanlar en yüksek itibarı finansal performans boyutunda, en düşük itibarı ise, duygusal çekicilik boyutunda algılamıştır.

Tablo 3. Çalışanların Kurumsal İtibar Algı Düzeyinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Boyutlar	Cinsiyet	n	Ort.	Ss.	t	p
Duygusal Çekicilik	Kadın	125	3,37	0,87	-1,47	0,14
	Erkek	82	3,55	0,80		
Ürün ve Hizmetler	Kadın	125	3,49	0,87	-1,08	0,28
	Erkek	82	3,62	0,77		
Vizyon ve Liderlik	Kadın	125	3,58	0,96	0,49	0,63
	Erkek	82	3,51	0,87		
Çalışma Ortamı	Kadın	125	3,58	0,86	-0,49	0,62
	Erkek	82	3,63	0,79		
Sosyal Sorumluluk	Kadın	125	3,64	0,80	0,26	0,80
	Erkek	82	3,61	0,78		
Finansal Performans	Kadın	125	3,82	0,72	0,40	0,69
	Erkek	82	3,78	0,68		

Tablo 3'te çalışanların cinsiyetine göre kurumsal itibar algı düzeyinin karşılaştırılması yer almaktadır. Katılımcıların cinsiyete göre algıladıkları kurumsal itibar düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında (puan ortalaması baz alınarak), kurumsal itibar algı düzeyinin cinsiyete göre bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4: Çalışanların Kurumsal İtibar Algı Düzeyinin Yaşa Göre Karşılaştırılması

Boyutlar	Yaş Grupları	n	Ort.	Ss.	F	p	Fark
Duygusal Çekicilik	25 ve Altı	101	3,32	0,81	3,07	0,05	3>1
	26-35	74	3,49	0,90			
	36 ve Üzeri	32	3,73	0,77			
Ürün ve Hizmetler	25 ve Altı	101	3,48	0,81	1,90	0,15	
	26-35	74	3,52	0,90			
	36 ve Üzeri	32	3,80	0,70			
Vizyon ve Liderlik	25 ve Altı	101	3,46	0,93	1,05	0,35	
	26-35	74	3,64	0,97			
	36 ve Üzeri	32	3,65	0,80			
Çalışma Ortamı	25 ve Altı	101	3,55	0,84	0,84	0,43	
	26-35	74	3,59	0,86			
	36 ve Üzeri	32	3,77	0,71			
Sosyal Sorumluluk	25 ve Altı	101	3,57	0,81	0,63	0,53	
	26-35	74	3,67	0,83			
	36 ve Üzeri	32	3,73	0,64			
Finansal Performans	25 ve Altı	101	3,78	0,72	0,31	0,74	
	26-35	74	3,79	0,77			
	36 ve Üzeri	32	3,89	0,50			

Tablo 4'te çalışanların yaş gruplarına göre kurumsal itibar algı düzeyinin karşılaştırılması yer almaktadır. Katılımcıların yaş gruplarına göre algıladıkları kurumsal itibar düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında (puan ortalaması baz alınarak), duygusal çekicilik boyutuna ilişkin itibar algı düzeyinin farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Farklılıklar incelendiğinde genel olarak çalışanların yaş aralığı yükseldikçe olumlu kurumsal itibar algı düzeyinin de yükseldiği görülmektedir. Diğer boyutlarda kurumsal itibar algı düzeyinin yaş gruplarına göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 5. Çalışanların Kurumsal İtibar Algı Düzeyinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

Boyutlar	Eğitim Durumu	n	Ort.	Ss.	F	p
Duygusal Çekicilik	Lise	97	3,43	0,82	1,08	0,34
	Ön lisans	61	3,35	0,91		
	Lisans ve Üstü	49	3,59	0,81		
Ürün ve Hizmetler	Lise	97	3,52	0,78	0,06	0,94
	Ön lisans	61	3,57	0,87		
	Lisans ve Üstü	49	3,56	0,88		
Vizyon ve Liderlik	Lise	97	3,58	0,94	0,13	0,88
	Ön lisans	61	3,50	0,91		
	Lisans ve Üstü	49	3,55	0,92		
Çalışma Ortamı	Lise	97	3,59	0,80	0,02	0,98
	Ön lisans	61	3,62	0,85		
	Lisans ve Üstü	49	3,60	0,87		
Sosyal Sorumluluk	Lise	97	3,69	0,76	0,48	0,62
	Ön lisans	61	3,60	0,85		
	Lisans ve Üstü	49	3,56	0,78		
Finansal Performans	Lise	97	3,80	0,68	0,43	0,65
	Ön lisans	61	3,86	0,78		
	Lisans ve Üstü	49	3,73	0,66		

Tablo 5'te çalışanların eğitim durumuna göre kurumsal itibar algı düzeyinin karşılaştırılması yer almaktadır. Katılımcıların eğitim durumuna göre algıladıkları kurumsal itibar düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında (puan ortalaması baz alınarak), tüm boyutlar bazında kurumsal itibar algı düzeyinin farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 6'da çalışanların görev sınıfına göre kurumsal itibar algı düzeyinin karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 6. Çalışanların Kurumsal İtibar Algı Düzeyinin Görev Sınıfına Göre Karşılaştırılması

Boyutlar	Görev	n	Ort.	Ss.	F	p	Fark
Duygusal Çekicilik	Doktor	16	3,81	0,40	5,18	0,00	2>3
	İdari Personel	50	3,69	0,82			
	Sağlık Personeli	119	3,25	0,87			
	Teknik ve Destek Personeli	22	3,65	0,72			
Ürün ve Hizmetler	Doktor	16	3,77	0,49	3,51	0,02	2>3
	İdari Personel	50	3,75	0,82			
	Sağlık Personeli	119	3,39	0,87			
	Teknik ve Destek Personeli	22	3,78	0,69			
Vizyon ve Liderlik	Doktor	16	3,83	0,77	2,36	0,07	
	İdari Personel	50	3,69	0,90			
	Sağlık Personeli	119	3,41	0,95			
	Teknik ve Destek Personeli	22	3,79	0,81			
Çalışma Ortamı	Doktor	16	3,94	0,49	1,66	0,18	
	İdari Personel	50	3,65	0,87			
	Sağlık Personeli	119	3,51	0,86			
	Teknik ve Destek Personeli	22	3,74	0,73			

Tablo 6. Çalışanların Kurumsal İtibar Algı Düzeyinin Görev Sınıfına Göre Karşılaştırılması - Devamı

Boyutlar	Görev	n	Ort.	Ss.	F	p	Fark
Sosyal Sorumluluk	Doktor	16	3,73	0,52	1,32	0,27	
	İdari Personel	50	3,76	0,85			
	Sağlık Personeli	119	3,54	0,83			
	Teknik ve Destek Personeli	22	3,77	0,53			
Finansal Performans	Doktor	16	3,83	0,51	1,76	0,16	
	İdari Personel	50	4,00	0,61			
	Sağlık Personeli	119	3,73	0,78			
	Teknik ve Destek Personeli	22	3,72	0,54			

Katılımcıların görev sınıfına göre algıladıkları kurumsal itibar düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında (puan ortalaması baz alınarak), duygusal çekicilik ve ürün ve hizmetler boyutlarına ilişkin kurumsal itibar algı düzeyinin farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Farklılıklar incelendiğinde her iki boyutta sağlık personelinin kurumsal itibar algı düzeyinin diğer görev sınıflarına göre daha düşük olduğu görülmektedir. Diğer boyutlarda kurumsal itibar algı düzeyinin görev sınıfına göre farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 7. Çalışanların Kurumsal İtibar Algı Düzeyinin Çalışma Süresine Göre Karşılaştırılması

Boyutlar	Çalışma Süresi	n	Ort.	Ss.	t	p
Duygusal Çekicilik	1-5 Yıl	156	3,40	0,81	-1,23	0,22
	6 Yıl ve Üzeri	51	3,57	0,95		
Ürün ve Hizmetler	1-5 Yıl	156	3,54	0,80	-0,24	0,81
	6 Yıl ve Üzeri	51	3,57	0,92		
Vizyon ve Liderlik	1-5 Yıl	156	3,54	0,93	-0,39	0,70
	6 Yıl ve Üzeri	51	3,59	0,91		
Çalışma Ortamı	1-5 Yıl	156	3,60	0,83	0,11	0,92
	6 Yıl ve Üzeri	51	3,59	0,85		
Sosyal Sorumluluk	1-5 Yıl	156	3,62	0,78	-0,30	0,76
	6 Yıl ve Üzeri	51	3,66	0,82		
Finansal Performans	1-5 Yıl	156	3,81	0,72	0,38	0,71
	6 Yıl ve Üzeri	51	3,77	0,66		

Tablo 7’de çalışanların örgütteki çalışma süresine göre kurumsal itibar algı düzeyinin karşılaştırılması yer almaktadır. Katılımcıların çalışma süresine göre algıladıkları kurumsal itibar düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında (puan ortalaması baz alınarak), tüm boyutlar bazında kurumsal itibar algı düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırmada özel hastane çalışanlarının algıladıkları kurumsal itibar düzeyi ve kurumsal itibar algılarının demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre cinsiyete göre kurumsal itibar algı düzeyinin farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bozkurt ve Yurt’un (2015) farklı bir sektörde yapmış oldukları araştırmanın sonuçları da bu bulguyu desteklemektedir. Ancak Alniaçık ve diğerlerinin (2010) farklı bir sektörde yapmış oldukları araştırmanın sonuçlarına göre cinsiyete göre kurumsal itibar algı düzeyi farklılık göstermektedir. Araştırmamızda

çalışanların yaş gruplarına göre kurumsal itibar algı düzeyi incelendiğinde, çalışanların yaş aralığı yükseldikçe olumlu kurumsal itibar algı düzeyinin de yükseldiği belirlenmiştir. Bu durum çalışanların yaşı ilerledikçe iş güvencesi nedeni ile daha güvenilir, daha kurumsal ve daha itibarlı olarak algıladıkları kurumlarda çalışmak istemesi ile ilişkilendirilebilir. Araştırma sonuçlarına göre eğitim durumuna göre kurumsal itibar algı düzeyinin farklılık göstermediği belirlenmiştir. Alnıaçık ve diğerlerinin (2010) farklı bir sektörde yapmış oldukları araştırma sonuçlarında ise, eğitim durumuna göre kurumsal itibar algı düzeyinin farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Çalışanların görevine göre kurumsal itibar algısı incelendiğinde, sağlık personelinin olumlu kurumsal itibar algı düzeyinin diğer görev sınıflarına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durum sağlık personelinin yoğun iş yüküne sahip olması, sağlık hizmeti sunumunun yapıldığı alanlara ve hizmet sunum koşullarına verdiği önem ile ilişkilendirilebilir. Sağlık hizmeti sunumunda önemli yere sahip olan sağlık personelinin sayı ve niteliği göz önüne alındığında özel hastanelerin bu personel grubunun olumlu itibar algısını yükseltmeye yönelik çalışmalar ve düzenlemeler yapmasının kaçınılmaz olduğu değerlendirilmektedir. Çalışanların hastanedeki çalışma süresine göre kurumsal itibar algısı incelendiğinde, çalışma süresi grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bozkurt ve Yurt'un (2015) farklı bir sektörde yapmış oldukları araştırma sonuçları da bu bulguyu desteklemektedir. Kurumdaki çalışma süresine ilişkin genel bir değerlendirme yapıldığında, kurumdaki çalışma süresi arttıkça olumlu kurumsal itibar düzeyinin de arttığı görülmektedir.

Bu çalışma ile araştırmanın yapıldığı hastanenin çalışanlarında olumlu kurumsal itibar algısının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç hastane açısından olumlu bir durum olup; bu sonucu kurumsal itibar algısının etkilediği farklı değişkenlerin varlığı ile açıklamak mümkündür. Aşağıda tartışılan bazı araştırma sonuçları bu değişkenlerle kurumsal itibar algısının ilişkisini ortaya koymaktadır.

Nitelikli çalışanlar tarafından tercih edilme konusuna kurumsal itibar açısından bakıldığında, The Hill & Knowlton/Korn Ferry'inin yaptığı araştırmanın sonuçlarına göre; CEO'lar çalıştıkları kurumların yüksek itibara sahip olmasını istemesinin en önemli nedenlerinden biri en iyi olanları işe almak olarak belirtmiştir (Resnick 2004). Nitekim araştırmamızda da katılımcılar, "çalışma ortamı" boyutu içerisinde kurumlarında çalışanların nitelikli olduğunu belirtmiştir.

Örgütsel bağlılık açısından bakıldığında, farklı bir sektörde yapılmasına rağmen Bozkurt ve Yurt'un (2015) araştırma sonuçlarına göre kurumsal itibarın örgütsel bağlılık üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Örgütsel bağlılığı sağlamayı isteyen özel hastanelerin, çalışanlarında kurumla ilgili daha olumlu itibar algısının oluşturulması yönünde çalışmalar yapması gereklidir.

İş memnuniyeti ve iş performansı açısından bakıldığında, Aktaş'ın (2014) sağlık kurumları çalışanlarına yönelik yaptığı araştırmanın sonuçlarına göre kurumsal itibar ile iş memnuniyeti ve iş performansı arasında pozitif yönlü ve güçlü ilişki bulunmuştur. Çınaroğlu ve Şahin'in (2012) çalışmasına göre kurumsal itibar ile personel memnuniyeti arasında pozitif yönlü ve güçlü ilişki bulunmuştur. Bu açıdan bakıldığında, çalışanlar kurumlarını itibarlı olarak algıladıklarında hem iş memnuniyeti artacak hem de iş performansı artacaktır.

Emek yoğun kuruluşlar olan hastanelerde kurumsal itibarın oluşmasında çalışanların niteliği, rolü ve katkısı göz önüne alındığında kurumsal itibarın sağlanmasında yöneticilere büyük görevler düşmekte, yöneticilerin çalışanlarda olumlu kurumsal itibar algısı oluşturma konusunda yeterli çabayı göstermesi kaçınılmaz hale gelmektedir. Çalışanlar diğer paydaşların kuruma ilişkin itibar algısını doğrudan etkilemektedir. Bu durum diğer paydaşların kurumla olan ilişkilerinde değişik boyutları da etkilemektedir. Örneğin Jung ve

diğerlerinin (2011) çalışmasına göre kurumsal itibar hastane tercihine etki etmektedir. Mira ve diğerlerinin (2014) yaptığı araştırmaya göre hastanenin itibarlı olarak algılanma düzeyi yükseldikçe hastaneye olan güven düzeyi de yükselmektedir. Bontis ve diğerlerinin (2007) farklı bir sektörde yapmış oldukları araştırma sonuçlarına göre kurumsal itibar müşteri sadakatini ve tavsiye edilmeyi etkilemektedir.

Kurumsal itibarın başta şirketlerin varlığı olmak üzere, sürdürülebilir rekabet avantajı sağlamak, kurumun ürün ve hizmetlerine ilave değer kazandırmak, tüketicilerin tercihlerinde rol oynamak, olumlu müşteri tutumları sağlamak, pazar payını ve satışları artırmak, daha nitelikli çalışanları çekmek, yeni pazarlara erişimi sağlamak ve yatırımcıları çekmek gibi birçok konuya etki ettiği düşünüldüğünde kurumsal itibar üzerinde durulması gereken önemli bir konu haline gelmiştir. Bundan dolayı hastanelerin olumlu itibar algısı oluşturma adına çalışmalar yapması önerilmektedir.

Bu araştırmanın bir hastanede ve çok yüksek olmayan sayıda katılımcı ile yapılmış olması bir sınırlılık olsa da, sağlık sektöründe yapılmış sınırlı çalışmalarından biri olması açısından önemlidir. Hastanelerdeki genel durumu görebilmek adına, benzer çalışmaların yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aktaş K. (2014) İtibar Yönetimi, İş Memnuniyeti ve Örgütsel Performans Arasındaki İlişkinin Analizi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. **Gediz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, İzmir.
2. Alnaçık E., Alnaçık Ü. ve Genç N. (2010) Kurumsal İtibar Bileşenlerinin Algılanan Önemi Demografik Özelliklerden Etkilenmekte midir? **Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, 13(23): 93-114.
3. Alsop R. J. (2004) Corporate Reputation: Anything but Superficial - The Deep but Fragile Nature of Corporate Reputation. **Journal of Business Strategy** 25(6): 21-29.
4. Berkup S. B. (2015) Fombrun İtibar Katsayısı Ölçeği Çerçevesinde Bir İtibar Vaka Çalışması: Arçelik A.Ş. **Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi** 8(38): 859-886.
5. Bilbil E. K, Sütcü C. S. ve Kıyat B. D. (2013) Türkiye’de Telekomünikasyon Sektöründe Kurumsal İtibar Katsayısı ve Marka Sadakati Üzerine Bir Araştırma. **Öneri Dergisi** 10(39): 163-175.
6. Bontis N., Booker L. D. and Serenko A. (2007) The Mediating Effect of Organizational Reputation on Customer Loyalty and Service Recommendation in the Banking Industry. **Management Decision** 45(9): 1426-1445.
7. Bozkurt Ö. ve Yurt İ. (2015) Kurumsal İtibar Yönetimi Algısının Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisi: Akademik Personel Üzerine Bir Araştırma. **Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi** 8(15): 59-76.
8. Cravens K., Oliver E. G. and Ramamoorti S. (2003) The Reputation Index: Measuring and Managing Corporate Reputation. **European Management Journal** 21(2): 201-212.
9. Çınaroğlu S. ve Şahin B. (2012) Kurumsal İtibar ve İmajın Hastanelerin Performansı İle İlişkisi. **H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 30(2): 27-56

10. Esen E. (2011) Türkiye'deki ve Dünya'daki İtibar Ölçümlerinin Karşılaştırılması. **Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi** 31(2): 289-306.
11. Firestein P. J. (2006) Building and Protecting Corporate Reputation. **Strategy & Leadership** 34(4): 25-31.
12. Floredu P. B., Cabiddu F. and Evaristo R. (2014) Inside Your Social Media Ring: How to Optimize Online Corporate Reputation. **Business Horizons** 57: 737-745.
13. Fombrun C. J., Gardberg N. A. and Sever J. M. (2000) The Reputation QuotientSM: A Multi-Stakeholder Measure of Corporate Reputation. **Journal of Brand Management** 7(4): 241-255.
14. Jung K., Feldman R. and Scanlon D. (2011) Where Would You Go for Your Next Hospitalization? **Journal of Health Economics** 30: 832-841.
15. Karaköse T. (2007) Örgütlerde İtibar Yönetimi. **Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi** 11(9): 1-12.
16. Karatepe S. (2008) İtibar Yönetimi: Halkla İlişkilerde Güven Yaratma. **Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi**, 7(23): 77-97.
17. Keh H. T. and Xie Y. (2009) Corporate Reputation and Customer Behavioral Intentions: The Roles of Trust, Identification and Commitment. **Industrial Marketing Management** 38: 732-742.
18. Mira J. J., Lorenzo S. and Navarro L. (2014) Hospital Reputation and Perceptions of Patient Safety. **Medical Principles and Practice** 23: 92-94.
19. Öncel M. ve Sevim Ş. (2014) Sürdürülebilir Rekabet Üstünlüğü Sağlamada Kurumsal İtibar Yönetimi: Yükseköğretimde Yapılandırılmasına Yönelik Bir Model Önerisi. **İşletme Araştırmaları Dergisi** 6(4): 139-156.
20. Resnick J. T. (2004) Corporate Reputation: Managing Corporate Reputation – Applying Rigorous Measures to A Key Asset. **Journal of Business Strategy** 25(6): 30–38.
21. Rose C. and Thomsen S. (2004) The Impact of Corporate Reputation on Performance: Some Danish Evidence. **European Management Journal** 22(2): 201-210.
22. Sayılı H. ve Uğurlu Ö. Y. (2007) Kurumsal İtibar ve Yönetimsel Etik İlişkisinin Analizine Yönelik Bir Değerlendirme. **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 12(3): 75-96.
23. Selvi Ö. (2012) Özel Sağlık Kurumlarında İtibar Yönetimi ve Bir Uygulama Örneği. **Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Konya.
24. Šontaitė-Petkevičienė M. (2014) Crisis Management to Avoid Damage for Corporate Reputation: The Case of Retail Chain Crisis in the Baltic Countries. **Procedia-Social and Behavioral Sciences** 156: 452-457.
25. Ünalı N. (2015) Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlarda İtibarın Önemi. **Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi** 2(2): 100–111.

26. Wang C. H. (2014) How Relational Capital Mediates The Effect of Corporate Reputation on Competitive Advantage: Evidence from Taiwan High-Tech Industry. **Technological Forecasting & Social Change** 82: 167-176.

Sağlık Kurumlarına Yapılan Geri Ödeme Yöntemleri: Teşhis İlişkili Gruplar

İzzet AYDEMİR*
İsmail AĞIRBAŞ**

ÖZ

Sağlık hizmet sunucularına yapılan geri ödeme yöntemleri, sağlık hizmetleri sunumunun hacmi ve kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Ödeme yöntemlerinin türü ve niteliği, hizmet sunucuları için güçlü özendirici olabileceği gibi daha iyi ve sürdürülebilir bir bakım hizmeti ve harcama kontrollerinin de temel nedeni olarak görülmektedir. Kaynakların daha efektif kullanımı ve hizmet sunum maliyetlerinin ödeyici kurumlar ile hizmet sunucuları arasında paylaşımı gerekliliği, Teşhis İlişkili Gruplar gibi ödeme modellerinin hastane faaliyetlerinin ölçülmesi ve geri ödeme yöntemi türü olarak kullanılmasını yaygınlaştırmıştır. Bu itibarla çalışmada, hastanelere yapılan kurumsal ödeme mekanizmaları genel hatlarıyla açıklanmıştır. Çalışmada özellikle Teşhis İlişkili Gruplar'ın oluş şekline ve Teşhis İlişkili Gruplar'a dayalı ödeme yöntemi hakkında ayrıntılı bilgilere yer verilmiştir. Çalışmanın sonunda Türkiye'de farklı coğrafyada faaliyette bulunan iki eğitim ve araştırma hastanesinin bağıl değerleri ve vaka karma indeksleri hesaplanarak, hastanelerin vaka komplekslikleri ve kaynak gereksinimlerinin göreceli karşılaştırması yapılmıştır. Çalışma bulguları, ödeyici kurumların finansal kaynak dağıtımını Teşhis İlişkili Gruplar'a göre yapmalarının, sağlık kurumlarının hizmet sunumuna ilişkin oluşabilecek mali mağduriyetlerin önüne geçilebileceğini göstermesi bakımından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bağıl değer, geri ödeme yöntemleri, hizmet sunucuları, Teşhis İlişkili Gruplar, vaka karma indeksi

Health Care Reimbursement Methods: Diagnosis Related Groups

ABSTRACT

The reimbursement methods which providers are paid have a substantial impact on the volume and quality of health services delivered. As well as having a strong incentive to providers, the type and quality of payment methods, also seen for a better and sustainable care and the main reason for spending controls. Using the resource more effective and the requirement of service provision cost sharing between payer organizations and providers, has been promoting the use of Diagnosis Related Groups as a reimbursement model and the measurement of hospital activities. In this regard within the study, the institutional payment mechanisms to hospitals are explained in general terms. In particular, the information about the formation of Diagnosis Related Groups and Diagnosis Related Groups-based payment methods are given detail in the study. At the end of study, the relative value and case mix index of two training and research hospitals -located in different regions in Turkey- has been calculated. Consequently, comparison of case complexity and resource requirement of hospitals have been made relatively. The study findings are essential that distribution of financial resources according to the Diagnosis Related Groups will prevent the financial disadvantage that may occur related to the health care service delivery.

Keywords: Relative value, reimbursement methods, service providers, Diagnosis Related Groups, case mix index

* Arş. Gör., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, iaydemir@ankara.edu.tr

** Prof. Dr., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, agirbas@ankara.edu.tr

I. GİRİŞ

Sağlık sunucularına ödeme yöntemleri, sağlık hizmetleri ekseninde mali bir külfet niteliği taşımakta olup sağlık ekonomisi ve sağlık finansmanı içinde değerlendirilme olanağı bulan mekanizmalardır. Sağlık finansman fonksiyonları olarak bilinen gelir elde etme, fon havuzlama ve hizmet sunumu bağlamında hizmet sunucularına ödeme yapma, sağlık sisteminde geri ödeme yöntemlerinin önemini artırmaktadır. Hizmet sunucuları *hekimler* gibi sağlık profesyonelleri olabileceği gibi *hastaneler* gibi kurumsallaşmış hizmet sunucuları da olabilmektedir.

Ödeme mekanizmaları, finansal kaynakların devlet aygıtları, kullanıcı veya sigorta kurumu gibi kuruluşlardan ya da finans mekanizmalarından hekim, hemşire ve hastane gibi bireysel ve kurumsal sağlık hizmet sunucularına doğru transferi olarak tanımlanmaktadır. Hizmet sunucularına, sundukları hizmetlerin karşılığı olarak yapılan geri ödemeler, farklı yöntemlerle yapılabilmektedir (Çelik 2011). Sunuculara ödeme modelleri, sağlık hizmetlerinin ne miktarda ve ne şekilde kullanılacağını belirleyen, hizmet sunucuların hizmet sunum esnasında davranışlarının belirlemesi bakımından önem taşımaktadır. Diğer taraftan geri ödeme mekanizmaları verimlilik, kalite, harcamalar ve hizmete erişim (Barnum et al. 1995) gibi performans göstergelerini ve sağlık hizmetlerindeki risk paylaşımını, hekim-hastane işbirliğini, rekabeti, entegrasyonu etkileyebilmektedir (Boachie 2014). Sağlık hizmetleri kalitesini, ekonomik ve sosyal gelişmişliğin yanı sıra ödeme sistemleri de etkilemektedir (Aral 2014). Sağlık hizmeti sunucularına yapılan ödeme mekanizmaların, tek bir yöntem yerine değişik yöntemleri içeren karma ödeme modellerinin tercih edildiği görülmektedir (Top, Tarcan 2007).

Sağlık sektöründe geri ödeme yöntemlerini etkileyen dört temel aktör bulunmaktadır. Sağlık kurumları (kamu ve özel hastaneler gibi), sağlık hizmeti sunucuları (hekim ve hemşire vb.), geri ödeme yapan kurum ve kişiler (sosyal güvenlik kurumları ve özel sağlık sigortaları) ve hastalar gibi sosyal paydaşlardır. Burada bahsedilen her bir paydaş öncelikle kendi amaçlarını gerçekleştirmek için hareket etmektedir. Geri ödeme yöntemleri ile tüm tarafların çıkarının bir arada toplanması (Top, Tarcan 2007) ve optimize edilmesi amaçlanmaktadır.

Bu itibarla çalışmada, hastanelere yapılan kurumsal ödeme mekanizmaları genel hatlarıyla açıklanmıştır. Çalışmada özellikle Teşhis İlişkili Gruplar'ın (TİG) oluş şekline ve TİG'e dayalı ödeme yöntemi hakkında ayrıntılı bilgilere yer verilmiştir. Çalışmanın sonunda Türkiye'de farklı coğrafyada faaliyette bulunan iki eğitim ve araştırma hastanesinin bağlı değerleri ve vaka karma indeksleri (VKİ) hesaplanarak, hastanelerin vaka komplekslikleri ve kaynak gereksinimlerinin görece karşılaştırması yapılmıştır. Ödeyici kurumların finansal kaynak dağıtımını TİG'e göre yapmalarının, sağlık kurumlarının hizmet sunumuna ilişkin oluşabilecek mali mağduriyetlerin önüne geçilebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle çalışmada geri ödeme yöntemlerinden özellikle TİG üzerinde durulmuştur.

II. NİÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM?

Ödeme sistemleri; finansal kaynakların hükümet, hizmeti alanlar veya sigorta gibi kuruluşlardan alınıp, hekim, hemşire veya hastane gibi sağlık hizmeti sunucuları arasında paylaşılması olarak tanımlanmaktadır. Kullanılan geri ödeme sistemlerinin sağlık sektöründeki tüm paydaşlar üzerinde farklı etkileri bulunmaktadır. Ödeme yöntemi belirlenirken yaratılan bu etkiler dikkate alınmalıdır (Çelik 2011). Kalite ve maliyet etkenlerini dengeleyebilecek stratejik araçlardan en önemlisi, sağlıkta geri ödeme sistemleridir. Uygulanacak geri ödeme sisteminin, bakım kalitesini artırmayı ödüllendirirken, gereksiz maliyetleri de cezalandıracak bir yapıya sahip olması gerekmektedir. Geri ödeme

sistemleri, bu önemli misyonu nedeniyle sağlık sisteminin en önemli araştırma alanlarından biri haline gelmiştir (Narmanlı ve diğerleri 2012).

Sağlık hizmeti sunanlara temel olarak iki yöntemle ödeme yapılmaktadır: Doğrudan ödeme yöntemi ve dolaylı ödeme yöntemi. Bu ödeme şekilleri, hizmetten yararlanan kişilerin talep düzeylerini etkileyebilmektedir. Doğrudan ödeme yönteminde; sağlık sistemi içinde yer alan bireyler kamu ya da özel sektördeki hizmet sunucularına, araya başka bir kurum koymaksızın hizmetlerden yararlanma karşılığında yaptıkları ödemedir. Dolaylı ödeme yönteminde ise, hizmetten yararlanan kişiler adına onları sigortalayan özel veya sosyal sigorta kuruluşları, işveren ya da ödeme gücü olmayanlar için devlet “üçüncü taraf” olarak hizmet sunan kişi, kurum ya da kuruluşlara ödeme yapmaktadır (Tengilimoğlu ve diğerleri 2012).

Bir diğer geri ödeme sınıflandırma yöntemi sabit ve değişken sistemlerin varlığıdır. Sabit ve değişken geri ödeme sistemleri arasındaki ayrım, faaliyetler ile ödemeler arasındaki ilişkiye dayanmaktadır (Akyürek 2012). Hizmetlerin artması ya da azalmasına bağlı olarak değişmeyen bir ödeme sistemi sabit ödeme sistemi olarak tanımlanmaktadır. Üretilen hizmet miktarına bağlı olarak ödeme yapısı da değişiyorsa, bu ödeme yöntemi değişken ödeme sistemi olarak nitelendirilmektedir (Çelik 2011). Maaş ve global bütçe sabit geri ödeme yöntemi; kişi başı ödeme, vaka başı ödeme ve hizmet başı ödeme birer değişken geri ödeme yöntemleri olarak değerlendirilebilmektedir (Waters, Hussey 2004).

Ödeme yöntemlerinin ileriye ya da geriye yönelik olması, sağlık hizmetleri sisteminde kullanılan diğer bir ödeme sistemi sınıflandırmasıdır (Çelik 2011). Ödeme yöntemlerinin ileriye ya da geriye yönelik olması hizmeti almadan veya hizmeti aldıktan sonra ödeme yapmakla ilgilidir. Sağlık sunucularına sözleşme paketindeki hizmetleri kullanmadan önce ödeme yapılıyorsa bu ileriye dönük bir ödeme mekanizmasıdır. Hizmetin kullanımı sırasında ya da kullandıktan sonra herhangi bir ödeme yapılıyorsa geriye dönük bir ödeme sisteminin uygulanmasından bahsedilebilmektedir (Top, Tarcan 2007). Kişi başı ödeme ve hizmet başı ödeme birer geriye dönük ödeme mekanizmalarıdır. Buna karşın global bütçe, ileriye dönük bir ödeme mekanizması örneğidir (Waters, Hussey 2004).

Ödeme yöntemlerinin sınıflandırılmasında hizmet sunucularının sağladıkları hizmetin miktarı ve tipi ile hasta özelliklerini dikkate alan modeller biçiminde de kategorize edilmesi söz konusudur. Sağlık kurumu performansına etkin düzeyde katkıda bulunmayan, maliyetleri kontrol altına alamayan ve mali riski daha çok finansör kurumlara yükleyen ödeme yöntemi türü, pasif ödeme yöntemi olarak bilinmektedir. Aksine maliyet paylaşımını sağlayan, mali riski hizmet sunucu kurumlara devreden ve performans odaklı anlayışı sistematize eden ödeme modelleri faaliyet tabanlı ödeme, aktif ya da stratejik ödeme modelleri olarak tanımlanmaktadır. Vaka başına ödeme, global bütçe, teşhis ilişkili gruplar ve hizmet başına ödeme gibi ödeme modelleri stratejik ödeme yöntemlerindedir (Langenbrunner et al. 2009; Sutherland 2011).

III. SAĞLIK KURUMLARINA YAPILAN GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ

Hastane gibi kurumsal sağlık hizmeti sağlayan sağlık hizmet sunucuları için yaygın olarak hizmet başına ödeme, kişi başına ödeme, vaka başı uygulama, gün başı ödeme ve bütçe ödeme yöntemi mekanizmaları kullanılmaktadır (Çelik 2011). Hastane benzeri hizmet sunucularına yapılan bu ödeme yöntemleri genel olarak üç grupta kategorize edilebilmektedir. Bunlar harcama kalemi ve global bütçe gibi hizmet sağlayıcılarının özelliklerine dayalı olan ödemeler, hizmet başı ödeme gibi hizmet özelliklerine dayalı ödeme sistemleri ve TİG gibi hasta karakteristiğini temel alan ödeme yöntemleridir (OECD 2015). Sağlık kurumlarına yapılan ödeme yöntemleri aşağıda ayrıntılı tartışılmıştır.

3.1. Kişi Başı Ödeme Yöntemi

Sağlık hizmet sunucusuna, bakım hizmeti sunduğu her bir kişi için yapılan bir ödeme yöntemidir. Bu ödemenin tutarı genelde zamana dayalı olarak belirlenir. Örneğin hizmet sunulan yıl başına önceden belirlenen bir ödeme tutarı gibi. Ödeme kişi sayısına bağlıdır. Yaş ve risk grupları gibi diğer göstergelere göre de ayarlanabilir (Hacettepe Üniversitesi 2006). Yaygın olarak temel ve koruyucu sağlık hizmetleri sunumunun gerçekleştiği Aile Hekimliklerinde uygulanmaktadır.

Kişi başına ödeme yöntemi, hizmet sağlayıcılar tarafından sağlanan risk havuzlamaya dayanmaktadır. Bu bağlamda hizmet sağlayıcıya atanmış kayıtlı bir kişi, belirli bir dönemde sağlanan sağlık hizmetlerini kullanmayabilir. Bu durum hizmet sağlayıcılarını, daha fazla kişiyi kayıt etmeye itebilir. Diğer taraftan kronik hastalıkları olan bireyler ile yatan hasta tedavi süresi artan hastaların maliyetleri, kişi başı ödenen miktarı aşabilmektedir (Normand, Weber 2009). Kişi başı ödeme yöntemi, ödeme yapanlarla karşılaştırıldığında hizmet sunuculara daha fazla finansal risk yüklemektedir. Bu durum sağlık hizmet sunucuları üzerinde maliyet kontrolü ve sağlık hizmetlerinin sunulmasında maliyet-etkililiği gerçekleştirme konusunda baskı yaratmaktadır (Barnum et al. 1995).

Genel olarak toplam ödemenin hizmet sunucuları tarafından önceden biliniyor olması, görece olarak düşük yönetim giderlerine sahip olması ile riskin hizmet sunucuları ve ödeyici kurumlar tarafından paylaşılması, kişi başı ödeme yönteminin avantajları olarak görülmektedir. Diğer taraftan tahsis edilen finansman ile tedavi edilen hasta sayısı ve niteliği arasında herhangi bir bağın olmaması, daha az hizmet sunmaya yönelik özendiricilere sahip olması ve sağlıklı hastaları veya daha az kaynak yoğun hizmet gerektiren kişileri seçmeye yönelik olması, bu ödeme yönteminin dezavantajları olarak görülmektedir (Hacettepe Üniversitesi 2006).

3.2. Hizmet Başına Ödeme Yöntemi

Sunulan kalem veya hizmet sayısına dayalı bir ödeme yöntemidir (Hacettepe Üniversitesi 2006). Hizmet sunucusuna ürettiği her birim hizmet için ödeme yapılır. Sunulan her bir kalem hizmet için bir fiyat belirlenir. Sağlık hizmet sunucuları belirlenmiş bu fiyat üzerinden sunmuş olduğu hizmetleri ödeyici kurumlara fatura ederler (Akyürek 2012). Örneğin bir hastaneye ameliyat, muayene, tahlil ve yatak ücreti için ödeme yapılabilir (Top, Tarcan 2007). Bu ödeme yöntemi iki şekilde gerçekleşmektedir. Cepten yapılan ödemeler ve hizmetin bedeli hizmet sunumu gerçekleştikten sonra fatura bedellerinin üçüncü taraf ödeyicilerce (sigorta kuruluşları) karşılanan geri ödeme mekanizmalarıdır (Casto, Layman 2006).

Hizmet başına ödeme yöntemi özellikle gelişmekte olan ülkelerde özel hastanelere, sağlık kurumlarına ve bireysel olarak hizmet veren hekimlere ödeme yapmakta kullanılan en yaygın modeldir (Çelik 2011). Hizmet sunumunun teşvik edilmesi, karmaşık vakaların tedavisine yönelik özendirici olması, hastaların hizmete erişimini iyi yönde etkilemesi, daha sağlıklı hastaları seçme yönünde sunucuları teşvik edici olmaması, bu ödeme yönteminin avantajlarından (Hacettepe Üniversitesi 2006; Top, Tarcan 2007). Sadece sunulan hizmet sayısı ve miktarının dikkate alınması, hekimler arasında hasta ve sevk sayısının artırılmasını özendirilmesi, hizmet başına daha az kaynak kullanımı eğilimini artırması ve ödeyen için yüksek mali risk taşıması gibi özellikler, hizmet başına ödeme yönteminin negatif yanlarını içermektedir (Hacettepe Üniversitesi 2006). Bu ödeme yönteminde arzın talep yaratabilmesi gücüne bağlı olarak gereksiz hizmet sunulması riskinin bulunması, hizmet başı ödeme yönteminde hastane faturaları ciddi bir şekilde incelenmelidir (Aral 2014).

3.3. Gün Başına Ödeme Yöntemi

Gün başına belirlenen ödeme miktarıdır. Hastanelere sunulan hizmetin süresi başına ödeme yapılır. Hastaya verilen tıbbi tedavi, ilaçlar, bandajlar, protezler, konaklama gibi değişkenlere ait harcamaları kapsamaktadır (Tengilimoğlu ve diğerleri 2012). Hizmet sunucular kazançlarını daha fazla artırmak için hastanın olması gerekenden daha fazla hastanede kalmasını isteyebilirler (Kaya 2008).

Günlük bazda hizmet sunuculara yapılan ödeme, hizmet sunucusunun özelliğine göre farklılık göstermektedir. Örneğin kırsal bölgede hizmet sunan bir hastaneye göre bir üniversite hastanesine daha fazla ödeme yapılabilmektedir. Günlük bazda belirlenen sabit oran hastaneleri daha fazla verimli olmaları, test ve prosedürleri azaltmaları yönünde teşvik etmektedir. Ayrıca daha fazla risk taşıyan hastalara yönelik tedavi imkânını sağlayan hastanelere, günlük olarak sunulan hizmetleri azaltma yönünde davranışlar geliştirmelerine neden olabilmektedir. Teorik olarak, kurumsal hasta bakımı vermekte olan hemşirelik evleri ve evde hasta bakım hizmetlerini sağlayan hemşireler için de bu ödeme yönteminin kullanılabilirliği mümkündür (Normand, Weber 2009). Türkiye özelinde bakıldığında fizik tedavi ve rehabilitasyon ile yoğun bakım ünitelerinde de kullanılan bir ödeme yöntemidir (SGK 2014).

Gün başı ödeme modelinde, ödeme yönteminin günlük sabit ya da değişken olarak yapılmasının maliyet yönetimi üzerinde önemli farklılıkları olabilmektedir. Örneğin ödemelerin günlük sabit olarak yapılması hastanelerde maliyet indirimi konusunda yeterli özendiriciye sahip olabilmektedir. Ayrıca maliyet yönetimi göreceli olarak daha ucuz olur. Şayet ödemeler günlük değişken şeklinde yapılıyorsa hastanelerde maliyet indirimi konusunda yeterli özendiriciye sahip değildir (Karacaoğlan 2009).

3.4. Bütçe Ödeme Yöntemi

Hastane gibi hizmet sunucusuna tüm harcamalarını karşılamak üzere belli bir süre için belirlenen sabit bir bütçe tahsis edilir (Tengilimoğlu ve diğerleri 2012). Eğer ödemeler belirli kategorilere/gider kalemlerine göre (maaş, yatırım, ilaç, taşıma vb.) belirleniyor ve bu kategoriler arasında finansal transfere izin verilmiyorsa söz konusu bütçeleme, harcama kalemlerine yönelik ya da diğer bir ifadeyle program bütçelemeye göre yapılmaktadır (Çelik 2011). Harcama kalemlerine yönelik bütçe ödemesinde yatak sayısı, personel sayısı ve diğer girdiler temel alınarak hesaplanmaktadır (Aral 2014). Genel ya da global bütçe sisteminde ise ödemeler götürü bedel üzerinden sağlık kurumlarına tek bir kalemden finansman kurumlarınca tahsis edilmektedir. Dolayısıyla da sağlık kurumları kendilerine yapılan ödemeyi istedikleri faaliyet alanlarında kullanabilmektedirler (Çelik 2011). Global bütçe ileriye yönelik olup harcama sınırını ve hedefini ifade eder. Global bütçe ile sağlık hizmetleri için ödenecek toplam bedele bir sınır koyularak sağlık harcamalarının kontrol altında tutulması amaçlanmaktadır (Akdağ 2012).

Global bütçe ödeme modelinin tercihinde ödeme kuruluşları daha isteklidirler. Ödeyici kuruluş açısından mali risk düşerken sistemin yönetimi de kolaylaşmaktadır. Genel bütçeleme sisteminin temel hedefinin mevcut harcamaları kısma yönelik olduğu, kaynakların etkin ve verimli kullanımını özendirildiği, gereksiz hizmet sunumunu önlemeye yönelik olduğu ve finansal yönetimde şeffaflığı sağlamaya yönelik olduğu görülmektedir (Akyürek 2012).

Bütçe ödeme yönteminde finansal risk daha çok hizmeti sunanlar tarafından üstlenmektedir. Hizmetten yararlananlar açısından hizmetin kalitesi ve güvenliği konusunda riskler oluşabilmektedir (Demir 2009). Global bütçeler yoluyla tedavinin toplam parasal

büyüklüğü belirtilmekte ve bunun üzerine çıkılamamaktadır. Bütçe sınırlamaları, hastanede yatma süresinin azalmasına neden olmakta ve doktorların üretim miktarlarını da etkileyebilmektedir (Köktaş 2014).

3.5. Vaka Başına Ödeme Yöntemi

Sağlık hizmeti sunucuları tarafından tedavi edilen her vaka için yapılan ileriye yönelik bir ödeme yöntemidir. Tedavi edilen vaka tipine göre bir ödemede bulunmaktadır. Burada vaka ile kastedilmeye çalışılan belirli bir durum ya da hastalığa bağlı olarak sağlık hizmeti alan hastalardır. Vaka başına ödeme modelinin en önemli örneği TİG ödeme modelidir (Çelik 2011).

Bu yöntemde hizmet sunucusuna, önceden belirlenmiş koşul ve tutarlara dayalı olarak vaka başına ödeme yapılmaktadır. Diğer bir modelde ise ödeme miktarını belirlemek için vaka sınıflandırma sistemleri kullanılır. Bunun için öncelikle hastaların teşhisleri maliyet ve tıbbi benzerliklerine göre gruplandırılır. Hastanelere, koyulan teşhislere göre ödeme yapılır. Bu sistem hastaneye yapılan ödemelerin kontrolünü kolaylaştırmaktadır. Fakat erken taburcu olaylarını, hatta tam iyileşmeden taburcuları teşvik edebilir. Ayrıca hekimlerin hastaneye daha fazla ödeme yapılmasını sağlamak için alternatif iki teşhisten daha pahalı olanı tercih etmesine yol açabilir. Bu nedenle sistem hekimlerin dürüstlüğü esasına dayanmaktadır (Karacaoğlan 2009). Dolayısıyla hekimlerin klinik ve ekonomik davranışlarının kontrol altına tutulması gerekliliği gündeme gelebilmektedir.

Vaka başına ödeme, hastanelerin tedavi maliyeti düşük vakalara daha çok ağırlık vermesine neden olabilir. Diğer bir ifadeyle hastaneler, ödeme miktarının maliyetlerden fazla olduğu vakaların tedavisine yönelmeleri söz konusu olabilmektedir. Hizmet sunucularının gelirlerini artırmak için ücreti daha yüksek olan teşhise yönelmelerini sağlaması vaka başına ödeme modelinin belki de en önemli dezavantajıdır (Chawla et al. 1997; Akt. Top, Tarcan 2007). Brezilya'da vaka başına ödeme yönteminin bir sonucu olarak özel hastanelerin düşük maliyetli hastalıkların tedavisine ağırlık verdiği, buna karşılık kamu hastanelerinde daha komplike ve maliyeti yüksek hastalıkların tedavi edildiği görülmüştür (Barnum et al. 1995).

3.6. Geri Ödeme Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Geri ödeme yöntemlerinin tümünde ödeme yapan kurumlar ile hizmet sunan kurumlar arasında karşılıklı problemler yaşanabilmektedir. Bu problemlerin nedenleri incelendiğinde hizmet sunucuların hizmet başına ödeme gibi riskin ödeme kurumlarına yüklendiği girdiye dayalı ödeme modellerini tercih ettikleri; ödeyici kurumların ise riskin daha çok hizmet üretim birimlerine yüklendiği paket fiyat ve global bütçe gibi sabit fiyatlı ödeme modellerini benimsemelerinden kaynaklanmaktadır (Aral 2014).

Sağlık kurumlarına yapılan geri ödemelerin *maliyet, kalite ve yönetim* bakımından karşılaştırılması Tablo 1'de belirtilmiştir. Tablo 1 incelendiğinde bütçe yöntemi, kişi başı ödeme ve vakaya dayalı ödeme yöntemlerinin maliyetleri düşürücü etkilerinin daha güçlü olduğu görülmektedir. Buna karşın hizmet başı ödeme yönteminin daha kaliteli bir hizmet sunumuna katkı sağladığı gözlemlenmiştir. Fakat hizmet başı ödeme ve vakaya dayalı ödeme modelinin kurumsal yönetimi görece olarak diğer ödeme mekanizmalarından daha zordur. Bu ödeme yöntemlerinin hangisinin tercih edileceği karar vericilerin rasyonel tercihleri doğrultusunda şekillenmektedir. Örneğin maliyetlerin kontrol altına alınmasının önceliklendirildiği bir sistemde vaka başına ödeme, kişi başı ödeme ve global bütçe, daha fazla önemsenabilmektedir.

Tablo 1. Geri Ödeme Yöntemlerinin Etki Analizi Yönünden Karşılaştırılması

Ödeme Mekanizması	Maliyet düşürme	Kalite	Yönetim
Hizmet başına ödeme	Zayıf	Çok Güçlü	Çok zor
Vakaya dayalı ödeme	Güçlü	Orta	Zor
Gün başı ödeme	Orta	Zayıf	Çok kolay
Kişi başı ödeme	Çok Güçlü	Orta	Çok kolay
Bütçe ödeme yöntemi	Çok Güçlü	Orta	Kolay

Kaynak: Normand, Weber 2009

Hastanelere yapılan geri ödeme yöntemlerinde pasif ödeme modellerinin yerine stratejik ödeme modellerinin ikame edilmesi, yükselen bir trend olarak görülmektedir. Bu bağlamda düşünüldüğünde, TİG'in sağlık hizmeti sunumuna ilişkin maliyetleri daha çok hizmet üretim birimlerine yüklediği görülmektedir. TİG, vaka kompleksliklerini dikkate alarak hastaneler arası finansal kaynak ihtiyacı hakkında daha şeffaf veriler sağlamaktadır. Finansal kaynaklara yönelik maliyet tasarruflarını sağlaması ve kaynak dağıtımında etkililiği hedeflemesi, çalışmada TİG sürecinin ayrıntılı incelenmesini gerekli kılmıştır. Bu kapsamda çalışma sonucunda TİG ödeme modelini kullanan iki eğitim ve araştırma hastanelerinin görece karşılaştırması yapılarak TİG'in finansal politika yapımcılar ve uygulayıcılar tarafından bir ödeme modeli olarak değerlendirilebileceği hedeflenmektedir.

IV. TEŞHİS İLİŞKİLİ GRUPLAR (TİG)

Teşhis İlişkili Gruplar (Diagnosis Related Groups), hastaların klinik ve maliyet verilerinin kullanılarak gruplandırılması ve benzer hastalıkların benzer gruplara atanmasını içeren yatan hasta sınıflandırma yöntemidir (Sağlık Bakanlığı 2013). Klinik veri, hastaları TİG'ler içinde gruplamak için gereklidir. Maliyet verisi ise ödeme oranlarının hesaplanması için gereklidir (Ayanoğlu, Beylik 2014). Bir sınıflandırma yöntemi olan TİG; ortaya çıkan maliyetler ile hasta türlerini tanılarına ve işlemlerine göre sınıflandırarak benzer kaynaklarla tedavi kaynaklarını ilişkilendirmeyi amaçlamaktadır (Demir 2014). Bu bağlamda TİG, tedavi edilen hasta tipleri ile ihtiyaç duyulan kaynaklar arasında klinik açıdan anlamlı ilişkilendirme sağlayan bir hasta sınıflandırma sistemidir (Aral 2014).

TİG temelli ödeme sisteminde hastanın ana tanısı ile hastaya uygulanan işlemlerle tanımlanan klinik maliyetler, doğrudan bağlantılıdır (Aral 2014). Geri ödeme kurumu, hizmet sunucusuna ödeme yapacağı zaman ilgili hastanın ait olduğu TİG için hesaplanan maliyete göre ödeme yapar. Bir başka ifade ile geri ödeme, belirli bir hastaya ve o hastanın tedavisi esnasında yapılan işlemlere göre değil o tanı grubunun belirlenmiş ücretine göre yapılır (Tatar 2012). Sonuç olarak, TİG ile amaçlanan hastanın tedavi maliyetlerinin doğru bir şekilde değerlendirilmesini sağlayarak gereksiz kaynak kullanımının önüne geçmeyi gerçekleştirmektedir. TİG'in bir ödeme yöntemi olarak uygulanmasının yanında (Ağırbaş 2014) planlama, bütçe yapma, denetim, izleme ve değerlendirme gibi hedefler için de kullanıldığı görülmektedir.

TİG, sağlık hizmet sunucularına yönelik bir ödeme yöntemi veya bütçeleme aracı olarak uluslararası alanda kullanılmaktadır (SGK 2014). Hastanelerde bütçeleme, maliyet ve kalite kontrolünün temellendirilmesi için geliştirilmiştir (Narmanlı ve diğerleri 2012). TİG'in diğer ödeme yöntemine göre üstünlükleri bulunmaktadır. TİG (Sağlık Bakanlığı 2014):

- Hastalık şiddetini dikkate alır.
- Sadece cerrahi vakaları değil, tüm yatan hastaları sınıflayabilme özelliği bulunmaktadır.

- Vaka karmaşı indeksi yoluyla hastaneleri kıyaslamak ve performansı ölçmek mümkündür.

TİG, hastaneler arası farklılıkları ortaya koymak ile hastaneleri karşılaştırmak, ülke genelinde hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların ayrıntılı istatistiksel bildirimlerinin ulusal veri tabanı üzerinden yapılmasını sağlayabilmektedir. Bunun yanı sıra, etkin kaynak kullanımını teşvik etmede finansal baskı uygulamak, hastane yöneticilerinin klinisyenlerin işlerini izleme ve kontrol etmelerine imkân tanıyarak yönetsel etkililiğe yardımcı olmakla birlikte, hasta sınıflandırma ve bütçeleme olarak kullanılması da TİG'in diğer avantajlarından (Ayanoglu, Beylik 2014).

TİG'in avantajlarının yanında dezavantajları da bulunmaktadır. Örneğin hekimlerin gelir ve statü kaybı endişesi TİG'e olan itirazları kuvvetlendirmektedir. Ayrıca TİG kapsamında hastanelere yapılacak ödemelerin hastaların klinik durumları ve bakımları için harcanan kaynaklara bağlı olması sonucu yatarak tedavi edilen hastaların seçiminde yanlı davranılmasına neden olacaktır. Yatan hastalarda daha sağlıklı hastalara ağırlık verilmesi, hastanın erken taburcu edilmeye çalışılması, hafif vakaların tercih edilmesi, kaliteden ödün verilmesi, zor ve komplikasyonlu ya da komplikasyon riski yüksek hastalardan uzak durulabilmesi TİG'in diğer olumsuz ayırıcı yanlarından (Köse, Zakaryan 2011).

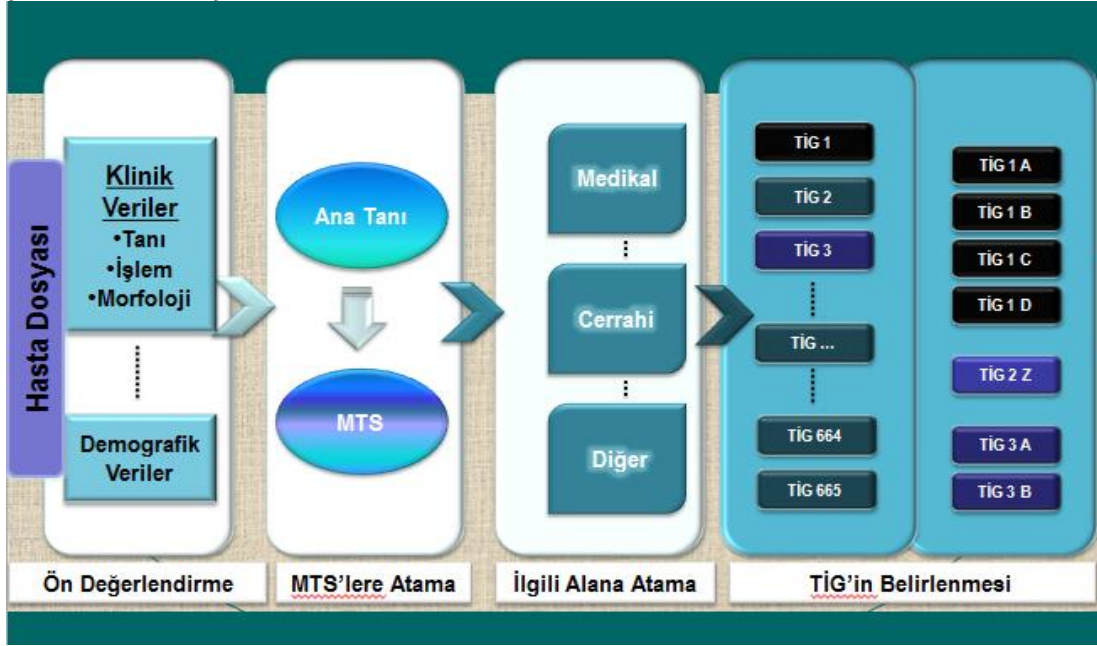
4.1. TİG Oluşum Süreci

Her hastanın kendine özgü klinik tanısı, risk faktörü, bireysel ve ailesel öyküsü, eşlik eden diğer durumlar gibi yapı çeşitliliği bulunmaktadır. Bu çeşitliliğin anlamlandırılabilmesi için benzer şartları taşıyan hastalar belirli gruplara ayrılmıştır. Hastalıkların teşhis ve işlemleri, yaş, cinsiyet, taburcu şekli, yatış süresi, yeni doğansa doğum ağırlığı, yoğun bakımda yatış süresi, hastalığın komplikasyon ve komorbidite (eşlik eden hastalıklar) durumunun olup olmadığı gibi pek çok parametrenin değerlendirilmesi sonucu hasta belirli bir gruba ayrılır ve hastaya özgü bir TİG oluşturulur (Sağlık Bakanlığı 2014). Eşlik eden hastalıkların varlığı TİG'i değiştirebilmektedir (Ayanoglu, Beylik 2014).

TİG oluşum süreci dört ana başlık altında oluşmaktadır (Şekil 1). Bu ana başlıklar (Sağlık Bakanlığı 2014; Ayanoglu, Beylik 2014):

- Ön değerlendirme
- Majör Tanı Sınıfı (MTS) ataması
- Alan ataması
- TİG'in hesaplanması/belirlenmesi

Şekil 1. TİG Oluşum Süreci



Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2011

Ön Değerlendirme aşamasında (Şekil 2) hasta dosyası, hastanın demografik ve klinik verilerinin detaylı olarak incelenip kodlamanın ilk basamağını ve temelini oluşturmaktadır. Klinik kodlama basamağı olarak da adlandırılan bu aşama, TİG oluşum sürecinde insan müdahalesine açık olması, klinik kodlayıcıların dikkat etmesini gerektirmektedir (Sağlık Bakanlığı 2013; Ayanoglu, Beylik 2014). Çünkü verilerin eksik ya da yanlış girilmesi, TİG'lerin yanlış hesaplanmasına neden olmaktadır.

TİG oluşum sürecinin ikinci aşaması *Majör Tanı Sınıfı* atamasıdır. Bu aşamada ön değerlendirmede belirlenip kodlanan durumlar, veri girişi programı sürecine aktarılır. Ana tanı ve majör tanı sınıfı gibi iki alt süreçlerden oluşur. Ana tanı, hastanın hastanedeki bakım epizodunun esas nedeni olarak ortaya konulan tanıdır. Majör tanı sınıfları -Tablo 2'de de görüldüğü üzere- hastalık ve sağlık durumunu etkileyen diğer faktörlerin gerekli kodlamaları sonucunda ana tanıya uygun olarak 25 farklı MTS'ye ataması yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2013).

Tablo 2. Majör Tanı Sınıfı (MTS) Listesi

Majör Tanı Sınıfı (MTS)	TİG Sayısı	MTS Grubu
MTS - 99 Hatalı TİG'ler	6	-
MTS - 00 Öncü-Majör Tanı Sınıfları (MTS)	12	A
MTS - 01 Sinir Sistemi Hastalıkları	53	B
MTS - 02 Göz Hastalıkları	20	C
MTS - 03 KBB ve Ağız Hastalıkları	28	D
MTS - 04 Solunum Sistemi Hastalıkları	42	E
MTS - 05 Dolaşım Sistemi Hastalıkları	67	F
MTS - 06 Sindirim Sistemi Hastalıkları	52	G
MTS - 07 Hepatobiliyer Sistem Hastalıkları	29	H
MTS - 08 Kas-İskelet ve Bağ Dokusu Hastalıkları	79	I
MTS - 09 Deri ve Meme Hastalıkları	29	J
MTS - 10 Endokrin ve Metabolik Hastalıklar	19	K
MTS - 11 Böbrek ve İdrar Yolları Hastalıkları	37	L
MTS - 12 Erkek Üreme Organları Hastalıkları	19	M
MTS - 13 Kadın Üreme Organları Hastalıkları	20	N
MTS - 14 Gebelik, Doğum ve Lohusalık	17	O
MTS - 15 Yenidoğan (ve diğer Neonatlar)	25	P
MTS - 16 Kan ve Kan Yapıcı Organların Hastalıkları	10	Q
MTS - 17 Neoplastik Hastalıklar	18	R
MTS - 18 Enfeksiyöz ve Parazitik Hastalıklar	17	T
MTS - 19 Akıl Sağlığı Bozuklukları	13	U
MTS - 20 Alkol/İlaç Kullanımı/ Bunlara Bağlı Organik Akıl Sağlığı Bozukluklar	8	V
MTS - 21 Yaralanma, Zehirlenme ve Toksik İlaç Etkileri	24	W,X
MTS - 22 Yanıklar	8	Y
MTS - 23 Sağlığı Etkileyen Faktörler ve Sağlık Hizmetleri ile Kurulan Diğer Tıp Temaslar	13	Z

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2013

MTS'ler, ilgili ana tanıların dolaşım sistemi hastalıkları, kan hastalıkları, sonunum sistemi hastalıkları gibi sistemlere göre sınıflandırılmasının yapıldığı algoritmalarıdır (Sağlık Bakanlığı 2013; Ayanoğlu, Beylik 2014).

TİG oluşum sürecinin üçüncü aşaması ilgili *Alana Atamanın (alan ataması)* gerçekleştirilmesidir. Mevcut ana tanı ve ek tanılarına göre alan ataması yapılır. TİG kodlama yapısında üç (3) farklı alan bulunmaktadır (Tablo 3): Dâhili (medikal) alan, cerrahi alan ve diğer alan (Ayanoğlu, Beylik 2014).

Tablo 3. TİG Algoritmasında Alan Dağılımı

Alan	Kod Aralığı	Sayı
Dâhili (Medikal)	60-99	347
Cerrahi	01-39	280
Diğer	40-59	38

Kaynak: Ayanoğlu, Beylik 2014)

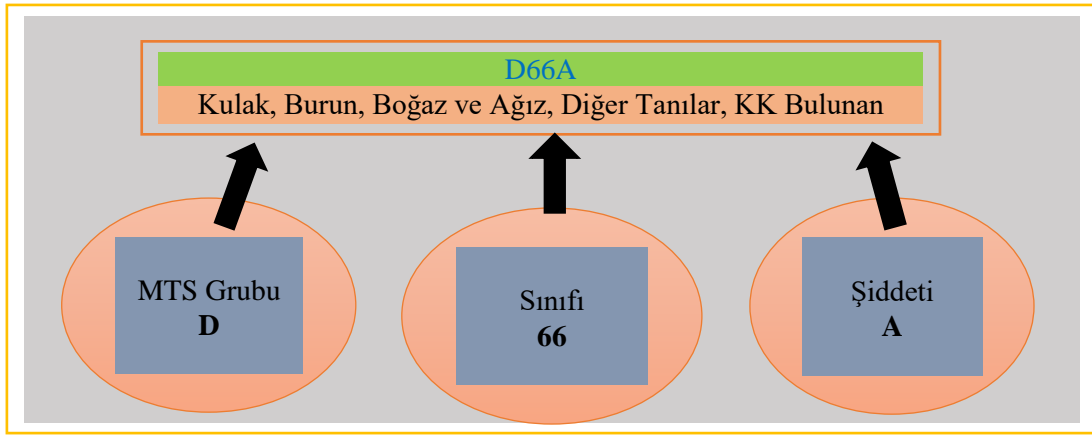
Dâhili (Medikal) Alan: Çoğunlukla vücudun iç organlarının tedavisine yönelik dâhili branşlarda yapılan yatışlarda ve cerrahi müdahale içermeyen hasta gruplarının oluşturduğu TİG'lerdir.

Cerrahi Alan: Vücuttaki yapı bozukluklarının ameliyatla onarılmasına ya da hastalıklı organı kesip çıkararak iyileştirilmesine dayanan cerrahi nitelikteki ameliyathane işlemlerinin yer aldığı TİG gruplarıdır.

Diğer Alan: Aynı gün içinde yapılan, ameliyathanede gerçekleştirilen işlemlerin yer almadığı, basit müdahaleleri içeren işlem gruplarıdır.

TİG'lerin oluşumu, TİG oluşum sürecinin son aşaması olarak bilinmektedir. TİG algoritmasında alan dağılımına atanan ana tanılar daha sonra eşlik eden ek tanılar, komplikasyon ve komorbidite durumlarının varlığı dikkate alınarak ilgili TİG gruplarına ataması gerçekleştirilir (Ayanoğlu, Beylik 2014). Sistem tarafından oluşturulan her bir TİG kodunun genel yapısı Şekil 2'deki gibi yapılandırılır.

Şekil 2. TİG'lerin Atanması ve TİG Oluşum Süreci Örneği



D66A gibi bir TİG kodu örneğinde ilk bölüm, bir harften (**D**) oluşmaktadır. Bu harf TİG'in ait olduğu MTS grubunu göstermektedir. İkinci bölüm (**66**) TİG'in dâhili, cerrahi ve diğer alanlardan hangisine ait olduğunu gösterir. Bu alanlar 01-99 arasında değişen rakamlardan oluşur. Üçüncü bölüm ise (**A**) kaynak kullanım derecesini göstermektedir. Bu bölüm A, B, C, D ve Z harflerinden oluşur. Bunlardan A, B, C ve D olarak ifade edilenler kaynak kullanımının çok olandan az olana doğru değiştiğini göstermektedir. Z olarak yer alan TİG'lerin ise tek olduğu ve kaynak kullanımına göre herhangi bir ayırımın olmadığını göstermektedir (Sağlık Bakanlığı 2013; Ayanoğlu, Beylik 2014).

4.2. TİG'e Dayalı Geri Ödeme Metodolojisi

TİG'e dayalı finansman sürecinde gruplandırma ve kodlama yapıldıktan sonra maliyetlendirme sürecine geçilir (Sağlık Bakanlığı 2013). Ödeme sürecinin gerçekleştirilebilmesi, *bağlı değer* ve *vaka karma indeksi* hesaplarına gereksinim duyulmaktadır. TİG'e bağlı ödeme yöntemi ile sınırlı kaynakları vakaların türlerine ve şiddetine dayalı olarak adil bir biçimde dağıtmak, hastane verimliliği ve etkililiğini teşvik etmek mümkün olabilmektedir. TİG ödeme yöntemi ile komplike hastaları tedavi eden hastanelere, nesnel ve ölçülebilir veriler temelinde daha fazla ödeme, komplike ya da kaynak yoğun olmayan hastalara bakan hastanelere ise daha az ödeme yapılması amaçlanmaktadır (Aral 2014).

Bağlı Değer

Bağlı değer, bir hastalığın veya durumun diğer hastalıklar veya durumlara göre ne kadar çok ya da az kaynak kullandığını göstermektedir (Aral 2014). Bir bakıma tüketilen kaynaklar

olarak değerlendirilmektedir (Ağırbaş 2014). Yani kaynak kullanımına ilişkin bir formül olarak tanımlanmaktadır. Bağlı değer; bir TİG'in maliyetinin tüm TİG'lerin maliyetine oranı olarak formülize edilmektedir (Eşitlik 1). Tanımdan da anlaşılacağı üzere bağlı değerlerin hesaplanmasında maliyet verileri gereklidir (Sağlık Bakanlığı 2014).

$$\text{Bağlı değer} = \frac{\text{Bir TİG'in ortalama maliyeti}}{\text{Tüm TİG'lerin ortalama maliyeti}} \quad (\text{Eşitlik 1})$$

Vaka Karma İndeksi

VKİ, bir hastanenin vaka üretimini diğer bir hastane ile karşılaştırma olanağını tanımlamaktadır. Hastanenin tedavi etmiş olduğu hastalıkların kompleksliğinin ölçülmesini sağlayan bir indekstir (Ayanoglu, Beylik 2014). VKİ, tedavi yöntemlerinde meydana gelecek değişikliklerin bağlı değere yansımalarıdır (Busse et al. 2011). Bir hastanenin VKİ'si başka bir hastane ile karşılaştırılması; yönetime, tedavi edilen vakaların hacim ve tip farklılıkları ile her hastanenin ihtiyaç duyduğu kaynakların farklılıkları hakkında bilgi sağlamaktadır (Aral 2014). VKİ, klinik faaliyetlerin ölçülmesi, hastaneler arası performans değerlendirmesi ve hekimler arası karşılaştırma istatistikleri ve hizmet sunucu profillerinin tespitinde olanaklar tanımlamaktadır (Sağlık Bakanlığı 2013).

Aktulay (2009)'a göre bir hastanenin vaka karması indeksinin "1" olması, hastanenin ortalama vakalara baktığı; indeksin 1'den küçük olması, hastanenin baktığı vakaların daha basit ve ucuz olduğu; 1'den büyük olması ise hastanenin daha komplike/kompleks ve daha pahalı vakalara baktığı anlamını taşımaktadır.

VKİ, TİG'de yer alan hasta sayıları, ilgili TİG'in bağlı değeri ile çarpılarak toplamı alınır ve hastanedeki toplam hasta (vaka) sayısına bölünerek bulunur. VKİ hesaplanmasında (Eşitlik 2) kullanılmaktadır (Ayanoglu, Beylik 2014).

$$\text{Hastane Vaka Karma İndeksi} = \frac{\text{TİG Bağlı Değer} \times \text{Vaka Sayısı}}{\text{Hastane Toplam Vaka Sayısı}} \quad (\text{Eşitlik 2})$$

TİG'e Göre Ödeme Seçenekleri

Hastaneye yatışı yapılan her bir hastaya klinik ve demografik özellikleri bakımından bir TİG ataması gerçekleştirilir. Ataması yapılan bu TİG'in bağlı ağırlığı ülke genelinde veya ilgili hastane için tespit edilmiş taban fiyat ile çarpılarak bu hasta için yapılacak ödeme hesaplanır (Aral 2014).

TİG ile finansman seçeneklerinin bir "ödeme sistemi" ya da bir "bütçeleme sistemi" olarak uygulanması söz konusudur (Ayanoglu, Beylik 2014). Ödeme sistemi olarak uygulandığında (Busse et al. 2011):

- Taban fiyata gerek duyulmakta
- Bir bağlı değerler setine gerek duyulmaktadır

Buradan hareketle öncelikle geri ödeme kurumunda bir taban fiyat belirlenmektedir (Ayanoglu, Beylik 2014). *Taban fiyat*, ortalama hastanın ortalama maliyetini ifade etmektedir. Baz fiyat olarak da ifade edilmekte olup ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir (Aral 2014). Taban fiyat, dağıtılacak paranın vaka karmasına göre ayarlanmış hasta sayısına (vaka sayısı/frekans) bölerek ortalama hasta için fiyatı vermektedir (Busse et al. 2011) Daha sonra TİG bağlı değeri belirlenen bu taban fiyatla çarpılarak TİG fiyatı belirlenir (Eşitlik 3).

$$\begin{aligned} \text{TİG}_A \text{ fiyatı} &= \text{Taban fiyat} * \text{TİG}_A \text{ Bağlı değer} \\ \text{TİG}_A \text{ için ödeme} &= \text{TİG}_A \text{ fiyatı} * \text{TİG}_A \text{ frekans} (\text{vaka}) \end{aligned} \quad (\text{Eşitlik 3})$$

Bütçeleme sistemi olarak uygulandığında (Busse et al. 2011):

- Taban fiyat
- Önceki yıldan alınan TİG'e göre vaka sayısı
- Önceki yıldan alınan VKİ'ye gerek duyulmaktadır. TİG'in bütçeleme sistemi olarak hesaplanış şekli Eşitlik 4'te belirtilmiştir.

$$\text{Sağlık Kurumu Bütçesi} = \text{Toplam vakalar} * \text{Taban fiyat} * \text{VKİ} \quad (\text{Eşitlik 4})$$

V. YÖNTEM

Çalışma evrenini Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinin 2016 yılına ait TİG verileri oluşturmaktadır. Hastanelerin Ocak ayı TİG verilerinin incelenmesi çalışma örneklemini oluşturmaktadır. Çalışmanın veri kaynakları ve ilgi bağlı değerler Sağlık Bakanlığı Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı tarafından temin edilmiştir. Veriler Excel programı yardımıyla analiz edilerek ilgili hastanelerin VKİ'leri hesaplanmıştır.

VI. BULGULAR

TİG vaka karmaşı örneğinde, Adana Numune Eğitim ve Araştırma hastanesi ile Ankara Eğitim ve Araştırma hastanesine ait 2016 Ocak ayına ilişkin TİG verileri kullanılarak hastanelerin vaka karma indeksleri hesaplanmıştır (Tablo 4 ve Tablo 5). VKİ ile vaka kompleksliği ve geri ödeme miktarı arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır (Ayanoglu, Beylik 2014). Çalışma kapsamındaki hastanelerin VKİ karşılaştırılarak hastanelerin ne tür vakaları tedavi ettikleri, bu vakaların tedavi karmaşıklığı ile hastanelerin kaynak gereksinimlerinin değerlendirilmesi olanağı sağlanmıştır.

Adana Numune Eğitim ve Araştırma hastanesinde 459 TİG veri girişi yapılırken aynı döneme ilişkin Ankara Eğitim ve Araştırma hastanesinde 497 TİG veri girişi yapılmıştır. Ocak 2016 ayı içinde Ankara Eğitim ve Araştırma hastanesinde 6512 vaka tedavi edilirken; bu sayı Adana Numune Eğitim ve Araştırma hastanesinde 7251 vaka olmuştur.

Bağlı değer, bir hastalığın diğer hastalıklara göre ne kadar çok ya da az kaynak kullandığını göstermektedir (Aral 2014). Toplam bağlı değerler açısından bakıldığında Ankara Eğitim ve Araştırma hastanesinin toplam bağlı değeri 7934,85 olarak hesaplanmıştır. Adana Numune Eğitim ve Araştırma hastanesinin toplam bağlı değeri ise 9705,24 olarak hesaplanmıştır. Hesaplanan toplam bağlı değerler, hastanelerin vaka sayılarına bölünerek her bir hastane için VKİ hesaplanmıştır (Eşitlik 5).

$$\begin{aligned} \text{VKİ}_{\text{ADANA}} &= 9705,24/7251 = \mathbf{1,34} \\ \text{VKİ}_{\text{ANKARA}} &= 7934,85/6512 = \mathbf{1,22} \end{aligned} \quad (\text{Eşitlik 5})$$

Adana Numune Eğitim ve Araştırma hastanesinin VKİ'nin daha yüksek olması (1,34), Ankara Eğitim ve Araştırma hastanesine göre daha komplike ve komorbidite oranı yüksek olan vakaları tedavi ettiğini göstermektedir. Ankara'ya göre Adana'da kamu ve üniversite hastanesi çeşitliliğinin daha az olması, Adana Numune Eğitim ve Araştırma hastanesinin çeşitli hastalık şiddetinde vakaların tedavi edilmesinde daha çok tercih ediliyor varsayımını güçlendirmekte ve bu durumun hastanenin VKİ'nin daha yüksek çıkmasında etken olduğu tahmin edilmektedir. Her iki hastanenin eğitim ve araştırma hastanesi fonksiyonunu yerine

getirmesi, hastanelerin daha komplike ve dolayısıyla da daha maliyetli vakaları tedavi ediyor olmaları, (VKİ>1) doğal karşılanan bir durumdur. Bu bağlamda kronik ve ağır seyreden vakaların ortalama maliyetlerinin daha yüksek çıkması da doğal karşılanmaktadır. Adana Numune Eğitim ve Araştırma hastanesine kıyasla daha az şiddetli vakaları (VKİ=1,22) tedavi eden Ankara Eğitim ve Araştırma hastanesine daha az geri ödemenin yapılması, kaynakların daha adil paylaşılmasını sağlayacaktır.

Türkiye’de bu alanda yapılmış çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Hatta tek bir çalışma bulunmaktadır. Dolayısıyla çalışma bulgularının, yapılmış diğer araştırmaların sonuçları ile karşılaştırma olanağı pek bulunmamaktadır. Hastanelerin VKİ’lerinin hesaplanmasına ilişkin Özkan ve Ağırbaş (2015), Ankara’da bir kamu üniversite hastanesinde Mart 2015’te üretilen 393 TİG verisi ve ilgili TİG’lere ait toplam 260,28 bağıl değer verileri kullanarak hastanenin VKİ’sini 0,89 saptamışlardır. Kamu üniversite hastanesinin VKİ’sinin (0,89) bu çalışmada yer alan Adana Numune Eğitim ve Araştırma hastanesi (1,34) ile Ankara Eğitim ve Araştırma hastanesinin (1,22) VKİ’sinden daha düşük olması üniversite hastanesinin daha ucuz ve daha az komplike hastaları tedavi ettiğini göstermektedir. Üniversite hastanesinin VKİ’sinin daha düşük olması tıp fakültesi hastanelerinin daha komplike ve pahalı vakaları tedavi ettiği varsayımını tartışılır duruma getirmektedir. Fakat üniversite hastanesi özelinde yapılan çalışmanın TİG verilerinin yetersiz olması ve bir ayla sınırlandırılması, temel kısıtlılık olarak dikkate alınmalıdır.

VKİ, hastaneleri kendi içerisinde kaynak kullanımı gerekliliğini ve vaka kompleksliği hakkında da bilgi sağlamaktadır. Kaynak kullanımı büyüklüğü ve vakaların karmaşık ya da komplike olması durumu Aktulay (2009)’a göre VKİ’nin 1’den küçük ya da büyük olmasıyla mümkündür. Örneğin çalışmada yer alan her iki hastanenin VKİ’lerinin 1’den büyük olması, hastanelerin bağıl değeri yüksek vakaları tedavi ettikleri ve buna bağlı olarak da daha fazla finansal kaynak gereksinimine ihtiyaç duydukları sonucu hakkında fikir sağlamaktadır.

Tablo 4. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bağlı Değerleri ve Vaka Karma İndeksi

Sayı	TİG Kodu	Kod Açıklaması	Hasta Sayısı	Bağlı Değer	Toplam Bağlı Değerler
1	901Z	Kapsamlı Ameliyathane İşlemi, Temel Tanı ile İlişkili Olmayan	4	1,63	6,52
2	A06Z	Trakeostomi veya Ventilasyon, 95 saat üzeri	53	9,80	519,40
3	A08A	Transplantasyon, Otolog Kemik İliği, Katastrofik KKla birlikte	3	18,90	56,70
4	A09B	Transplantasyon, Renal, Pankreas ile birlikte olmayan, Katastrofik KK Bulunmayan	1	15,67	15,67
5	B02A	Kraniyotomi, Katastrofik KK Bulunan	2	7,21	14,42
6	B02B	Kraniyotomi, Şiddetli/Orta Derece KK Bulunan	15	6,44	96,60
7	B02C	Kraniyotomi, KK Bulunmayan	33	4,43	146,19
8	B03A	Spinal İşlemler, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunan	1	5,69	5,69
9	B03B	Spinal İşlemler, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	4	3,08	12,32
10	B04A	Ekstrakraniyal Vasküler İşlem, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunan	1	4,65	4,65
11	B05Z	Karpal Tünel, Serbestleştirme İşlemi	23	0,52	11,96
12	B06A	Serebral Palsi, Musküler Distrofi, Nöropati, Tanı ve Tedavi İşlemleri, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunan	1	3,69	3,69
13	B06B	Serebral Palsi, Musküler Distrofi, Nöropati, Tanı ve Tedavi İşlemleri, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	8	0,88	7,04
14	B07A	Periferik ve Kranial Sinir ve Diğer Sinir Sistemi, Tanı ve Tedavi İşlemleri, KK Bulunan	1	2,06	2,06
15	B07B	Periferik ve Kranial Sinir ve Diğer Sinir Sistemi, Tanı ve Tedavi İşlemleri, KK Bulunmayan	13	1,07	13,91
16	B40Z	Plazmaferez, Nörolojik Hastalıkta	1	2,66	2,66
17	B60A	Parapleji/Kuadripleji, Tanımlanmış, Ameliyathane İşlemi ile Birlikte veya Birlikte Değil, Katastrofik KK Bulunan	3	4,62	13,86
18	B60B	Parapleji/Kuadripleji, Tanımlanmış, Ameliyathane İşlemleri ile Birlikte veya Birlikte Değil, Katastrofik KK Bulunmayan	1	1,97	1,97
19	B63Z	Serebral Fonksiyon Bozuklukları, Demans ve Diğer Kronik Bozukluklar	5	2,00	10,00
20	B66A	Neoplazma, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunan	2	3,44	6,88
21	B66B	Neoplazma, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	4	1,67	6,68
22	B67A	Dejeneratif Sinir Sistemi Hastalıkları, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunan	1	2,03	2,03
.
.
.
496	Z64A	Sağlık Durumunu Etkileyen Diğer Faktörler	4	0,94	3,76
497	Z64B	Sağlık Durumunu Etkileyen Diğer Faktörler, Aynı Gün İçerisinde	15	0,20	3,00
Toplam			6512		7934,85
Vaka Karma İndeksi (VKİ)				1,22	

Tablo 5. Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bağlı Değerleri ve Vaka Karma İndeksi

Sayı	TİG Kodu	Kod Açıklaması	Hasta Sayısı	Bağlı Değer	Toplam Bağlı Değerler
1	A41A	Entübasyon, 16 yaş altı, KK Bulunan	3	6,04	18,12
2	B01Z	Ventriküler Şant, Revizyonu	2	2,63	5,26
3	B04B	Ekstrakraniyal Vasküler İşlem, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	4	3,39	13,56
4	B72A	Sinir Sistemi, Enfeksiyon, Viral Menenjit Haricinde, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunan	2	3,57	7,14
5	B75Z	Febril Konvülsiyon	8	0,42	3,36
6	C10Z	Göz, Strabismus (Şaşılık), Tanı ve Tedavi İşlemleri	6	0,52	3,12
7	C60B	Göz, Akut ve Majör Enfeksiyonu, 55Yaş Altı, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	2	0,9	1,80
8	C61Z	Göz, Nörolojik ve Vasküler Hastalıkları	1	0,53	0,53
9	E69C	Bronşit ve Astım, 50 yaş altı, KK Bulunmayan	6	0,47	2,82
10	E70A	Boğmaca ve Akut Bronşiyolit, KK Bulunan	3	0,59	1,77
11	E70B	Boğmaca ve Akut Bronşiyolit, KK Bulunmayan	17	0,55	9,35
12	F01A	Otomatik İmplantabl Kardiyak Defibrilatör, İmplantasyon veya Yenileme, Tüm Sistem, Katastrofik/Şiddetli KK	5	8,62	43,10
13	F04B	Kalp Kapağı İşlemleri, Kardiyopulmoner Bypass Pompası ile İnvaziv Kardiyak İnceleme İşlemleri Olmaksızın, Katastrofik KK Bulunmayan	5	8,62	43,10
14	F19Z	Kalp Müdahalesi, Perkütan Trans-Vasküler Yöntemle, Diğer	2	3,02	6,04
15	F20Z	Toplar Damar, Ligasyon ve Strippingi	32	0,54	17,28
16	F21B	Dolaşım Sistemi, Ameliyathane İşlemleri, Diğer, Katastrofik KK Bulunmayan	2	1,45	2,90
17	F60B	Dolaşım Sistemi Bozuklukları Akut Myokard Enfarktı Bulunan, İnvaziv Kardiyak İnceleme İşlemleri Olmaksızın, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	38	1,26	47,88
18	F63A	Venöz Tromboz, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunan	1	1,49	1,49
19	F72A	Anstabil Anjina, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunan	1	1,35	1,35
20	G10Z	Herni (Fitik) İşlemleri, 1 Yaş Altı	9	0,49	4,41
21	G43Z	Kolonoskopi, Komplike	1	2,61	2,61
22	G62Z	Peptik Ülser, Komplike	2	1,25	2,50
.
.
.
458	O64A	Eylem, Yalancı (Yalancı Eylem), 37 Hafta Öncesinde, Katastrofik KK Bulunan	11	0,39	4,29
459	J08B	Cilt Grefti ve/veya Debridman İşlemleri, Diğer, Katastrofik/Şiddetli KK Bulunmayan	84	0,63	52,92
Toplam			7251		9705,24
Vaka Karma İndeksi (VKİ)			1,34		

VII. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık kurumlarına, verdikleri hizmetin karşılığı, ödeyici kurumlarca farklı geri ödeme yöntemleriyle gerçekleştirilmektedir. Bu ödeme modelleri ülkelerin sosyal, kültürel, politik ve ekonomik koşulları gibi farklı bağlamsal koşullar çerçevesinde belirlenmektedir. Ülkeler belirtilen bu ödeme yöntemlerinin bir ya da birkaçını birlikte uygulayabilmektedirler. Ayrıca

her bir ödeme yönteminin avantajları olabileceği gibi dezavantajları da bulunmaktadır. Önemli olan en uygun ödeme modelinin rasyonel tercihidir.

Bir ödeme yöntemi olan TİG, ileriye doğru bir geri ödeme yapısıyla maliyet riskini, hizmet üreten kurumlara yüklemesi sonucu sağladığı mali ve yönetsel avantajlar, son zamanlarda artan bir şekilde ödeyici kurumlarca tercih edilmektedir. Ortaya çıkan maliyetler ile hasta türlerini tanılarına ve işlemlerine göre sınıflandırarak benzer kaynaklarla tedavi kaynaklarını ilişkilendirmeyi amaçlaması ve VKİ ile hastanelere gereksinimi kadar kaynak dağıtımını sağlaması, TİG ödeme sisteminin önemli tercih sebeplerindedir.

TİG ödeme sisteminin sahip olduğu VKİ, hastanelerin tedavi ettikleri vakaları ve bu vakaların hastalık şiddetleri hakkında veriler sağlamaktadır. VKİ'nin yüksek olması daha komplike vakaların (klinik komplekslik düzeyi yüksek hastalar) tedavi edildiğini ve dolayısıyla da hastanelerin daha fazla finansal kaynağa ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Çalışma sonucunda ele alınan hastanelerden Adana Numune Eğitim ve Araştırma hastanesinin VKİ'sinin Ankara Eğitim ve Araştırma hastanesine göre yüksek olması (1,34 > 1,22) bu hastanenin daha maliyetli hastalıkları tedavi ettiğini göstermektedir. Bu bağlamda ödeyici kurumların bu realiteyi göz önünde bulundurarak Ankara Eğitim ve Araştırma hastanesine karşın Adana Numune Eğitim ve Araştırma hastanesine daha fazla kaynak tahsisini gerçekleştirmesi, kaynak dağıtımında etkinliği sağlayacaktır.

Vaka (TİG) başına maliyet giderlerinin yapılmamış olması çalışmanın temel sınırlılığıdır. Her bir TİG koduna karşılık gelen tedaviye ilişkin personel giderleri, ilaç ve tıbbi malzeme giderleri, tanı giderleri, amortisman ve genel giderler hastanelerin gider yapısı hakkında bilgi vermektedir. Vaka başına maliyet analizinin yapılması hangi birim ya da ünitenin gider bakımından TİG'lerin daha fazla pay aldıkları belirlenebilmektedir. Bundan sonraki çalışmalarda bu analizlerin yapılması, hastanelere yapılacak olan geri ödeme yöntemlerinde daha rasyonel kararların alınmasına yardımcı olacaktır.

Hastalıkların tedavisinde giderek artan teknoloji kullanımı sonucu artan maliyetler, hastane kaynak kullanımı farklılıkları ve tedavi yöntemlerindeki değişimler, TİG'lerin hesaplanmasında kullanılan bağıl değerlerin güncelleştirilmesini ve geliştirilmesini gerektirmektedir (Busse et al. 2011). Bu bağlamda düşünüldüğünde Türkiye'de var olan bağıl değerlerin belirli aralıklarla güncelleştirilmesi hastanelere yapılacak olan geri ödeme sürecinde daha adil ve efektif kaynak aktarımını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Ağırbaş İ. (2014) TİG Maliyet Çalışmaları. **2. Ulusal TİG Sempozyumu**, <http://tig.saglik.gov.tr/belge/1-38688/2ulusal-tig-sempozyumu-gerceklestirildi-30-eylul-2014-a-.html>, Erişim Tarihi: 14.05.2016.
2. Akdağ R. (2012) **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011). Herkes için Sağlık**. Ankara.
3. Aktulay G. (2009) Sağlık Bakımı Yönetiminde Vaka Karması ve Tanı İlişkili Gruplar (Diagnosis Related Groups - DRG) Yöntemi. **Makro Bakış** 9: 6-18.
4. Akyürek Ç. E. (2012) Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye. **Sosyal Güvenlik Dergisi** 2(2): 124-153.
5. Aral A. (2014) **Sağlıkta Yeni Dönem DRG (TİG) Teşhis İlişkili Gruplar**. Bizim Akademi Yayınları, Ankara.

6. Ayanoglu Y. ve Beylik U. (2014) **Sağlık İşletmelerinde Geri Ödeme Modeli Olarak DRG: Kavramlar, Metodolojiler, Ülke Deneyimleri ve Karşılaştırmaları**. Gazi Kitabevi, Ankara.
7. Barnum H., Kutzin J., and Saxenlan H. (1995) Incentives and Providers Payment Methods. **International Journal of Health Planning and Management** 10(1): 23-45.
8. Boachie M. K. (2014) Healthcare Provider-Payment Mechanisms: A Review of Literature. **Journal of Behavioral Economics, Finance, Entrepreneurship, Accounting and Transport** 2(2): 41-46.
9. Busse R., Geisler A., Quentin W., and Wileym M. (2011) **Diagnoses-Related Groups in Europe**. WHO-Euro DRG-7, Framework Programme, The McGraw Hill Companies Open University Press, USA.
10. Casto A. B. and Layman E. (2006) **Principles of Healthcare Reimbursement**. American Health Information Management Association, <http://www.ahima.org/>, Erişim Tarihi: 07.05.2016.
11. Chawla M., Windak A., Berman P. and Kulis M. (1997) **Paying the Doctors: Review of Different Methods**. Harvard School of Public Health, Data for Decision Making Project, Boston, USA.
12. Çelik Y. (2011) **Sağlık Ekonomisi**. Siyasal Kitapevi, Ankara.
13. Demir M. (2009) **Global Bütçe**. <http://www.medimagazin.com.tr/authors/mehmet-demir/tr-global-butce-72-63-2109.html>, Erişim Tarihi: 07.05.2016.
14. Demir M. (2014) **Sağlıkta Ödeme Modellerinin Geleceği, Sağlık Politikaları ve Ödeme TİG'deki Son Gelişmeler**. <http://docplayer.biz.tr/3539575-Saglikta-odeme-modellerinin-gelecegi.html>, Erişim Tarihi: 10.05.2016.
15. Hacettepe Üniversitesi. (2006) Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirilmesi Projesi Rapor (D.B.7.1): Ulusal DRG'ye Dayalı Ödeme ve Hastane Bütçeleme Modellerine Geçiş Planlaması.
16. Karacaoğlan N. (2009) Sağlık Hizmet Sunucularına Ödeme Modelleri ve Sorunlar. **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi** 12: 16-21.
17. Kaya N. (2008) Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına ve Sunumuna Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi. **Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
18. Köktaş A. M. (2014) **Sağlık Ekonomisi**. 657 Yayınevi, Ankara.
19. Köse İ. ve Zakaryan F. (2011) Özel Sağlık Sigortacılığında TİG Vaka Çalışması. **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, <http://www.sdplatform.com/>, Erişim tarihi: 11.05.2016.
20. Langenbrunner J. C., Cashin C., and O'Dougherty S. (2009) **Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-To Manuals**. The International Bank for Reconstruction and Development, Washington DC.

21. Narmanlı M., Ertong G., Dikici A., Soysal E., Tümay A. ve Güngör M. K. (2012) Ulusal Teşhis İlişkili Gruplar Sistemine Geçiş İçin Yol Haritası. **IX. Ulusal Tıp Bilişimi Kongresi**, ss. 29-38, Ankara.
22. Normand D. and Weber A. (2009) **Social Health Insurance a Guidebook for Planning**. Second Edition, Germany.
23. OECD (2015) **Fiscal Sustainability of Health System: Bridging Health and Finance Perspective**. OECD publishing, Paris, <http://www.keepeek.com/>, Erişim Tarihi: 03.05.2016.
24. Özkan O. ve Ağırbaş İ. (2015) Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Modelleri: Teşhis İlişkili Gruplar ve Vaka Karması. **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, 69(1): 21-27.
25. Sağlık Bakanlığı (2011) **TİG Uygulama Rehberi**. Performans ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. Ankara.
26. Sağlık Bakanlığı (2013) **Teşhis İlişkili Gruplar İleri Klinik Kodlama Standartları**. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
27. Sağlık Bakanlığı (2014) **Teşhis İlişkili Gruplar Bilgilendirme Rehberi**. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
28. SGK (2014) **Sosyal Güvenlik Kurumu DRG/TİG Çalışmaları**. http://www.sasder.org/sunumlar/ulusal-kongre3/SGK-Tig-Calismalari_HSavas.pdf, Erişim Tarihi: 10.05.2016.
29. Sutherland J. M. (2011) Hospital Payment Mechanisms: An Overview and Options for Canada. **CHSRF Series on Cost Drivers and Health System Efficiency: Paper 4**. www.chsrf.ca, Erişim Tarihi: 22.06.2016.
30. Tengilimoğlu D., Işık O. ve Akbolat M. (2012) **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**. Nobel Akademik Yayıncılık, 5. Basım, Ankara.
31. Tatar M. (2012) Taniya Dayalı Gruplar ve Sağlık Hizmeti Kaynak Grupları. **Makro Bakış**, <http://www.pitstop.com.tr/taniya-dayali-gruplar-ve-saglik-hizmeti-kaynak-gruplari/>, Erişim Tarihi: 11.05.2016.
32. Top M. ve Tarcan M. (2007) Hastane Sektöründe Kaynak Akışı: Hastane Ödeme Yöntemleri (Mekanizmaları). **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 9(1): 169-189.
33. Waters H. and Hussey P. (2004) **Pricing Health Services for Purchasers: A Review of Methods and Experiences**. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank 1818 H Street, NW, Washington.

Hastane Çalışanlarının Hasta Güvenliği Tutumu Algı Düzeylerinin Belirlenmesi*

Ali YILMAZ**
Oğuz IŞIK***
Nesrin AKCA****

ÖZ

Bu çalışma, sağlık çalışanlarının hasta güvenliği tutumu algı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Ayrıca çalışmada sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre hasta güvenliği tutumu algı düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olup olmadığı araştırılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Güvenlik Tutum Ölçeği (Safety Attitudes Questionnaire-SAQ) kullanılmıştır. 05 Ocak-15 Mart 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilen araştırmanın evrenini Kırıkkale ilinde faaliyet gösteren bir kamu hastanesinde çalışan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre hasta güvenliği tutumunu oluşturan boyutlardan; algılanan stres ile güvenlik iklimi ve iş tatmini arasındaki ilişkiler dışındaki tüm boyutlar arasındaki ilişkiler pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Araştırma sonuçlarına göre, en yüksek katılım algılanan stres boyutunda olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hasta güvenliği tutumu, hastane çalışanları, hasta güvenliği, SAQ

The Level of Hospital Employees' Patient Safety Attitude Perception Determinated

ABSTRACT

This study was conducted to determine the levels of perception of the attitude of patient safety in health care employees. Also in this study according to the socio-demographic characteristics of health care employees levels of the attitude of patient safety whether or not a statistically significant difference was investigated. Safety Attitude Questionnaire was used as a data collection tool. The study population conducted between January 5 to March 15, 2012 date were health professionals working in a public hospital operating in the province of Kırıkkale. According to the findings of the study of the dimensions of patient safety attitude and a positive correlation was found to be statistically significant. Only dimensions of the relationship between perceived stress and job satisfaction and safety climate was not statistically significant. According to the survey, the size of perceived stress was the highest participation

Keywords: Patient safety attitude, hospital employees, patient safety, SAQ

* 13-15 Eylül 2012, Isparta, VI Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi 'nde, Sözel Bildiri Olarak Sunulmuştur.

** Yrd. Doç. Dr., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, aliylmaz69@gmail.com

*** Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, oguzisik@hacettepe.edu.tr

**** Yrd. Doç. Dr., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, nakca@kku.edu.tr

I. GİRİŞ

Hasta güvenliği konusu, sağlık bakım uygulayıcıları için yeni bir yaklaşım değildir. Geçmiş Hammurabi yasalarına kadar dayanan bu konu, Yunan Tıbbı'nda "önce, zarar verme- *first, do no harm*" kuralıyla yer almaktadır. Günümüzde ise, Institute of Medicine (IOM 2001) tarafından "To err is human: Building a safer health system" raporunun yayımlanmasıyla birlikte kamunun, medyanın, halkın ve politika yapıcıların tüm dikkatleri bu konuya odaklanmıştır (Kohn et al. 1999). Hasta güvenliği sağlık hizmetlerinin temel prensibidir ancak sağlık hizmeti sunumunun doğasında her bir noktada güvenli olmayan uygulamalar barındırabilir (Albrecht 2015).

Sağlık bakım organizasyonlarında güvenli sistem hastayı, ailesini ve yakınlarını, sağlık bakım profesyonellerini, hizmet paydaşlarını, gönüllüleri ve sağlık bakım hizmetinde yer alan diğer tüm tarafların zarar görmelerini engellemektir. Güvenlik, hastayı yalnızca zarar görmekten korumak değil, etkili olmayan veya zararlı olabilecek hizmetler vermemek, beklenen faydayı sağlayacak uygun tedavi ve hizmetleri sunmak olarak tanımlanan kalite yaklaşımının bir sonucudur. (Kohn et al. 1999; WHO 2016)

Bilişsel bilim (cognitive science) açısından hasta güvenliği ve tıbbi hata yaklaşımının öncülerinden James Reason'a göre ise hata, eylem temelli olarak iki boyutta ele alınmaktadır (Akt. Byers, White 2004) (Tablo 1).

Tablo 1. Hata Tipleri

Aşama	Tanım	Konu	Görünebilirlik	Odaklanma	Örnek
Planlama hatası	Amaca ulaşmak için hatalı plan kullanma	Hastaya tedavi planlama veya problemi çözme isteği	Kolayca görülemez	Hasta hakkında detaylı bilgi elde etme, tedavi yöntemlerine kapsamlı olarak odaklanma, kanıta dayalı tıp (evidence-based medicine) uygulamaları	Hekimin organizmanın duyarlı olmadığı ilacı reçetelemesi.
Uygulama hatası	Planlanan eylemin istenen şekilde sonuçlanmasında başarısızlık	Hasta bakımında beklenmeyen/ istenmeyen durumların ortaya çıkması, prosedürlerin hatalı olması, çalışanın eğitim yetersizliği, deneyim yetersizliği vb.	Hasta bakımı ile hasta arasında görülebilir.	Ahşılmış uygulamalara güvenme, Standart uygulamadan uzaklaşma Stres, unutma	Hemşirenin hatalı antibiyotiği uygulaması, Tedavi planı doğru, uygulama yanlış. Nedeni yetersiz düzenlenmiş aşamalar.

Kaynak: Byers, White 2004

Birinci boyutta; eylemin planlama aşamasında ortaya çıkan planlama hatası yani uygun olmayan eylemin uygulanması olarak tanımlanır. Planlama hatası bilişsel problem çözme yöntemleri ile ele alınır. Sağlık bakım çalışanı hastanın tedavisi için bir plan düzenler ve uygulanması için istemde bulunur. Bu noktada hata, hastada istenen sonuç elde edilemediği gözlemlenene kadar ortaya çıkmaz. Bu konuda en iyi örnek, hekimin hastanın organizmasının dirençli olduğu antibiyotiği reçete etmesi gösterilebilir. Planlama hataları hastaya zarar verebilir veya vermeyebilir fakat hastada sonucun istenen düzeyin altında olmasına yol açar. Örneğin erken safhada aspirin kullanımının Akut Miyokard Enfarktüsü (AMI) vakalarında ölüm oranlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu kritere uyan AMI vakalarında aspirin reçete edilmemesi bir planlama hatasıdır. Benzer şekilde antibiyotik

alerjisi olduğu bilinen hastaya bu antibiyotiği veya organizmanın duyarlı olmadığı bir antibiyotiği reçete etmek bir planlama hatasıdır (Byers, White 2004). İkinci boyutta ise; uygun eylemin istenen şekilde uygulanamaması, uygulama hatasıdır. Planlanan veya istenen tıbbi uygulamada başarısız olma olarak tanımlanmaktadır. Bu tip hatalar hastaya tedavi uygulama aşamasında hastayla-bakım veren arasında görülebilir. Bu tip hataların çok değişik nedenleri olabilir. Örneğin, hasta tedavisinde beklenmeyen/istenmeyen durumların ortaya çıkması, prosedürlerin hatalı olması (rule based error), bilgi eksikliğine bağlı hatalar (knowledge based error), bakım veren sağlık çalışanının eğitim yetersizliği, deneyim yetersizliği, beceri eksikliklerine bağlı hatalar (skill based error) gibi. Bu tip hatalar hekim ile hasta arasında olayın olduğu anda gözlemlenebilir. Bu hatalara örnek olarak hemşirenin hastaya yanlış ilaç vermesi, tedavi planının doğru olmasına karşı hatalı uygulanması, yanlış etiketlendirme veya isimlendirmeye bağlı ilaç hataları verilebilir (Byers, White 2004).

Tıbbi hatalar bireyin sağlık durumunu etkilerken aynı zamanda kendisine ve tüm hataların toplam sonucundan halka direkt ve dolaylı maliyetler yüklemektedir. Hataların direkt etkisi artan yüksek sağlık harcamaları; dolaylı maliyetleri ise iş gücü kaybı, yeti yitimine bağlı maliyetler, kişisel bakımın topluma yüklediği ek maliyettir. “To err is human” raporunun temelini oluşturan Colorado ve Utah araştırmalarında 28 hastaneden 14.372 rastgele seçilen tıbbi kayıt incelemesinde 459 istenmeyen olayın toplam maliyeti 662 milyon USD’dir. Bu 459 istenmeyen olayın 265’i önlenemez istenmeyen olaydır ki bu olayların maliyeti 308 milyon USD’dir. Yazara göre ABD’de istenmeyen olayların maliyeti 1992 yılında 37,6 milyar USD’dir. Bu rakamın 17 milyar USD’si ise önlenemez istenmeyen olayların maliyetidir. 1996 yılında istenmeyen olayların maliyeti ulusal sağlık harcamalarının yaklaşık %4’üne ulaşmıştır (Kohn et al. 1999).

Sağlık hizmetlerinin verilmesinde hasta güvenliği ve tıbbi hatalar çok önemli yer tutmaktadır. Tıbbi hataların dolayısıyla hasta güvenliğinin önemli bir kısmı bireysel hatalardan ziyade örgüt yapısı, çalışan sayısı ve teknik alt yapı yetersizliği gibi sistemden kaynaklanmaktadır (Taş ve diğerleri 2013).

Sağlık bakım profesyonelleri genellikle sık ortaya çıkmayan hatalardan birincil derecede sorumlu değildirler. Yazın incelendiğinde hasta güvenliğini tehdit eden olayların kökeninde bireylerden daha çok sistemden kaynaklanan olayların neden olduğu, hastaların genellikle sistemin kötü düzenlenmesinden dolayı zarar gördüğü ifade edilmektedir. Günümüz sağlık hizmeti sunumunda hataları önlemede kişisel yaklaşım yerine, hastayı hasta güvenliğini etkileyen kusurlu ekipman, sistem dizaynı, yorgunluk, insan hafızasının yetersizliği ve dikkatsizlik gibi insani faktörleri bütünüyle ele alan sistem yaklaşımı içerisinde değerlendirmek gerektiği ifade edilmektedir. Hasta güvenliğini sağlamada etkili yöntem, hataya yol açan unsurları öğrenme ve bu bilgiyi sistemlerin düzenlenmesinde ve tıbbi hatayı önlemede kullanmak, hata ortaya çıktığında izleme mekanizmalarını oluşturmak, hasta hataya maruz kaldığında en az hasar vermesini sağlamaktır. Yeni sağlık hizmetleri sisteminde prosedürler, iş tasarımı, ekipman, iletişim ve bilgi teknolojileri insan faktörünü dikkate alarak; hatalar ortaya çıktığında en az yaygınlıkta ve en az hasar vermesini sağlayacak mekanizmalar yer almaktadır (IOM 2001).

Leape ve diğerleri tarafından tıbbi hataların önlenmesine yönelik geliştirilen öneriler ise şunlardır:

- *Hafızaya dayalı işlemleri en aza indir:* Uzun süre dikkat gerektiren, kısa süreli hafıza kullanmaya zorlama gibi hata yapma olasılığını artıran uygulamaları içeren insan unsurunu en aza indiren düzenlemeler yapılmalıdır. Örneğin, kontrol listeleri (checklist), tedavi protokolleri, bilgisayara dayalı karar destek sistemleri uygulamaları sağlık bakım sürecinde yapılabilecek düzenlemelere en iyi örnektir.

- *Bilgiye erişimi iyileştir:* Bilgiye ihtiyaç olan yerde, ihtiyaç olan zamanda ve uygun formatta erişimi sağlayacak yaratıcı yöntemler ve uygulamalar geliştir.
- *Hata eğilimli süreçler:* Eğer yapılabilirse, kritik uygulamalar için hata olmamasını sağlamaya yönelik zorlayıcı uygulamalar geliştir. Örneğin, bilgisayara dayalı ilaç uygulamalarında öldürücü yüksek doz olabilecek istem girildiğinde uyarı yapabilecek veya engelleyebilecek “zorlayıcı sistemler” geliştirilebilir.
- *Görevlerin/uygulamaların standardizasyonu:* Hataları azaltmanın etkili yolu, yapılması mümkün olan, süreçlerde standardizasyona gitmektir. Eğer bir uygulama her zaman ve herkes tarafından aynı yöntemle yapılabilirse hata olma olasılığı daha az olacaktır.
- *Hands-off (elden ele-hastanın aktarılması) uygulamalarının standardizasyonu:* Birçok hata materyalin, bilginin, kişinin, uygulama talimatının ve/veya sunumunun aktarımında yaşanan atlama/yanılma/ihmalden kaynaklanmaktadır. Süreçte (hands off -elden ele), işlemlerinde atlama veya ihmallerin azaltılması gerekmektedir (Kohn et al. 1999). Bunun için hastanın durumu hakkında hekim ve hemşire arasında standart bir iletişim stratejisinin geliştirilmesi önerilmektedir. Hastanın geçmişi (tıbbi öyküsü), değerlendirmesi, öneriler bir standart geliştirilerek iletişim sağlanmalıdır (SBAR= Standart, background, assessment, recommendation). Bu yöntemin uygulanması, istenmeyen olayları (adverse event) azaltmada etkili bir yöntemdir (Tsao, Browne 2015).

Sağlık çalışanlarının özellikle hemşirelerin iş yükü, çalıştıkları ortam, tükenmişlik düzeyleri gibi örgütsel faktörlerin hasta güvenliğini sağlamada önemli olduğu yapılan araştırmalarda ortaya koyulmuştur (Aiken et al. 2012).

Bu nedenle etkili bir insan kaynakları yönetimi geliştirilmelidir. İnsan kaynakları yönetiminde izlenecek yol; hastanın tedavisinde yer alan tüm çalışanların seçiminde iletişime açık ve birlikte çalışabilme becerisine sahip bireylerin seçilmesi, ekip yaklaşımı içerisinde ve aynı hedefe yönelik çalışabilme isteğinde olmaları bakımın devamlılığı ve istenen hasta çıktısını elde etmede önemlidir (Byers, White 2004).

Sağlık hizmetlerinde yaşanan hataların önlenmesi veya düzeltilmesinde önemli faktörlerden birisi de kurumda hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasıdır. Hasta güvenliği kültürü, örgüt kültürünün bir parçasıdır ve hasta güvenliği ile ilgili olarak çalışanların paylaştığı tutumlar, inançlar, algılar ve değerlerden meydana gelmektedir (Kaya 2009).

Sağlık bakım örgütleri örgütün düzenleme süreçlerinde güvenlik kültürünü geliştirmeli ve çalışanlar bakım süreçlerinde güvenlik ve güvenilirliğin geliştirilmesinde dramatik değişimin olduğu bu dönemde açıkça belirlenmiş hedeflere odaklanmalıdır. Güvenlik, kamusal üst düzey yönetimin, örgütsel yönetimin, klinik yöneticilerin profesyonel desteğini gerektirdiği, açık örgütsel liderliğin olması zorunlu bir örgütsel hedeftir. Bu süreç üst düzey yönetimin bu hedefe bağlılığını gösterdiği, örgütü güvenli uygulamalarla örtüşen uygulamalara yönelttiği düzenli uygulamalarla başlar.

Sağlık bakım örgütleri yönetimin sorumluluğunun belirlendiği ve güvenlik için güçlü, açık, görülebilir desteğin olduğu bir hasta güvenliği programı oluşturmalıdır. Bu programda orta kademe yöneticilerin sorumluluğu, amaçları, uygulama planları, personeli, bütçesi, veri toplama ve analiz yöntemleri ve sürekli izleme, üst yönetime raporlama yöntemi belirlenmelidir (Kohn et al.1999).

Hasta güvenliği gelişmeleri; performans geliştirme, çevre güvenliği ve risk yönetimi, enfeksiyon kontrolü, güvenli ilaç kullanımı, güvenli ekip, güvenli klinik uygulama ve

güvenli bakım çevresi dahil çok sayıda etmenin yer aldığı kompleks bir sistem olduğu göz ardı edilmemelidir (Vincent 2003).

Sağlık yöneticilerinin, yüksek güvenli ve güvenilir bir sağlık hizmeti sunumu için, sağlık hizmetlerinde yaygın olarak görülen işlevsiz uygulamalara dikkat çekmesi örgütsel dönüşümü başlatmada ilk adımı oluşturur. Bu ilk adım sağlık kuruluşlarına dışardan empoze edilen/edilecek birçok uygulamadan daha etkili bir değişim ortaya çıkaracaktır. Lao Tzu'nun deyişiyle “binlerce mil sürecek yolculuk ilk adımla başlar”. Hedefi ortaya koyduğunuzda en büyük zorluk ilk adımı atmaktır. Yöneticinin, örgütsel kaynakların kısıtlı olduğu ve önceliklendirme yapması gerektiği düşünüldüğünde, “*hastaya klinik süreçlerde hatadan uzak, zarar vermeden bir hizmeti verebilmek için örgütsel yeteneklerim nelerdir, ilk olarak hangisini harekete geçirmeliyim?*” sorusu ilk adımı oluşturmalıdır. Bu soruya yöneticinin vereceği cevap, hasta güvenliği konusunda örgütsel öğrenme ve en önemli iyileştirme alanlarını belirlemede etkili bir yöntem olarak görülmelidir (Edwards 2016).

II. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, sağlık çalışanlarının hasta güvenliği tutumu algı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Ayrıca çalışmada sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerine göre hasta güvenliği tutumu algı düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olup olmadığı araştırılmıştır.

2.2. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak University of Texas Center for Healthcare Quality and Safety (Sexton, Thomas 2003) tarafından geliştirilen ve Kaya ve diğerleri (2010) tarafından Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Güvenlik Tutum Ölçeği (Safety Attitudes Questionnaire-SAQ) kullanılmıştır. Ölçek 30 ifadenin oluşturduğu 6 boyuttan (takım iklimi, güvenlik iklimi, iş tatmini, algılanan stres, yönetimin algıları ve çalışma koşulları) oluşmaktadır. Ayrıca ölçeğin ikinci bölümünde çalışmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerinin belirlenmesi amacıyla ifadeler yer almaktadır.

Çalışma 05 Ocak-15 Mart 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup, evrenini Kırıkkale ilinde faaliyet gösteren bir kamu hastanesinde çalışan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarih itibarıyla toplam 600 personelin yer aldığı hastanede örneklem seçilmeden tüm çalışanlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Personel sayısı dikkate alınarak dağıtılan 600 anketten 510 (%85) anketin geri dönüşü sağlanabilmiştir. Ancak yapılan ön değerlendirme sonucunda (özellikle demografik bilgilerin eksik olduğu ve özensiz doldurulan anketlerin çalışma dışı bırakılması nedeniyle) 424 (%70,6) anket analizlerde kullanılabilmiştir.

Çalışmada anketin güvenilirliğini test etmek amacıyla Cronbach’s Alfa katsayısından yararlanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğin genel iç tutarlılık katsayısı 0,915 bulunmuştur. Çalışmada elde edilen veriler SPSS 18.0 paket programından yararlanılarak, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, bağımsız örneklerde t testi, tek yönlü varyans analizi ve korelasyon analizi kullanılarak analiz edilmiştir. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

III. BULGULAR

Tablo 2’de de görüldüğü gibi araştırmaya katılanların %51,3’ü erkek ve %48,7’si kadınlardan oluşmaktadır. %32,3’ü 31-35 yaş aralığında olan katılımcıların, %43,2’si 5-9 yıl arasında çalıştıklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan hastane çalışanlarının büyük çoğunluğunu hemşireler (%50,2) oluşturmaktadır.

Tablo 2. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri

		n	%
Cinsiyet (n=421)	Erkek	216	51,3
	Kadın	205	48,7
Yaş (n=387)	≤30	70	18,1
	31-35	125	32,3
	36-40	111	28,7
	≥41	81	20,9
Unvan (n=414)	Hekim	34	8,2
	Hemşire	208	50,2
	Sağlık Teknisyeni	51	12,3
	Memur	32	7,7
	Şirket elemanı	89	21,5
Çalışma Süresi (n=391)	≤4	140	35,8
	5-9	169	43,2
	≥10	82	21,0

Tablo 3’de hasta güvenliği tutumunu oluşturan boyutlar arasındaki ilişki verilmiştir. Tablo incelendiğinde de görüldüğü gibi algılanan stres boyutu ile güvenlik iklimi ve iş tatmini arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Hasta güvenliği tutumunun diğer alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişkiler bulunmaktadır ($p<0,05$). Boyutlar arasındaki en yüksek ilişki ise iş tatmini ile çalışma koşulları ($r=0,788$) arasında çıkmıştır.

Tablo 3. Hasta Güvenliği Tutumu Boyutları Arasındaki İlişki Düzeyi (n=424)

	Ort.	Ss.		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Takım İklimi	3,296	0,980	r	1				
			p					
Güvenlik İklimi	3,079	0,826	r	0,691**	1			
			p	0,000				
İş Tatmini	3,116	1,080	r	0,598**	0,756**	1		
			p	0,000	0,000			
Algılanan Stres	3,476	0,856	r	0,211**	0,044	0,002	1	
			p	0,000	0,373	0,967		
Yönetimin Algıları	3,128	0,998	r	0,579**	0,744**	0,714**	0,096*	1
			p	0,000	0,000	0,000	0,048	
Çalışma Koşulları	3,021	1,024	r	0,727**	0,764**	0,788**	0,109*	0,696**
			p	0,000	0,000	0,000	0,025	0,000
** $p<0,01$								
* $p<0,05$								

Hastane çalışanlarının cinsiyetlerine göre hasta güvenliği tutumu algı düzeylerine ilişkin değerlendirmeleri bağımsız örneklerde t testi kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz sonucunda hasta güvenliği tutumu algısına ilişkin algılanan stres ve çalışma koşulları

boyutlarında sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kadın çalışanlar erkeklere oranla stres oluşturan unsurlardan daha fazla etkilendikleri ve çalışma koşullarının daha kötü olduğu görüşündedirler (Tablo 4).

Tablo 4. Çalışanların Hasta Güvenliği Tutumu Algı Düzeylerinin Cinsiyetlerine Göre Değerlendirmesi

		n	Ort	Ss.	t	p
Takım iklimi	Erkek	216	3,380	0,981	1,861	0,827
	Kadın	205	3,202	0,976		
Güvenlik iklimi	Erkek	216	3,236	0,832	4,073	0,265
	Kadın	205	2,914	0,789		
İş tatmini	Erkek	216	3,459	1,070	6,992	0,159
	Kadın	205	2,763	0,969		
Algılanan stres	Erkek	214	3,333	0,902	-3,440	0,002
	Kadın	204	3,617	0,783		
Yönetimin algıları	Erkek	216	3,314	0,982	4,062	0,601
	Kadın	205	2,926	0,979		
Çalışma koşulları	Erkek	216	3,236	1,059	4,594	0,027
	Kadın	205	2,788	0,941		

Hastane çalışanlarının hasta güvenliği tutumu algılarına ilişkin boyutlar hakkındaki değerlendirmelerinin yaş, unvan ve çalışma sürelerine göre fark gösterip göstermediği ANOVA testi (tek yönlü varyans analizi) kullanılarak değerlendirilmiştir. ANOVA testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunan özelliklerde farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için ise Tukey HSD testi kullanılmıştır.

Tablo 5'de görüldüğü gibi hastane çalışanlarının hasta güvenliği tutumları algılarına ilişkin boyutlar ile ilgili değerlendirmeleri algılanan stres ve çalışma koşulları dışındaki boyutlarda yaşlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Yapılan Tukey HSD testi sonucunda takım iklimi, güvenlik iklimi, iş tatmini ve yönetimin algıları boyutlarında farkın 31-35 yaş grubunda olanlar ile 41 ve üzeri yaşta olanlardan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Ayrıca yönetimin algıları boyutunda farkın 31-35 yaş grubunda olanlar ($2,884\pm 0,931$) ile 36-40 yaş grubunda olanlardan ($3,273\pm 0,988$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 5. Çalışanların Hasta Güvenliği Tutumu Algı Düzeylerinin Yaşlarına Göre Değerlendirmesi

	Yaş	n	Ort.	S.S.	F	p	Post Hoc.
Takım iklimi	≤30 ¹	70	3,200	0,883	3,919	0,009	2-4 p=0,010
	31-35 ²	125	3,087	0,863			
	36-40 ³	111	3,388	0,957			
	≥41 ⁴	81	3,519	1,180			
	Toplam	387	3,284	0,978			
Güvenlik iklimi	≤30 ¹	70	3,065	0,762	3,273	0,021	2-4 p=0,029
	31-35 ²	125	2,899	0,765			
	36-40 ³	111	3,165	0,832			
	≥41 ⁴	81	3,223	0,907			
	Toplam	387	3,073	0,823			
İş tatmini	≤30 ¹	70	3,134	1,086	5,704	0,001	2-4 p=0,000
	31-35 ²	125	2,823	1,029			
	36-40 ³	111	3,088	1,022			
	≥41 ⁴	81	3,443	1,117			
	Toplam	387	3,085	1,075			
Algılanan stres	≤30 ¹	70	3,311	0,763	2,021	0,111	
	31-35 ²	124	3,529	0,778			
	36-40 ³	111	3,561	0,768			
	≥41 ⁴	80	3,334	1,156			
	Toplam	385	3,458	0,869			
Yönetimin algıları	≤30 ¹	70	3,025	1,041	5,284	0,001	2-3 p=0,015 2-4 p=0,003
	31-35 ²	125	2,884	0,931			
	36-40 ³	111	3,273	0,988			
	≥41 ⁴	81	3,377	1,031			
	Toplam	387	3,124	1,005			
Çalışma koşulları	≤30 ¹	70	2,929	1,019	2,481	0,061	
	31-35 ²	125	2,847	0,986			
	36-40 ³	111	2,993	1,005			
	≥41 ⁴	81	3,235	1,069			
	Toplam	387	2,985	1,021			

Tablo 6'da görüldüğü gibi hastane çalışanlarının hasta güvenliği tutumları algılarına ilişkin boyutlar ile ilgili değerlendirmeleri unvanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p<0,05$). Yapılan Tukey HSD testi sonucunda takım iklimi boyutunda farkın şirket elemanı olarak çalışanlar ($3,602\pm0,842$) ile hemşire ($3,242\pm1,031$) ve sağlık teknisyenlerinden ($3,086\pm0,712$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Güvenlik iklimi boyutundaki farkın şirket elemanı olarak çalışanlar ($3,595\pm0,722$) ile hemşire ($2,941\pm0,829$), sağlık teknisyeni ($2,882\pm0,627$) ve memurlardan ($2,946\pm0,992$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). İş tatmini ve çalışan Koşulları boyutundaki farkın şirket elemanları ile hekim, hemşire, sağlık teknisyeni ve memurlardan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Algılanan stres boyutundaki farkın şirket elemanları ($3,250\pm0,850$) ile hekim ($3,735\pm0,744$) ve hemşirelerden ($3,577\pm0,804$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Yönetimin algıları boyutundaki farkın ise hekimler ($3,574\pm0,703$) ile hemşire ($2,906\pm0,981$) ve sağlık teknisyenlerinden ($2,995\pm0,791$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 6. Çalışanların Hasta Güvenliği Tutumu Algı Düzeylerinin Unvanlarına Göre Değerlendirmesi

	Unvan	n	Ort.	Ss.	F	p	Post Hoc.
Takım iklimi	Hekim ¹	34	3,418	0,545	3,167	0,014	5-2 p=0,027 5-3 p=0,020
	Hemşire ²	208	3,242	1,031			
	Sağlık teknisyeni ³	51	3,086	0,712			
	Memur ⁴	32	3,238	1,376			
	Şirket elemanı ⁵	89	3,602	0,842			
	Toplam	414	3,314	0,969			
Güvenlik iklimi	Hekim ¹	34	3,185	0,475	12,682	0,000	5-2 p=0,000 5-3 P=0,000 5-4 p=0,001
	Hemşire ²	208	2,941	0,829			
	Sağlık teknisyeni ³	51	2,882	0,627			
	Memur ⁴	32	2,946	0,992			
	Şirket elemanı ⁵	89	3,595	0,722			
	Toplam	414	3,095	0,818			
İş tatmini	Hekim ¹	34	3,076	0,900	28,649	0,000	5-1 p=0,000 5-2 p=0,000 5-3 P=0,000 5-4 p=0,001
	Hemşire ²	208	2,772	0,983			
	Sağlık teknisyeni ³	51	2,945	0,811			
	Memur ⁴	32	3,263	1,399			
	Şirket elemanı ⁵	89	4,047	0,759			
	Toplam	414	3,130	1,072			
Algılanan stres	Hekim ¹	34	3,735	0,744	3,190	0,013	5-1 p=0,036 5-2 p=0,020
	Hemşire ²	208	3,577	0,804			
	Sağlık teknisyeni ³	51	3,466	0,806			
	Memur ⁴	32	3,391	1,136			
	Şirket elemanı ⁵	87	3,250	0,850			
	Toplam	412	3,493	0,848			
Yönetimin algıları	Hekim ¹	34	3,574	0,703	13,027	0,000	1-2 p=0,001 1-3 p=0,044
	Hemşire ²	208	2,906	0,981			
	Sağlık teknisyeni ³	51	2,995	0,791			
	Memur ⁴	32	2,969	1,160			
	Şirket elemanı ⁵	89	3,681	0,897			
	Toplam	414	3,143	0,990			
Çalışma koşulları	Hekim ¹	34	3,066	0,694	15,197	0,000	5-1 p=0,007 5-2 p=0,000 5-3 P=0,000 5-4 p=0,001
	Hemşire ²	208	2,788	0,985			
	Sağlık teknisyeni ³	51	2,873	0,761			
	Memur ⁴	32	2,922	1,307			
	Şirket elemanı ⁵	89	3,716	0,936			
	Toplam	414	3,031	1,022			

Tablo 7’de görüldüğü gibi hastane çalışanlarının hasta güvenliği tutumu algılarına ilişkin boyutlar ile ilgili değerlendirmeleri çalışma sürelerine göre istatistiksel açıdan anlamlı fark göstermektedir ($p < 0,05$). Yapılan Tukey HSD testi sonucunda iş tatmini boyutunda farkın 10 yıl ve daha fazla süre çalışanlar ($2,727 \pm 1,136$) ile 4 yıl ve daha az süre çalışanlar ($3,166 \pm 0,986$) ve 5-9 yıl arasında çalışanlardan ($3,196 \pm 1,087$) kaynaklandığı saptanmıştır

($p<0,05$). Yönetimin algıları boyutunda farkın 10 yıl ve daha fazla süre çalışanlar ($2,805\pm 1,096$) ile 4 yıl ve daha az süre çalışanlar ($3,230\pm 0,987$) ve 5-9 yıl arasında çalışanlardan ($3,194\pm 0,950$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışma Koşulları boyutunda farkın 10 yıl ve daha fazla süre çalışanlar ($2,677\pm 1,089$) ile 4 yıl ve daha az süre çalışanlar ($3,047\pm 1,026$) ve 5-9 yıl arasında çalışanlardan ($3,098\pm 0,956$) kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 7. Çalışanların Hasta Güvenliği Tutumu Algı Düzeylerinin Çalışma Sürelerine Göre Değerlendirmesi

	Çalışma Süresi	n	Ort.	Ss.	F	p	Post Hoc.
Takım iklimi	$\leq 4^1$	140	3,309	0,960	0,075	0,928	
	5-9 ²	169	3,280	0,955			
	$\geq 10^3$	82	3,259	1,062			
	Toplam	391	3,286	0,978			
Güvenlik iklimi	$\leq 4^1$	140	3,122	0,788	2,997	0,051	
	5-9 ²	169	3,134	0,825			
	$\geq 10^3$	82	2,877	0,903			
	Toplam	391	3,076	0,833			
İş tatmini	$\leq 4^1$	140	3,166	0,986	5,989	0,003	3-1 p=0,009 3-2 p=0,003
	5-9 ²	169	3,196	1,087			
	$\geq 10^3$	82	2,727	1,136			
	Toplam	391	3,087	1,076			
Algılanan stres	$\leq 4^1$	140	3,529	0,823	0,919	0,400	
	5-9 ²	169	3,456	0,878			
	$\geq 10^3$	80	3,366	0,916			
	Toplam	389	3,464	0,867			
Yönetimin algıları	$\leq 4^1$	140	3,230	0,987	5,431	0,005	3-1 p=0,006 3-2 p=0,011
	5-9 ²	169	3,194	0,950			
	$\geq 10^3$	82	2,805	1,096			
	Toplam	391	3,125	1,006			
Çalışma Koşulları	$\leq 4^1$	140	3,047	1,026	5,124	0,006	3-1 p=0,024 3-2 p=0,006
	5-9 ²	169	3,098	0,956			
	$\geq 10^3$	82	2,677	1,089			
	Toplam	391	2,991	1,021			

IV. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastane çalışanlarının hasta güvenliği tutumları algılarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma sonuçlarına göre, hasta güvenliği tutumu boyutları arasında algılanan stres ile güvenlik iklimi ve iş tatmini dışındaki tüm boyutlarda pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. En yüksek ilişki ise çalışma koşulları ile iş tatmini arasındaki ilişki olarak çıkmıştır. Buna göre hastane çalışanlarının çalışma koşullarının iyileştirilmesi işlerinden sağlayacağı tatmin düzeylerini de aynı oranda olumlu olarak etkileyebileceği söylenebilir. Dolayısıyla hastane çalışanlarının iş tatminlerini yüksek düzeyde tutmak için çalışanlarla yapıcı bir şekilde ilgilenilmesi, teşhis ve tedavi sürecinde gerekli tüm bilgilere rutin olarak ulaşılması, personelin iyi eğitilmesi ve denetlenmesi hususlarının önemli olduğu savunulabilir.

Hastane çalışanlarının hasta güvenliği tutumuna ilişkin algı düzeylerinde en yüksek katılım algılanan stres boyutunda olmuştur. Diğer bir ifadeyle, sağlık çalışanları; iş yükü artışının performanslarını düşürdüğü, yorgun olduklarında işte daha az etkili olduklarını,

gerginliklerin yaşandığı ortamda hata yapma ihtimallerinin daha fazla olduğu ve acil durumlarda aşırı yorgunluğun performanslarını bozduğu görüşündedirler. Özellikle bu boyutta hekim ve hemşirelerin yüksek katılım göstermeleri hasta güvenliği açısından daha da önem göstermektedir. Bu nedenle hasta güvenliğinin geliştirilmesi için bu olumsuz faktörlerin giderilmesi veya asgariye indirilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Aiken L, Sermeus W., Hedee K., Sloane D. M., Reinhard B., McKee M. ... and Tishelman C. (2012) Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Hospital Care: Cross Sectional Surveys of Nurses and Patients in 12 Countries in Europe and the United States **BMJ** 344: 1-14.
2. Albrecht M. R. (2015) Patient Safety: The What, How and When. **The American Journal of Surgery** 210: 978-982.
3. Byers J. F. and White S.V. (2004) **Patient Safety Principles and Practice**. Springer Publishing Company, New York.
4. Edwards M. (2016) An Organizational Learning Framework for Patient Safety. **American Journal of Medical Quality** 32(2): 1–8.
5. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America (2001) **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st**. National Academy Press, Washington D.C.
6. Kaya S. (2009) Hasta Güvenliği Kültürü Nedir ve Nasıl Geliştirilebilir? **Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi** 1 (1): 32-34.
7. Kaya S., Barsbay S. and Karabulut E. (2010) The Turkish Version of the Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties and Baseline Data. **Qual Saf Health Care** 19: 572-577.
8. Kohn L. T., Corrigan J. M., Donaldson M. S. (Eds) (1999) **To Err is Human. Building a Safer Health System**. National Academy Press, Washington D.C.
9. Leape L. L, Brennan T. A., Laird N., Lawthers A. G, Localio A. R, Barnes B.A. ... and Hiatt H. (1991), The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II. **N Engl J Med** 324: 377-84.
10. Sexton J. B. and Thomas E. J. (2003) The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) Guidelines for Administration. **The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, Technical Report 03-02**, Teksas.
11. Taş Y., Akpınar A. T. ve İşçi E. (2013) Kalite Yönetim Sistemi İle Hasta Güvenliği Kültürü İlişkisinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma: Üniversite Hastanesi Örneği. 7. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiri Kitabı, ss: 635-647. Konya.
12. Tsao K. and Browne M. (2015) Culture of Safety: A Foundation for Patient Care. **Seminars in Pediatric Surgery** 24: 283–287.
13. Vincent C. (2003) Understanding and Responding to Adverse Events. **The New England Journal of Medicine** 348(11): 1051-1056.

14. WHO (World Health Organization) (2016) **Patient Safety**
http://www.who.int/topics/patient_safety/en/ Erişim Tarihi: 10.05.2016.

Sinizim, Kişilerarası Çatışma ve İşten Ayrılma Niyeti Arasındaki İlişkinin Analizi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama

Sinem G. GÖKÇE*
Abdurrahim EMHAN**
Zülfünaz ÖZER***
Ayşegül KAYA****

ÖZ

Bu araştırma, sağlık sektöründeki profesyonellerin sinizm ve kişilerarası çatışma düzeylerinin işten ayrılma niyeti üzerindeki etkilerinin ortaya konulması amacıyla yapılmıştır. Modeli test etmek amacıyla demografik değişkenler dışında 26 soruluk bir anket kullanılmıştır. Bu anketler Türkiye'nin Güney Doğu Anadolu Bölgesi'nde yer alan Diyarbakır ilinde faaliyet gösteren kamu hastanelerinde çalışan personele dağıtılmış olup, 463 anket analiz için kullanılmıştır. Elde edilen verilerin analizinde ise AMOS 18.0 programıyla Yapısal Eşitlik Modeli kullanılmıştır. Analiz sonucunda sinizm ve kişilerarası çatışma ile işten ayrılma arasında önemli derecede ilişki tespit edilmiş olup çatışmanın, sinizmin işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisinde aracı (mediating effect) etkisi olduğu görülmüştür. Ayrıca erkeklerin çatışma puanının kadınlara göre daha yüksek olduğu, yaşı 41-50 olanların siniklik puanının yaşı 20-30 olanlara göre daha düşük olduğu, lise mezunlarının siniklik puanlarının lisans ve lisansüstü eğitimlilere göre daha düşük olduğu, hemşire ve ebelerin siniklik puanlarının doktor ve sağlık teknisyenlerine göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sinizm, çatışma, işten ayrılma niyeti, sağlık sektörü

Analysis of the Relationship among Cynicism, Interpersonal Conflict, and Turnover Intention: An Application in Health Sector

ABSTRACT

The aim of this study is to define the effects of cynicism and interpersonal conflict levels of professionals in health sector on their intention to leave. To test the model other than demographic variables a questionnaire having 26 questions were used. These questionnaires were applied to the employees of public hospitals in Diyarbakır province in South Eastern Anatolia Region of Turkey and 463 valid questionnaires were used for analysis. AMOS 18.0 software and Structural Equation Model was used of the analysis of the data. As a result, a significant effect of cynicism and interpersonal conflict on intention to leave was found and it was determined that conflict has a mediating effect on the relationship of cynicism and intent to leave. Besides it is found that men have a higher conflict level than women; the cynicism level of employees at the age of 41-50 is lower than 20-30; high school graduates have lower cynicism level than employees having undergraduate or graduate degrees. Similarly, nurses and midwives cynicism level is lower than the scores of doctors and health technicians.

Keywords: Cynicism, conflict, intent to leave the job, health sector

* Yrd. Doç. Dr., İnönü Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Malatya, guravsar@gmail.com

** Doç. Dr., İnönü Üniversitesi, Sivil Havacılık Yüksek Okulu, Malatya, aemhan@gmail.com

*** Zirve Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gaziantep, zozer@gmail.com

**** Zirve Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Gaziantep, aysegul_kayaonay@hotmail.com

I. GİRİŞ

Günümüzün zorlu rekabet ortamında örgütler giderek çıkarlarını daha fazla ön planda tutmakta, bunu yaparken de bazı örgütler çalışanların refahını ve mutluluğunu geri plana itebilmektedir. Bu da çalışanlarda örgütlerine olan güven seviyesini azaltabilmekte; örgütlerinin onlardan faydalandıklarını ve iş yerinde haksız muameleye uğradıklarını düşünmeye sevk edebilmektedir. Bu durum sinizm olarak adlandırılmaktadır. Sinizmin bir kişilik özelliği mi olduğu yoksa çalışanın örgütteki deneyimlerinden mi kaynaklandığı konusu tartışmalıdır. Sinizmin çıkış noktası olan Antik Yunan filozofları bunun bir kişilik özelliği olduğunu savunurken son dönem örgütsel davranış çalışmalarına göre çalışanların kötü deneyimlerinden kaynaklandığı savunulmaktadır (Tutar 2016). Bu çalışmalar göz önüne alındığında örgütler için bunca olumsuz etkisi olan sinizmin neden ve sonuçlarının incelenmesi ve sinizmi engelleyecek veya en azından asgari düzeye indirecek önlemlere yönelik çalışmalar yapılması elzemdir. Bu nedenle bu çalışmada sinizmin kişilerarası çatışma ve işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisi üzerinde durulmuştur. İnsanların tek motivasyonunun çıkarları olduğunu savunan sinizmin; en büyük sebeplerinden birinin çıkar çatışması olduğu kabul edilen kişilerarası çatışma kavramı üzerindeki etkisi ve bunun üzerinde çatışmanın etkisi sağlık sektöründe yapılan bir alan çalışması ile incelenmiştir. Sinizmin işten ayrılma niyetine etkilerine dair birçok çalışma mevcut olsa da (Tett, Meyer 1993; Güzel, Ayazlar 2014; Çağ 2011; Shahzad, Mahmood 2012; Çınar ve diğerleri 2014) bu etkide kişilerarası çatışmanın rolünü inceleyen bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır.

II. LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Sinizm

Sinizm teriminin Antik Yunanda Siniklerin okulunun bulunduğu Atina yakınlarındaki Cynosarges kasabasından türediği tahmin edilmektedir. Sokrates'in öğrencisi Antisthenes tarafından ilk kez ortaya atılan ve Diogenes tarafından yaygınlaştırılan kavram doğrultusunda sinikler, devlet de dahil hiçbir örgütün, insan yaşamında doğal bir form olamayacağını savunmaktadır. Bu anlamda sinizm kişilerin yaşam tarzını belirleyen bir felsefe olarak ele alınmaktadır. Bu felsefe insanların tamamen kişisel çıkarları doğrultusunda motive olduklarını savunmaktadır. Sinik çalışanlar, yönetime güvenilemeyeceğini, örgütlerin onlardan faydalandıklarını ve işyerinde haksız muameleye uğradıklarını düşünürler. Dean ve diğerleri (1998), sinizmi kavramsallaştırmayı amaçladıkları çalışmalarında sinizmi "bireyin istihdam edildiği örgütün bütünlükten yoksun olduğuna dair inancı, örgüte yönelik olumsuz duyguları ve bu olumsuz inanç ve duyguların sonucu ortaya çıkan olumsuz davranışları" olarak tanımlamışlardır. Bu tanımda geçen "inanç", "duygu" ve "davranış" kavramları sinizmin boyutlarını da ortaya koymaktadır. Bu anlamda sinizm bilişsel boyutta örgüt ve çalışanlarının dürüstlükten yoksun olduğuna dair öfke, hor görme ve kınama gibi olumsuz duygularla ortaya çıkan inancı; duygusal ya da duyuşsal boyutu öfke, sıkıntı ve utanç duyma gibi kuvvetli olumsuz duyguları; davranışsal boyutu ise örgütle ilgili sürekli şikayette bulunma, dalga geçme, aşırı eleştiride bulunma, küçümseme gibi birçok olumsuz davranışı kapsamaktadır (Dean et al. 1998; Karacaoğlu, İnce 2012; Tutar 2016).

Sinizm; kuşkuculuk, güvensizlik, inançsızlık, olumsuzluk, itimatsızlık, kötümserlik gibi kavramlarla benzerlik göstermesine rağmen modern yorumunda bireyin "kusur bulan, zor beğenen, eleştiren" anlamları ağır basmaktadır (Bakan ve diğerleri, 2014). Bu olumsuzlukların ortaya çıkmasının yanlış yönetilen değişim çabaları, aşırı stres ve iş yükü, beklentilerin karşılanmaması, yetersiz sosyal destek, yetersiz terfi, amaç çatışması, psikolojik sözleşme ihlalleri, artan örgütsel karmaşıklık, karar alma mekanizmasına dahil olamama, iletişimsizlik, düşük nitelikli lider-üye etkileşimi, uzun çalışma saatleri, işten çıkarma, iş güvensizliği, sınırlandırılmış çalışan sesliliği, kişilerarası olumsuz davranışlar, yönetsel

yetersizlikler, rol belirsizliği ve rol çatışması (Andersson 1996; Cartwright, Holmes 2006; Karacaoğlu, İnce 2012; Yıldız 2013; Çınar ve diğerleri 2014;) gibi birçok sebebi olabilmektedir. Bu etkiler nedeniyle birey; dürüstlük, adalet ve içtenlik gibi ilkelerin kişisel çıkarlara feda edildiğine inanmaktadır (Karacaoğlu, İnce 2012).

Sinizmin tanımıyla ilgili farklı görüşler olsa da etkilerinin olumsuz olduğuna dair literatürde görüş birliği vardır. Bu nedenle sinizmle; yabancılaşma (Yıldız, Şaylıkay 2014; Bakan ve diğerleri 2014), örgütsel bağlılık, örgütsel muhalefet (Yıldız, 2013), işyerinde sapkın davranış, tükenmişlik (Shahzad, Mahmood 2012), iş tatmini, performans (Polatcan, Titrek 2014), motivasyon (Bakan ve diğerleri 2014), örgütsel adalet, işten ayrılma (Çağ 2011), güven (Chiaburu et al. 2013), psikolojik sözleşme (Bashir, Nasir 2013) gibi kavramlarla ilişkilerine dair literatürde pek çok çalışma mevcuttur.

2.2. İşten Ayrılma Niyeti

İşletmeler dinamik rekabet ortamına ayak uydurabilmek için nitelikli iş gücünü istihdam etmeye ve elinde tutmaya çalışırken; çalışanlar da hem maddi hem de manevi gereksinimlerini en fazla tatmin edecek işletmelerde istihdam edilmeyi arzu etmektedir. Bu istek doğrultusunda çalışanlar alternatif iş olanaklarına yönelebilmekte ve sürekli mevcut işini bırakma düşüncesinde olabilmektedir (Beğenirbaş, Çalışkan 2014). Bu durum; yani çalışanın örgütle olan iş akdini sonlandırma eğilimi işten ayrılma niyeti olarak tanımlanmaktadır (Alnıaçık et al., 2011).

Örgütler çalışanlarda işten ayrılma niyetine sebep olabilecek nedenleri iyi analiz etmelidirler; çünkü işten ayrılma, hem nitelikli işgücünün kaybedilmesiyle kalite, üretkenlik, inovasyon ve rekabetçilikte yaşanan düşüş; hem de yeniden işe alma ve eğitim süreçlerinin maliyetlerinden ötürü örgütler için önemli bir gider kalemi olabilmektedir. İşten ayrılmayı; çalışanın çeşitli sebeplerle işten ayrılmayı istemesini tanımlayan “gönüllü işten ayrılma” ve örgütün isteği doğrultusunda “gönülsüz işten ayrılma” olarak sınıflandırmak mümkündür. Özellikle gönüllü işten ayrılmalar örgüt kontrolü dışında olduğundan örgütlere daha fazla zarar vermektedir. İşten ayrılmaları azaltmak için doğru kişiyi işe almak, örgüte uymayanları işten çıkartmak, ödüllendirme, çalışan mutluluğunu ön planda tutmak gibi yöntemler denenebilir (Çınar ve diğerleri 2014).

İşten ayrılmanın örgütler üzerindeki olumsuz etkilerinden ötürü neden ve sonuçlarına dair birçok çalışma yapılmıştır. Kim ve diğerleri (2015), işten ayrılma ile iş tatminin, örgütsel bağlılık, rol belirsizliği ve rol çatışması gibi farklı değişkenlerle ilişkisini incelemiştir. Wong ve Laschinger (2015) ise sinizm ve işten ayrılma arasındaki ilişkide örgütsel bağlılığın aracı etkisini incelemiştir.

2.3. Kişilerarası Çatışma

Çatışmayı, iki veya daha fazla kişi veya grubun; hedefler, istekler, amaçlar veya güdülerinin birbiriyle uyumlu olmaması olarak tanımlamak mümkündür (Peker, Aytürk 2002). Bu tanım doğrultusunda çatışma, 1) kişisel, 2) kişilerarası, 3) grup içi ve 4) gruplar arası olarak sınıflandırılmaktadır. Bu çalışmada iki veya daha fazla kişinin arasındaki çatışmayı tanımlayan kişilerarası çatışma kavramı ele alınmıştır. Kişilerarası çatışma, bireylerin farklı kültürlerde yetişmiş, farklı kişilik özelliklerine, amaç ve çıkarlara sahip olmasından kaynaklanabilmektedir (Tutar 2016). Bu tür çatışmaların sonucunda düşmanlık, kıskançlık, yetersiz iletişim, hayal kırıklığı, asabiyet, düşük moral, takımda karar alma etkinliğinde düşüş gibi olumsuz durumlar ortaya çıkabilmektedir (Liu et al. 2011).

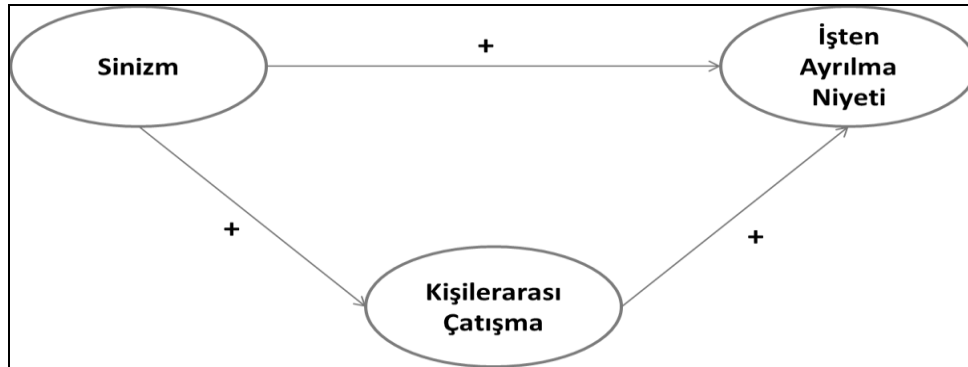
Sağlık sektöründe yapılan bir çalışmada kişilerarası çatışmanın en önemli sebepleri olarak sırasıyla; iletişim yetersizliği, karşılıklı görev bağımlılığı, statü farklılıkları, görev, yetki ve sorumluluk belirsizliği, algılama farklılığı, amaç, çıkar ve değer farklılığı, örgüt yapısı (matris yapı), kararlara katılma, denetim tarzı, üye farklılıkları ve ödül sistemi ve kaynakların kıtlığı olarak belirlenmiştir (Akça, Erigüç 2006). Kişilerarası çatışma, kendini düşmanlık besleme, kıskançlık, zayıf iletişim, hayal kırıklığı ve düşük moral şeklinde gösterebilmektedir (Liu et al. 2011).

Çatışmanın örgütlere etkisine yönelik farklı görüşler mevcuttur. Çatışmanın etkili yönetim ve örgütlerde kesinlikle olmaması gerektiğini savunan ve kapalı sistem anlayışını esas alan; çatışmanın zaman, para ve enerji kaybı olduğunu; iş stresini artırıp iş tatmini ve motivasyonunu azalttığını savunan klasik yönetim yaklaşımlarının (Kıngır 2006) yanı sıra çatışmanın kaçınılmaz ve örgütlerin etkinliği için belli bir düzeye kadar gerekli olduğunu savunan açık sistem anlayışı temelli neo-klasik yaklaşımlar da mevcuttur (Sığırı, Gürbüz 2015; Haq 2011). Etkileşimci yaklaşıma göre ise çatışma iyi yönetilirse faydalı bir süreçtir ve örgütsel performansın geliştirilmesi için itici bir güç olduğundan belli bir düzeye kadar çatışma teşvik edilmelidir (Tutar 2016).

Bu çalışmada örgüte yönelik olumsuz duygu, inanç ve davranışları ifade eden sinizmin çalışanların işten ayrılma niyetleri üzerinde bir etkisi olup olmadığı araştırılmıştır. Sonrasında sinizmin temelinde yatan çıkarıcılık ve güvensizlik gibi sebeplerle benzer gerekçeleri olan kişilerarası çatışmaya sinizmin etkisi olup olmadığı ve varsa çatışma kavramının sinizm ve işten ayrılma niyeti gibi örgüt açısından olumsuz durumlar meydana getiren kavramların ilişkisine olan etkisi üzerinde durulmuştur. Bu bilgiler ışığında Şekil 1'deki model kapsamında şu hipotezler geliştirilmiştir:

- H1:** Sinizmin işten ayrılma niyeti üzerinde pozitif doğrusal bir etkisi vardır.
- H2:** Sinizmin kişilerarası çatışma üzerinde pozitif doğrusal bir etkisi vardır.
- H3:** Çatışmanın sinizm ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkide aracı etkisi vardır.

Şekil 1. Kavramsal Model



III. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Hipotezleri ve modeli test etmek amacıyla demografik değişkenler dışında 26 soruluk bir anket kullanılmıştır. Bu ölçekler, Diyarbakır ilinde faaliyet gösteren 5 adet kamu ve 5 adet özel hastanede çalışan personele rastgele dağıtılmıştır. Bu hastanelerde 1.110'u devlet, 210'u özel hastanelerde olmak üzere toplam 1.320 doktor; 3250'si devlette, 420'si özelde olmak üzere 3.670 hemşire/ebe ve 700'ü devlette, 280'i özel hastanede olmak üzere 980 tekniker

çalışmaktadır. Bu hastanelerde yapılan anket çalışması sonrasında 463 anket analiz için kullanılmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, demografik bilgiler formu dışında, çalışanların sinizm, kişilerarası çatışma ve işten ayrılma niyetinin düzeylerini belirlemek amacıyla üç ayrı ölçekten yararlanılmıştır.

- a) **Demografik Bilgiler Formu:** Kurum çalışanlarına ait demografik bilgileri toplamaya yönelik olan bu ankette; yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, iş tecrübesi, çalışılan birim ve iş unvanı gibi özellikler yer almaktadır.
- b) **Sinizim Ölçeği:** Brandes (1997) tarafından geliştirilen ölçek, bilişsel, duyuşsal ve davranışsal olmak üzere 3 alt boyutta toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan ifadeler 5'li Likert tipte 1'den 5'e ("asla (1)", "çok nadir (2)", "ara sıra (3)", "sıklıkla (4)", "her zaman (5)") şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanlar arttıkça katılımcıların daha fazla sinik davranış gösterdiği şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçek Türkçe'ye Erdost ve diğerleri (2007) tarafından uyarlanmış ve geçerlik-güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçek için yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach's Alpha katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur. Çarpıklık ve basıklık değerleri ± 1 arasında bulunmuş olup, dağılım normaldir.
- c) **Kişilerarası Çatışma Ölçeği:** Çalışanların çatışma düzeyini ölçmek için Mulki et al. (2014) tarafından geliştirilen ve Türkçe'ye uyarlanan 4 soruluk 5'li Likert ölçeği kullanılmıştır. Buna göre ifadeler, "Kesinlikle Katılmıyorum (1)", "Katılmıyorum (2)", "Kısmen Katılıyorum (3)", "Katılıyorum (4)", "Tamamen Katılıyorum (5)" olarak sıralanmıştır. Ölçek için yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach's Alpha katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur. Çarpıklık ve basıklık değerleri ± 1 arasında bulunmuş olup, dağılım normaldir.
- d) **İşten Ayrılma Niyeti Ölçeği:** Walsh ve diğerleri (1985) tarafından geliştirilen 8 soruluk işten ayrılma niyeti ölçeği kullanılmıştır. Anketteki sorulara verilen cevaplar 1'den 5'e kadar değişen puanlarla değerlendirilmiş olup, (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) bazen, (4) sıklıkla ve (5) kesinlikle şeklinde düzenlenmiştir. Anket için yapılan güvenilirlik analizinde Cronbach's Alpha katsayısı 0,84 olarak bulunmuştur. Çarpıklık ve basıklık değerleri ± 1 arasında bulunmuş olup, dağılım normaldir.

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22 istatistik programı kullanılmıştır. Elde edilen verilerin analizinde ise AMOS 18.0 programıyla Yapısal Eşitlik Modeli (Structural Equation Model) kullanılmıştır. Ayrıca farklılıkların analizinde t-testi ve ANOVA (Tukey) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi, katılımcıların her bir soruya verdikleri cevapların toplam puanları üzerinden yapılmıştır. Bu araştırmada, istatistiki anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

IV. BULGULAR

Araştırmaya katılanlarla ilgili bazı demografik bilgiler Tablo 1'de gösterilmiştir. Bu tabloda görüldüğü gibi, araştırmaya Diyarbakır'da faaliyet gösteren kamu hastanelerinde çalışan 463 kişi katılmış olup örneklemin %63,9'u kadın, %54,6'sı 20-30 yaş aralığında, %59,6'sı evli, %59,8'i üniversite mezunu, %73,9'u hemşire veya ebe konumunda, %50,5'i servis departmanlarında çalışan ve %35,6'sı 1-5 yıl deneyime sahip kişilerden oluşmaktadır.

Tablo 1. Demografik Değişkenler

Değişkenler	n	%	Değişkenler	n	%
Cinsiyet			Unvan		
Erkek	167	36,1	Hemşire, Ebe	342	73,9
Kadın	296	63,9	Sağlık teknisyeni	50	10,8
Yaş			Doktor	71	15,3
20-30	253	54,6	Departman		
31-40	165	35,6	Servisler	234	50,5
41-50	40	8,6	Acil-Yoğun Bakım	130	28,1
50+	5	1,1	Ameliyathane	42	9,1
Medeni Durumu			Tanı-Tetkik	31	6,7
Evli	276	59,6	Diğer	26	5,6
Bekar	187	40,4	Tecrübe		
Eğitim Durumu			1-5	165	35,6
Lise	104	22,5	6-10	148	32,0
Üniversite	277	59,8	11-15	80	17,3
Yüksek Lisans	82	17,7	16-20	33	7,1
			20+	37	8,0

Araştırmanın temel değişkenlerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler ise Tablo 2’de verilmiştir.

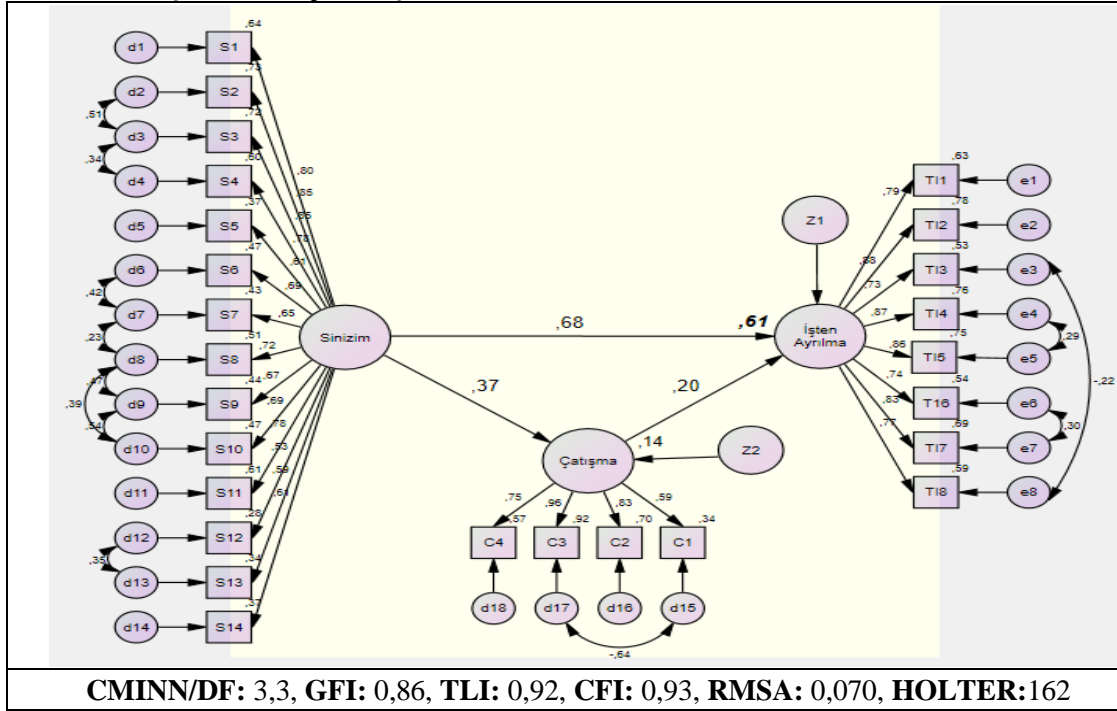
Tablo 2. Sinizm, Kişilerarası Çatışma ve İşten Ayrılma Niyeti Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişkenler	Minimum	Maksimum	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma
Sinizm	14,00	70,00	43,6	12,4
Çatışma	4,00	20,00	9,0	3,7
İşten Ayrılma Niyeti	8,00	40,00	22,3	9,1

Modelde sinizm ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkide aracı etkinin varlığını test etmek amacıyla yapısal eşitlik modeli kullanılmıştır. Çalışmanın jenerik modelinde uyum için yeterli değerler sağlanmadığı için model revize edilmiştir. Jenerik ve revize edilmiş modelin uyum istatistik (Goodness-of-fit) değerleri limitler içerisindedir (Schumacker, Lomax 2004).

- Revize edilmiş yapısal eşitlik modelinde, tüm indikatörler, bağlı oldukları ölçülemeyen (latent) değişkenler ile anlamlı bir ilişki göstermişlerdir ($p<0,001$).
- Sinizmin işten ayrılma üzerinde pozitif anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$).
- Sinizmin çatışma üzerinde pozitif anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$).
- Bu modelde çatışmanın sinizm ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkide aracı (mediating effect) etkisi olduğu tespit edilmiş olup ($p<0,001$), elde edilen model aşağıda Şekil 2’ de gösterilmiştir.

Şekil 2. Sinizim, Kişilerarası Çatışma ve İşten Ayrılma Kavramları Arasındaki İlişkilerin Yapısal Eşitlik Modeli



Bu kapsamda, sinizmin işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisinin ağırlığı (standardized regression weight) 0,68; sinizmin çatışma üzerindeki etkisinin ağırlığı 0,37'dir. Bu sonuçlara göre sinizm derecesi artıkça, işgörenlerde işten ayrılma niyetinin artacağı söylenebilir. Modelde, çatışmanın, sinizim ve işten ayrılma arasında aracı etkisi (mediating effect) görülmüştür. Sonuçta çatışmanın sinizmin işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilediği saptanmıştır. Aracı etkiyi ortaya koymak için öncelikle sinizmin işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisinin ağırlığı 0,75 olarak tespit edilmiştir. Sonrasında çatışma aracı etki olarak modele konulduğunda sinizmin işten ayrılma üzerindeki etkisinin ağırlığı 0,68'e düşmüştür. Sinizim ve çatışmanın birlikte, işten ayrılma niyeti değişkenindeki varyansın %61'ini açıkladığı tespit edilmiştir. Bazı demografik değişkenlere göre analiz sonuçları ise Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Bazı Demografik Değişkenlere Göre ANOVA Tablosu

Değişkenler			Ortalama Farkı	Gruplar Arası p Değeri	F	p
Unvan	Hemşire/Ebe	Doktor	-4,61*	0,011 0,004	8,2	0,000
		Sağlık Teknisyeni	-5,98*			
Eğitim Seviyesi	Lise	Lisans	-4,19*	0,009 0,012	5,5	0,005
		Lisansüstü	-5,22*			
Yaş	41-50	20-30	-5,44*	0,189 0,966	2,9	0,037
		31-40	-4,35			
		50+	2,73			

Tablo 3 doğrultusunda fark analiz sonuçları şu şekildedir:

- Erkeklerin çatışma puanı kadınlara göre daha yüksektir ($p < 0,05$, t : -2,52).

- Yaşı 41-50 olanların siniklik puanı yaşı 20-30 olanlara göre daha düşüktür ($p<0,05$, F: 2,85).
- Lise mezunlarının siniklik puanları lisans ve lisansüstü eğitimlilere göre daha düşüktür ($p<0,01$, F: 5,47).
- Hemşire ve ebelerin siniklik puanları doktor ve sağlık teknisyenlerine göre daha düşüktür ($p<0,001$, F: 8,22).

V. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık sektörü, çok çeşitli meslek gruplarından oluşan karmaşık bir yapıya sahip olduğundan (Bakan ve diğerleri 2014) sinizm ve çatışma gibi kavramlara yönelik alan araştırmalarında önemsenen bir sektördür. Örneğin Akyüz ve Yurduseven (2016), Trabzon'da yaptıkları bir araştırmada sağlık çalışanlarının sinizm boyutunun orta düzeyli olduğunu belirlemiştir. Ayrıca sinizm faktörlerinin cinsiyet ve eğitim faktörlerine göre anlamlı farklılıklar gösterdiğini savunmuşlardır. Benzer şekilde Erdoğan ve Bedük (2013) de Karaman'da yapılan sinizm ile örgütsel vatandaşlığın ilişkilendirildiği bir araştırmada sağlık çalışanlarının sinizm düzeylerinin orta seviyede olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmada da ise sağlık alanında farklı konumda çalışan bireylerin sinizm düzeyleri, kişilerarası çatışma düzeyleri ve işten ayrılma niyetleri ölçülmüş ve bu değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Çalışma sonucunda sinizmin işten ayrılma üzerinde pozitif anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu durum yönetimin kendilerini çıkarları doğrultusunda kullandıklarına inanan siniklerin işten ayrılma niyetlerinin yüksek olduğunu savunan çalışmalarla uyumludur (Tett, Meyer 1993; Eaton 2000; Güzel, Ayazlar 2014; Çağ 2011, Shahzad, Mahmood 2012; Çınar ve diğerleri 2014). Sinizmin çatışma üzerinde de pozitif yönlü bir etkisi olduğu görülmüştür. Bu durum, iki kavramın da ortaya çıkmasındaki temel sebebin amaç ve çıkar farklılıkları olmasıyla açıklanabilir. Analiz sonuçlarına göre sinizm arttıkça kişilerarası çatışma da işten ayrılma niyeti de artmaktadır. Bu sonuçlar çatışmayı belli bir seviyede tutmak ve işten ayrılma niyetini azaltmak için sinizmin sebeplerinin iyi analiz edilmesi ve kök sorunlara inilmesi ile örgütlerdeki sinizmin en aza indirgenmesi gerekliliğini göstermektedir.

Çalışmada çatışmanın sinizmin işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisinde aracı etkisi görülmüştür. Bu sonuca göre çatışma, sinizmin işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisini azaltmaktadır. Çatışmanın sinizmin işten ayrılma niyeti üzerindeki etkisini attırması beklenirken düşürmesi uygulamanın yapıldığı örgütlerde çatışmanın optimum seviyede olduğu ve çatışmaya yönelik açık sistem anlayışı temelli neo-klasik yaklaşım ve etkileşimci yaklaşımda savunulduğu üzere belli bir düzeyde çatışmanın örgütler için faydalı olduğu savıyla açıklanabilir. Bu sonuç; ılımlı çatışmanın, rekabetçilik ve motivasyona katkı sağlayabileceğini; ancak çatışmanın şiddetinin fazla artması durumunda da yıkıcı etkilerinin ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Bu nedenle yöneticilerin çatışmanın örgüt için yarar sağlayacağı ılımlı noktayı geçmesine engel olmak için yararın zarara dönebileceği durumları doğru analiz ederek çatışmayı iyi yönetmesi gerekmektedir.

Değişkenlerin demografik özelliklere göre farklılıkları incelendiğinde de bazı anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. İşten ayrılma niyeti üzerinde herhangi bir demografik faktörün farklılık meydana getirmediği; çatışma üzerinde ise sadece cinsiyetin farklılığa sebep olduğu ve erkeklerin çatışma puanının kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kadın ve erkeklerin sosyal rolleriyle ilgili atıflar, onların kişilerarası ilişkilerinde de etkin olmaktadır. Örneğin, saygılı ve anlayışlı ilişki tarzlarına uygun davranışlar, erkeklerden daha çok kadınlardan beklenmektedir. Kültürel olarak sesiz kalmak ve çatışmadan uzak kalmak

çoğunlukla saygılı, sorunsuz ve uyumlu insanların bir vasfı olarak kabul edildiğinden kadınların daha az çatışması beklenen bir sonuçtur (Koç 2014).

Demografik faktörler, sinizm açısından değerlendirildiğinde ise erkeklerin kadınlardan daha yüksek duyuşsal sinizm bildirdiği çalışmalar (Polatcan, Titrek 2014) olmasına rağmen bu çalışmada cinsiyetin sinizm üzerinde farklılık oluşturduğuna dair herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Benzer şekilde literatüre uygun biçimde medeni durum, departman veya tecrübe değişkenlerinde de sinizm düzeyinde herhangi bir farklılık tespit edilememiştir (Polatcan, Titrek 2014; Yıldız, Şaylıkay 2014). Ancak yaşı 41-50 olanların siniklik puanının yaşı 20-30 olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Kalağan ve Aksu (2010) ve Polatcan ile Titrek (2014), yaşın sinizm üzerinde herhangi bir farklılık oluşturmadığını savunurken; Polat ve Meydan (2010), sinizmin 18-24 yaş ve 55 yaş üzerinde daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır. Öte yandan Yıldız ve Şaylıkay (2014), bu çalışma sonuçlarına zıt şekilde yaş arttıkça duyuşsal sinizmin de arttığı bulgusuna ulaşmıştır. Yaş ilerledikçe yaşanan kötü tecrübelerin biriktirilmesiyle sinizmin artması beklenirken düşmesini çalışanların yıllar geçtikçe uyum kabiliyetlerinin artması ve olumsuz duygu, inanç ve davranışlarının azalması ile açıklamak mümkündür.

Lise mezunlarının siniklik puanlarının da lisans ve lisansüstü eğitimlilere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. (Polatcan, Titrek 2014) sinizmde eğitim açısından herhangi bir fark bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır; ancak Polat ve Meydan (2010), bizim çalışmamızın aksine düşük eğitim düzeyindeki çalışanların daha yüksek sinizme sahip olduğu sonucuna ulaşırken Güzeller ve Kalağan (2008), bu çalışmaya paralel şekilde eğitim ile sinizm arasında pozitif bir ilişki tespit etmiştir. Hemşire ve ebelerin siniklik puanlarının doktor ve sağlık teknisyenlerine göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç, daha yüksek eğitim düzeyindeki çalışanların kariyer beklentilerinin daha yüksek olması, dolayısıyla daha fazla hayal kırıklığı yaşamaları ve bu kötü tecrübeler nedeniyle daha fazla sinik davranış sergilemeleri şeklinde açıklanabilir.

Çalışma sonuçları değerlendirilirken çalışmanın kısıtları da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu çalışmanın kısıtı, Diyarbakır ile sınırlı kalması ve sınırlı sayıda anket uygulanmış olmasıdır. Diğer anket çalışmalarında olduğu gibi objektif değerlendirmelerden çok çalışanların algısına yönelik uygulanan öz bildirim ölçeklerine dayanması da bir başka kısıt gibi gözükse de öznel kavramların ölçümünde halen en değerli yaklaşımların öz-bildirim ölçekleri olduğu da akılda bulundurulmalıdır. Çalışma kamu ve özel hastane karşılaştırması yapılarak geliştirilebilir ve bu farklı yapılara özgü daha özelleştirilmiş öneriler getirilebilir.

KAYNAKÇA

1. Akça C. ve Erigüç G. (2006) Hastane Çalışanlarının Yöneticileri ve Çalışma Arkadaşları ile Yaşadıkları Çatışma Nedenlerine Yönelik Bir Araştırma. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 9(2): 127-153.
2. Akyüz İ. ve Yurduseven N.O. (2016) Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Sinizm Düzeylerinin İncelenmesi. **Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi** 16: 61-76.
3. Alnaçık Ü., Ciğerim E., Akçim K. and Bayram O. (2011) Independent and Joint Effects of Perceived Corporate Reputation, Affective Commitment and Job Satisfaction on Turnover Intentions. **Procedia Social and Behavioral Sciences** 24: 1177-1189.

4. Andersson L. M. (1996) Employee Cynicism: An Examination Using a Contract Violation Framework. **Human Relations** 49(11): 1395-1418.
5. Bakan İ., Erşahan B., Büyükbeşe T. ve Sezer B. (2014) Motivasyon (İçsel ve Dışsal), Yabancılaşma ve Sinizm İlişkisi: Bir Alan Araştırması, **2. Örgütsel Davranış Kongresi Bildiriler Kitabı**, (s:223-230), Kayseri.
6. Bashir S. and Nasir M. (2013) Breach of Psychological Contract, Organizational Cynicism and Union Commitment: A Study of Hospitality Industry in Pakistan. **International Journal of Hospitality Management** 34: 61–65.
7. Beğenirbaş M. ve Çalışkan A. (2014) Duygusal Emegin İş Performansı ve İşten Ayrılma Niyetine Etkisinde Kişilerarası Çarpıklığın Aracılık Rolü. **Business and Economics Research Journal** 5(2): 109-127.
8. Brandes P. (1997) Organizational Cynicism: Its Nature, Antecedents and Consequences. The University of Cincinnati, Dissertation of Doctora of Philosophy, Ohio.
9. Cartwright S. and Holmes N. (2006) The Meaning of Work: The Challenge of Regaining Employee Engagement and Reducing Cynicism. **Human Resource Management Review** 16(2): 199–208.
10. Chiaburu D. S. Peng A. C., Oh I. S., Banks G. and Lomeli L. C. (2013) Antecedents and Consequences of Employee Organizational Cynicism: A Meta-Analysis. **Journal of Vocational Behavior** 83(2): 181-197.
11. Çağ A. (2011) Algılanan Örgütsel Adaletin, Örgütsel Sinizme Ve İşten Ayrılma Niyetine Etkisinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. **Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Afyon.
12. Çınar O., Karcıoğlu F. and Aslan İ. (2014) The Relationships among Organizational Cynicism, Job Insecurity and Turnover Intention: A Survey Study in Erzurum/Turkey. **Procedia - Social and Behavioral Sciences** 150: 429-437.
13. Dean W. J., Brandes P. and Dharwadkar R. (1998) Organizational Cynicism. **The Academy of Management Review** 23(2): 341-352.
14. Eaton, J. A. (2000) A Social Motivation Approach to Organizational Cynicism. **York University, Master of Arts Thesis**, Toronto.
15. Erdoğan P. ve Bedük A. (2013) Örgütsel Sinizm İle Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişki: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. **Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi** 3(6): 17-36.
16. Erdost H. E., Karacaoğlu K. and Reyhanoğlu M. (2007) The Concept of Organizational Cynicism and Being Tested of the Related Scales with a Company in Turkey. **15. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı**, (s:514-524), Sakarya.
17. Güzel B. ve Ayazlar G. (2014) Örgütsel Adaletin Örgütsel Sinizm ve İşten Ayrılma Niyetine Etkisi: Otel İşletmeleri Araştırması. **KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi** 16(26): 133-142.

18. Güzeller C. O. ve Kalağan G. (2008) Örgütsel Sinizm Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlaması ve Çeşitli Değişkenler Açısından Eğitim Örgütlerinde İncelenmesi, **16. Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı**, (s:87-94), Antalya.
19. Haq I. U. (2011) The Impact of Interpersonal Conflict on Job Outcomes: Mediating Role of Perception of Organizational Politics. **Procedia-Social and Behavioral Sciences** 25: 287-310.
20. Kalağan G. and Aksu M. B. (2010) Organizational Cynicism of the Research Assistants: A Case of Akdeniz University. **Procedia-Social and Behavioral Sciences** 2(2): 4820–4825.
21. Karacaoğlu K. ve İnce F. (2012) Brandes, Dharwadkar ve Dean'in (1999), Örgütsel Sinizm Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması: Kayseri Organize Sanayi Bölgesi Örneği. **Business and Economics Research Journal** 3(3): 72-92.
22. Kınır S. (2006) **İşletme Becerileri Grup Çalışması**. Türkmen Kitabevi, İstanbul.
23. Kim S. S., Im J. and Hwangc J. (2015) The Effects of Mentoring on Role Stress, Job Attitude and Turnover Intention in the Hotel Industry. **International Journal of Hospitality Management** 48: 68–82.
24. Koç B. (2014) Kişilerarası İlişki Tarzlarının Saldırganlık ile İlişkisi. **Uluslararası Türkçe Edebiyat Kültür Eğitim Dergisi** 3(4): 160-182.
25. Liu J. Y. C, Chen H. G., Chen C. C. and Sheu T. S. (2011) Relationships among Interpersonal Conflict, Requirements Uncertainty, and Software Project Performance. **International Journal of Project Management** 29(5): 547–556.
26. Mulki J. P., Jaramillo F., Goad E. A. and Pesquera, M. R. (2014) Regulation of Emotions, Interpersonal Conflict and Job Performance for Salespeople. **Journal of Business Research** 68(3): 623-630.
27. Peker Ö. ve Aytürk N. (2002) **Yönetim Becerileri**. Yargı Yayınevi, Ankara.
28. Polat M. ve Meydan C. H. (2010) Örgütsel Özdeşleşmenin Sinizm ve İşten Ayrılma Niyeti ile İlişkisi Üzerine Bir Araştırma. **Savunma Bilimleri Dergisi** 9(1): 145-172.
29. Polatcan M. and Titrek O. (2014) The Relationship between Leadership Behaviors of School Principals and Their Organizational Cynicism Attitudes. **Procedia - Social and Behavioral Sciences** 141: 1291–1303.
30. Schumacker R. E. and Lomax R. G. (2004) **Beginner's Guide to Structural Equation Modeling**. Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey.
31. Shahzad A. and Mahmood Z. (2012) The Mediating-Moderating Model of Organizational Cynicism and Workplace Deviant Behavior: Evidence from Banking Sector in Pakistan. **Middle-East Journal of Scientific Research** 12(5): 580-588.
32. Sığı Ü. ve Gürbüz S. (2015) **Örgütsel Davranış**. Beta Yayınları, İstanbul.

33. Tett R. and Meyer J. (1993) Job Satisfaction, Organizational Commitment, Turnover Intention, and Turnover: Path Analyses Based on Meta-Analytic Findings. **Personnel Psychology** 46(2): 259-293.
34. Tutar H. (2016) **Örgütsel Davranış**. Detay Yayıncılık, Ankara.
35. Walsh J. P., Ashford S. J. and Hill T. E. (1985) Feedback Obstruction: The Influence of the Information Environment on Employee Turnover Intention. **Human Relations** 38(1): 23-46.
36. Wong C. A. and Laschinger H. K. S. (2015) The Influence of Frontline Manager Job Strain on Burnout, Commitment and Turnover Intention: A Cross-Sectional Study. **International Journal of Nursing Studies** 52(12): 1824–1833.
37. Yıldız K. (2013) Örgütsel Bağlılık ile Örgütsel Sinizm ve Örgütsel Muhalefet Arasındaki İlişki. **Turkish Studies - International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic** 8(6): 853-879.
38. Yıldız S. and Şaylıkay M. (2014) The Effect of Organisational Cynicism of Alienation. **Procedia - Social and Behavioral Sciences** 109: 622-627.

Sağlık Kurumları Yöneticilerinin Profesyonellik Düzeyinin Belirlenmesi

Süleyman İNEL*
Yasemin AKBULUT**

ÖZ

Bu çalışma, sağlık kurumları yöneticilerinin profesyonellik düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu amaçla, kamu ve özel sektörde farklı düzeylerde görev yapan sağlık kurumları yöneticilerinin profesyonellik düzeyi saptanmış, profesyonellik düzeyini etkileyen mesleki ve kişisel özellikler arasındaki ilişki incelenmiş ve profesyonellik düzeyinin artırılmasına yönelik öneriler geliştirilmiştir. Araştırmada örneklem seçilmemiş, Sağlık İdarecileri Derneği web sayfasına üye, 374 kişi araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmada Swailes (2003) tarafından geliştirilen, Profesyonellik Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 218 yönetici tarafından cevaplanmış, evrenin %58,28'ine ulaşılmıştır. Araştırma bulgularına göre kadın yöneticilerin erkek yöneticilere, lisansüstü öğrenim görenlerin, lisans mezunlarına kıyasla daha yüksek profesyonellik puanına sahip olduğu saptanmıştır. Kadro unvanlarına göre en yüksek profesyonellik puanına başmüdür unvanı ile çalışan yöneticiler sahiptir. Ayrıca mesleğini bilinçli olarak seçen sağlık kurumları yöneticilerinin seçmeyenlere kıyasla daha yüksek toplam profesyonellik puanına sahip oldukları bulunmuştur. Toplam profesyonellik puanı üzerinde mesleğin bilinçli seçimi ile öğrenim düzeyinin etkili olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, lisansüstü öğrenim olanaklarının artırılması, mesleğin bilinçli seçimi konusunda faaliyetlerde bulunulması, mesleki etik kodların oluşturulması, meslek örgütleri ve eğitim kurumlarının bu süreçte daha etkin rol almasının sağlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Meslek, Profesyonel Özellikler, Profesyonelleşme, Sağlık Kurumları Yönetimi

Determining the Level of Professionalism of Health Care Managers

ABSTRACT

The aim of the study is to determine the level of professionalism of health care managers. For this purpose, the level of professionalism of health care managers working at different levels in the public and private sectors was determined, the relationship between professional and personal characteristics affecting the level of professionalism was examined and suggestions for increasing the level of professionalism were developed. In the study, no sample was selected, 374 people who were members of the Health Care Administrators Organization's website, were included in the research. The Professionalism Scale developed by Swailes (2003) was used. The scale was answered by 218 managers, 58.28% of the universe was reached. According to research findings, it was determined that female managers have higher professionalism scores than male managers; graduate managers have higher professionalism scores than undergraduate managers. According to the title of position, managers working in the university hospitals possess highest professionalism scores. In addition, it was found that health care managers who consciously selected their occupation have a higher total professionalism score than those who did not. The conscious choice of the profession and the level of education were found to be effective on the total professionalism score. As a result, it is suggested that increased opportunities for graduate studies, prior informed choice of the profession, creation of professional codes of ethics, and taking more active roles in professional organizations and educational institutions in this process will increase the level of professionalism of the health care managers.

Keywords: Profession, Professional Attributes, Professionalism, Health Care Management

* Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Uzmanı, Isparta İl Sağlık Müdürlüğü, suleymaninel@hotmail.com

**Doç. Dr., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, akbulut@health.ankara.edu.tr

I. GİRİŞ

Meslek, belirli düzeyde beceri, teorik bilgi, eğitim ve diploma gerektiren, niteliği toplumdan topluma değişmekle beraber yüksek statü, itibar ve gelir kazandıran etkinlikler bütünü olarak tanımlanmaktadır. Meslek, insanın hayatı boyunca duyacağı ruhi tatmin ve tatminsizlik, mutluluk-mutsuzluk, bağımlılık-bağımsızlık ve kendini gerçekleştirme duygularında rol oynayan en büyük etkenlerden birisidir. Mesleklerin gelişmediği yerlerde, diğer bütün sosyal müesseselerin de ilerlemediği ve insan hayatının her safhasının düşük bir seviyede kaldığı ifade edilmektedir (Dayı 2007). Meslek, geleneksel içeriğiyle, uzun vadeli ve genelde ömür boyu bir proje olarak benimsenir. Bu nedenle genel olarak, yaşam tarzının önemli bir tayin edicisidir. Bireysel yaşamı sadece ekonomik yönden değil, diğer yönlerden de derinlikli olarak etkiler. Gerçekte, ekonomik katkısının yanı sıra; statü kaynağı olması, bireyin bedensel ve zihinsel gelişimini etkilemesi, hayata bakış açısını, tutum ve davranışlarını biçimlendirmesi, topluma katılımını ve ona entegre olmasını sağlayıcı işlev görmesi, mesleğin merkezi niteliğini açıklar. Meslek genel olarak toplumsal gerçekliğin önemli bir bölümüne tekabül eder ve genellikle yanıltıcı biçimde salt geçim amaçlı ekonomik aktiviteler toplamının çok ötesinde konumlanır (İlhan 2008). Meslek sahibi olmak, sosyolojik olarak çeşitli sonuçlar doğurur. Toplumda tanınan bir meslek sahibi olmak, birçok prestiji beraberinde getireceği gibi üyelerine de birçok ayrıcalık; sosyal, ekonomik, yasal ve politik üstünlükler sağlar. Bu yüzden yeni ortaya çıkan iş grupları, bir meslek olarak tanınmak için önemli çaba sarf eder (Arslan 2001).

Meslek statüsü, genellikle bir sürecin sonucunda elde edilir fakat her uğraşın meslek olacağı ve tüm iş kollarında aynı ölçüde profesyonelleşme yaşanacağını söylemek mümkün değildir. “Profession” kavramından türeyen profesyonelleşme (professionalisation), dar anlamıyla bir uğraşın meslekleşmesini ifade eden, aynı zamanda içinde toplumsallaşma ve ussallaşmayı barındıran bürokratikleşme, endüstrileşme benzeri, birbirleriyle sürekli etkileşim içinde bulunan diğer dinamik süreçleri ve çağcıl insanın eylemlerini biçimlendiren önemli bir olgudur. Bilgi ve beceri düzeyinin artması, çalışma yaşamına yönelik düzenlemelerin objektif standartlar temelinde oluşturulmaya başlaması ve buna dayanarak lisans, sertifika sisteminin yerleşmesi, hizmet sektörünün genişlemesi profesyonelleşme sürecini yaratan nedenlerden bazılarıdır (Karasu 2001). Millerson (1964) profesyonel meslek için şöyle bir tanım geliştirmiştir. *“Öznel ve nesnel açılardan geçerliliği tanınmış mesleki statüye sahip, iyi tanımlanmış bir çalışma ya da sorun alanı olan, ileri bir eğitim ve öğretim sürecinden sonra belirli bir hizmet veren, yüksek kalitede ve kol gücüne dayanmayan bir meslektir”*. Wilensky’e (1964) göre profesyonel mesleğin sahip olması gereken bazı özellikler vardır. Bir süreç olarak kabul edildiğinde bu özellikler; mesleğin tam zamanlı hale gelmesi, eğitim alanı açılması, profesyonel meslek ile ilgili ulusal bir dernek kurulması, yasal bir destek kazanmak için çaba harcanması, etik kuralların belirlenmesidir.

Yönetimin bir meslek olarak tanımlanma süreci yönetimin bilim olarak tartışılmaya başladığı 19. yüzyılda ortaya çıkmıştır. Diğer tüm uygulama alanları gibi yönetmek de bir sanat sayılmaktadır. Bu sanatı icra eden yöneticiler, yönetim hakkında birikmiş bilgidен yararlanmak suretiyle daha çok başarılı olabilir. Belli bir alandaki bilgi birikiminin kesinliği ve gelişmişliği hangi düzeyde olursa olsun, bu birikimin açık, iyi düzenlenmiş ve uygulamaya ilişkin olduğu ölçüde bir bilim olduğu öne sürülür. Dolayısıyla uygulama olarak yönetim bir sanat, bu uygulamanın temelini oluşturan düzenli bilgi birikimi ise bir bilimdir. Bu kapsamda bilim ve sanat birbirini tamamlayıcı nitelikte olmaktadır (Sarvan 1995). Sağlık yönetimi/sağlık kurumları yönetimi bilim alanı ve mesleği de bu gerçeklikten yola çıkılarak değerlendirilebilir. Sağlık İdaresi Programları Birliği (AUPHA) (2003) sağlık yönetimini, *“tıbbi bakım ve sağlıklı çevre taleplerinin bireylere, örgütlere ve topluma belli hizmet sağlayarak karşılanmasını olanaklı kılan kaynak ve süreçlerin planlanması, örgütlenmesi, yönlendirilmesi ve denetlenmesi”* olarak tanımlamaktadır (Esatoğlu, Kılıç 2008). Amerika

Birleşik Devletleri'nde sağlık kurumları yöneticiliği iyi yerleşmiş ve tanınmış bir meslek halini almıştır. Bu mesleğin mensupları, halka sağlık hizmeti sağlayan tıbbi bakım sistemi içinde nasıl bir rol aldıklarına bağlı olarak, hastane yöneticisi, sağlık planlamacısı, bakımevi yöneticisi, klinik yöneticisi, tıbbi bakım yöneticisi gibi çeşitli unvanlar altında çalışmaktadır (Sarvan 1995). Mesleklerin incelenmesinde önceleri "meslek nedir?" sorusuna cevap aranmıştır. Fakat sonraki çalışmalarda bu sorunun yerini profesyonelleşme süreci ve profesyonellik düzeyi almıştır (Karasu 2001). Bu çalışmada, Türkiye'de kamu ve özel sektörde görev yapan sağlık kurumları yöneticilerinin profesyonellik düzeyini belirleyerek, yöneticilerin profesyonellik düzeyinin geliştirilmesine katkı verilmesi amaçlanmıştır. Bu açıdan çalışmanın özgün bir niteliği olduğu söylenebilir.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, hipotezler, evren ve örneklem, veri toplama aracı ve verilerin analizine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma farklı yönetsel kademelerde görev yapan sağlık kurumları yöneticilerinin profesyonellik düzeyini belirlemek, profesyonellik düzeyinin kişisel ve mesleki özelliklere göre farklılıklarını ortaya koymak, profesyonellik düzeyini etkileyen faktörleri saptamak amacı ile yapılmıştır. Araştırmanın amaçlarına uygun olarak aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

- H₁:** Sağlık kurumları yöneticilerinin yaş gruplarına göre profesyonellik puan ortancaları istatistiksel olarak önemli farklılık göstermektedir.
- H₂:** Sağlık kurumları yöneticilerinin cinsiyetine göre profesyonellik puan ortancaları istatistiksel olarak önemli farklılık göstermektedir.
- H₃:** Sağlık kurumları yöneticilerinin öğrenim düzeyine göre profesyonellik puan ortancaları istatistiksel olarak önemli farklılık göstermektedir.
- H₄:** Sağlık kurumları yöneticilerinin yöneticilikte geçen hizmet süresi göre profesyonellik puan ortancaları istatistiksel olarak önemli farklılık göstermektedir.
- H₅:** Sağlık kurumları yöneticilerinin kadro unvanına göre profesyonellik puan ortancaları istatistiksel olarak önemli farklılık göstermektedir.
- H₆:** Sağlık kurumları yöneticilerinin mesleklerini bilinçli seçme durumuna göre profesyonellik puan ortancaları istatistiksel olarak önemli farklılık göstermektedir.
- H₇:** Sağlık kurumları yöneticilerinin meslekleri ile ilgili herhangi bir dernek ya da birliğe üye olup olmama durumuna göre, profesyonellik puan ortancaları istatistiksel olarak önemli farklılık göstermektedir.
- H₈:** Sağlık kurumları yöneticilerinin profesyonellik toplam ve alt boyut puanları ile yaş, öğrenim düzeyi, yöneticilikte geçen hizmet süresi, kadro unvanı, mesleğin bilinçli seçimi, meslekle ilgili herhangi bir derneğe üye olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki vardır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Sağlık İdarecileri Derneği web sayfasına kayıtlı, sağlık idaresi, sağlık yönetimi, sağlık kurumları yöneticiliği veya sağlık kurumları işletmeciliği alanlarında en az lisans düzeyinde öğrenim görmüş, özel ve kamu sağlık kurumlarında farklı yönetsel kademelerde görev yapan 374 yönetici oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş, evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmada, 218 anketin geri dönüşü sağlanarak evrenin %58,3'üne ulaşılmıştır.

2.3. Sınırlılıklar

Araştırmada Sağlık İdarecileri Derneği web sayfasına üye ve güncel iletişim bilgilerine erişilebilen sağlık kurumları yöneticilerini kapsamaktadır. Web sayfasına üye olmayan sağlık idaresi ve sağlık yönetimi alan mezunu yöneticilerin araştırma dışında kalmış olması, araştırmanın sınırlılığı olarak değerlendirilebilir.

2.4. Veri Toplama Aracı ve Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında, anket yöntemi kullanılmıştır. Anket üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm, katılımcılara ait kişisel bilgilere ait beş, ikinci bölüm mesleki bilgilerin yer aldığı üç sorudan oluşmaktadır. Üçüncü bölümde, katılımcıların profesyonellik düzeylerini belirlemeye yönelik Profesyonellik Ölçeği yer almaktadır. Araştırmada kullanılan Profesyonellik Ölçeği, Swales (2003) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Seçer (2008) tarafından yapılmış, Türkiye'de doktorlar, akademisyenler ve avukatlar üzerinde uygulanmıştır.

Ölçek profesyonellik düzeyini belirlemeye yönelik yirmi bir soru ve beş boyuttan oluşmaktadır. Boyutlar, mesleki özdeşim, özerklik, mesleki ideoloji, mesleki kimlik ve mesleğin kendi kendini denetleyebilmesidir. Boyutlar ve ölçekteki madde numaraları Tablo 1'de verilmektedir. *Mesleki özdeşim*, bireyin kim olduğunun farkına varması yani mesleki kimliğini algılaması suretiyle, mesleki kimliğin öngördüğü şekilde davranmayı ve davranışlarını şekillendiren bakış açılarını benimsemesi olarak ifade edilebilir. *Mesleki özerklik*, rutin iş faaliyetleri ve kararları üzerinde kontrol ve iş süreçlerinde yaratıcı olma özgürlüğünü ifade eden, hem bir duygu hem de bir yapısal özelliktir (Seçer 2008). *Mesleki ideoloji*, inançlarda ifadesini bulan ve mesleki faaliyetlerin mantığı ile mesleki taleplerin haklılığını açıklamak gibi belirli bir amacı gerçekleştirmeye yönelmiş düşünceler topluluğu olduğu söylenebilir. *Mesleki kimlik*, bireyin kim olduğunu belirten başlıca özelliğidir. Birey mesleki kimliği sayesinde, sosyal çevresinden saygı görür ve toplumda bir yer edinir (Seçer 2008). *Mesleğin kendi kendini denetlemesi*, bir uygulayıcının meslektaş kontrolünün ana fikrine olan inancını göstermektedir. Böyle bir inanca sahip olan bireyler, mesleklerinde ihtiyaç duyulan uzmanlaşmış bilginin durumuna bağlı olarak, dışarıdakilerin değil sadece meslektaşlarının yaptıkları iş hakkında hüküm verebileceğini savunur (Snizek 1972).

Profesyonellik Ölçeği, 1- hiç katılmıyorum, 5- tamamen katılıyorum olmak üzere 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçek toplam puanı en düşük 21, en yüksek 105 olarak hesaplanmaktadır. Alt boyutlarda soru sayısına göre en düşük ve en yüksek puanlar ise; mesleki özdeşim boyutu en düşük 5, en yüksek 25 puan; özerklik boyutu en düşük 4, en yüksek 20 puan, mesleki ideoloji boyutu en düşük 4, en yüksek 20 puan; mesleki kimlik boyutu en düşük 4, en yüksek 20 puan, mesleğin kendi kendini denetlemesi boyutu en düşük 4, en yüksek puan 20 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekteki 1, 3, 5, 7, 9, 16, 17, 19, 20, 21 numaralı sorular ters kodlanarak analize dahil edilmektedir.

Tablo 1. Profesyonellik Ölçeği Boyutları ve Madde Numaraları

Boyutlar	Madde Numaraları
Mesleki özdeşim	1, 2, 3, 4, 5
Özerklik	6, 7, 8, 9
Mesleki ideoloji	10, 11, 12, 13
Mesleki kimlik	14, 15, 16, 17
Mesleğin kendi kendini denetlemesi	18, 19, 20, 21

Ölçeğin Swailes (2003) tarafından yapılan güvenilirlik analizinde, boyutlara göre cronbach alpha değerleri; mesleki ideoloji 0,83; özerklik 0,81; mesleki kimlik 0,75; mesleğin kendi kendini düzenleyebilmesi 0,69; mesleki özdeşim 0,64 ve toplam güvenilirlik değeri 0,77 olarak bulunmuştur. Seçer (2008) araştırmasında (n=347), ölçeğin toplam cronbach alpha değeri 0,76 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alpha değeri 0,76 olarak hesaplanmıştır.

Anketlerin uygulanabilmesi için Sağlık İdarecileri Derneği'nden izin alınmıştır. Anket formları web tabanlı olarak Dernek web sayfası üzerinden hazırlanarak, 374 kişinin bireysel elektronik posta adreslerine Sağlık İdarecileri Derneği e-posta servisi tarafından gönderilerek erişimleri sağlanmıştır. Elektronik postalarda araştırmanın amacı açıklanmış, araştırmaya katılımın gönüllü olduğu belirtilmiştir. İlerleyen tarihlerde bireysel e-posta adreslerine bir ay ara ile dört kez daha elektronik posta gönderilmiş, veri tabanında telefon numaraları kayıtlı olan ve ulaşılabilen katılımcılara araştırmaya katılım konusu hatırlatılmıştır.

İnternet aracılığıyla verilerin toplandığı bu çalışmada, internet kullanımının yarar ve sakıncalarından söz etmek yerinde olacaktır. İnternet aracılığı ile anket uygulamanın en önemli yararı, farklı coğrafi alanlardan çok sayıda kişiye ulaşabilmeyi sağlamasıdır. Geleneksel anketler ile karşılaştırıldığında elektronik anketler daha yüksek geri dönüş oranına sahiptir. Araştırmacı için anket bastırma, postalama, veri toplama ve geri toplama gibi süreçler ortadan kalkmakta, böylece maddi ve zaman tasarrufu sağlamaktadır. Son olarak, anket verileri elektronik ortamda toplanmakta, böylece veri girişindeki muhtemel hatalar ortadan kalkmaktadır. İnternet anketlerinin bazı olumsuz yönleri de bulunmaktadır. İlk olarak, internet kullanıcılarının ortalaması genel popülasyonu temsil etmeyebileceğinden, yanlış bir örneklem seçilmesine neden olabilir. İkinci olarak, elektronik anketlere kontrolsüz erişim, popülasyonu temsil etmeyen katılımcıların ankete katılması durumunu ortaya çıkarabilmektedir. Bu sorun, internet anketine bazı hedef grupların erişim izni verilmesi ile azaltılabilir. Üçüncü olarak, katılımcının ankete sayısal giriş yapması gerekirken, metin biçiminde yanlış giriş yapması gibi sorunlar yaşanabilmektedir. İnternet anketleri, veri kalitesi açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların geleneksel anketlere göre daha fazla soruyu boş bıraktığı belirtilmektedir. Yukarıda sayılan sorunların çoğu, anket sitesinin sadece hedef gruba duyurulmasıyla en aza indirilebilecektir (Seçer 2008). Bu çalışmada internet araştırmalarının olumsuz yönleri en aza indirebilmek için sadece araştırma kapsamına giren katılımcıların ankete erişimleri sağlanmıştır.

2.5. Verilerin Analizi

Bu çalışmada literatürde skorlar üzerine yapılan değerlendirme ve sıralama ölçeklerine uygun verilerin değerlendirmelerinde kullanılan non-parametrik test istatistikleri kullanılmıştır. Nonparametrik testler ordinal ölçeklere uygulanan sıralama puanları üzerinden işlem yapan esnek testlerdir. Barbie (1998) sosyal bilimlerde ölçeklerin kullanım alanı ve bu ölçeklere uygulanacak istatistiksel test teknikleri konusundaki çalışmasında sıralı verilerde merkezi eğilim ölçüsü olarak ortanca kullanılması ve non-parametrik test istatistiklerinin (Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Sıra Testi, Medyan Testi v.b. farklılık analizlerinde, Spearman, Kendal v.b ilişki analizlerinde) uygulanması gerektiğini vurgulamaktadır (Karagöz, Ekici 2004). 5'li likert tipi ölçeklerde "kesinlikle katılmıyorum (1)" ile "katılmıyorum (2)" diyen kişilerin düşünceleri arasındaki farkın, "katılıyorum (4)" ile "kesinlikle katılıyorum (5)" diyen kişilerin düşünceleri arasındaki fark ile sayısal olarak eşit olsa bile düşünsel/psikolojik olarak eşit olamayacağı ve bir sıralama ölçeği olduğu ifade edilmektedir (Toy, Tosunoğlu 2007).

Araştırmada profesyonellik puan ortancalarının cinsiyet, öğrenim durumu, meslek derneği veya birliğine üyelik ve mesleği bilinçli seçip seçmeme arasındaki farkın istatistiksel

olarak önemli olup olmadığının değerlendirilmesinde Mann-Whitney U (MWU) testi kullanılmıştır. Bu test, bağımsız örnekler için kullanılan t-testlerinin parametrik olmayan alternatifi olup, iki grubun ortalamalarını karşılaştırmak yerine ortancalarının karşılaştırılmasını içermektedir. Sürekli değişkenlerin iki grup içerisinde değerlerini sıralı hale dönüştürerek, gruplar arasındaki sıralamanın farklı olup olmadığını incelemektedir (Albayrak 2006). Profesyonellik puan ortancalarının yaş, yöneticilikte geçen hizmet süresi ve kadro unvanları arasındaki farkın değerlendirilmesinde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak önemlilik saptandığında gruplar arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacı ile MWU testi uygulanmıştır. Bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır. Spearman Korelasyon katsayısı değişkenlere ilişkin değerlerin sıra değeri olarak verildiği durumlarda kullanılmaktadır (Büyüköztürk 2002). Korelasyon katsayısı değişkenler arasındaki ilişkinin düzeyini, miktarını ve yönünü açıklayan sayıdır. Değeri -1 ile +1 arasında değişmektedir. Korelasyon katsayısı sıfırdan büyük ise ilişki pozitif ve aynı yönlüdür, sıfırdan küçük ise ilişki negatif ve ters yönlüdür. İlişkinin kuvveti değer 1'e yaklaştıkça artar, 0'a yaklaştıkça azalır (Özdemir 2008; Büyüköztürk 2002). Korelasyon analizi neticesinde korelasyonu yüksek olan ve literatürde profesyonellik düzeyi toplam puanını etkilediği saptanan değişkenler Çoklu Regresyon Analizi ile değerlendirilmiştir. Regresyon analizi, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki görece önemliliğini saptamak ve bağımlı değişkende gözlenen değişimin ne kadarını bağımsız değişken ya da değişkenlerin açıkladığını ortaya koymak üzere yapılmaktadır (Büyüköztürk 2002). Bağımsız değişkenlerin arasında ilişki olup olmadığı çoklu doğrusal bağlantı ile, hata terimleri arasındaki ilişki oto korelasyon kontrol edilmiştir. Çoklu doğrusal bağlantı değerini gösteren Variance inflation factors (VIF) 10 dan küçük ve tolerans değerinin 0,1 den büyük olması gerekmektedir. Oto korelasyon değerini gösteren Durbin-Watson değerinin 1,5 ile 2,5 arasında yer alması gerekmektedir (Kalaycı 2010).

III. BULGULAR

Araştırma sonucunda sağlık kurumları yöneticilerinin kişisel ve mesleki özellikleri ile profesyonellik düzeylerine ilişkin bulgular iki başlık altında sunulmakta ve hipotezler test edilmektedir.

3.1. Sağlık Kurumları Yöneticilerinin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan sağlık kurumları yöneticilerinin %84,9'unun erkek; %38,2'si 35 yaş ve altında olduğu saptanmıştır. Araştırma grubunun %71,6'sı lisans düzeyinde öğrenime; %54,2'si 1-10 yıl arasında yöneticilik deneyimine sahiptir. Yöneticilerin %38,5'inin hastane müdür yardımcısı, %61'inin mesleği ile ilgili bir derneğe üye olduğu; %61,9'unun mesleğini bilinçli olarak seçtiği bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırma Grubunun Kişisel ve Mesleki Özellikleri (n= 218)

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Erkek	185	84,9
	Kadın	33	15,1
Yaş	35 Yaş ve altı	83	38,2
	37-44	65	29,8
	45-52	47	21,5
	53 yaş ve üstü	23	10,5
Öğrenim Durumu	Lisans	156	71,6
	Lisans Üstü	62	28,4
Yöneticilikte Geçen Hizmet Süresi	1-10	118	54,2
	11-20	63	28,9
	21 ve üzeri	37	16,9
Kadro Unvanı	Hastane Müdürü	66	30,3
	Hastane Müdür Yardımcısı	84	38,5
	Hastane Başmüdürü	10	4,6
	Özel Sağlık Kurumlarında Farklı Düzeyde Yönetici*	25	11,5
	Gece İdarecisi	33	15,1
Mesleğin Bilinçli Olarak Seçilme Durumu	Evet	135	61,9
	Hayır	83	38,1
Meslekle İlgili Herhangi Bir Derneğe Üyelik	Var	133	61,0
	Yok	85	39,0

*Destek Hizmetleri Müdürü, İnsan Kaynakları Müd., Medikal Muhasebe Müd., Mali Hizmetler Müd., Hastane Genel Müd.Yrd., Satın Alma ve Depolama Müd., Kurumsal Pazarlama ve Satış Sorumlusu olarak görev yapan sağlık kurumları yöneticilerini kapsamaktadır.

3.2. Sağlık Kurumları Yöneticilerinin Profesyonellik Düzeyine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan sağlık kurumları yöneticilerinin mesleğe ilişkin tutumlarını sorgulayan yirmi bir soruya verdikleri puanlardan elde edilen toplam profesyonellik ile alt boyutlara göre puan ortancaları Tablo 3 de verilmektedir. Buna göre ölçekten alınabilecek en yüksek puan 105 iken, araştırma grubunun toplam profesyonellik puan ortancası 63,00'dür. Alt boyutlar incelendiğinde, mesleki özdeşim boyutu puan ortancası 18,00, özerklik boyutu puan ortancası 12,00, mesleki ideoloji boyutu puan ortancası 12,00, mesleki kimlik boyutu puan ortancası 12,00 ve mesleğin kendi kendini denetlemesi boyutu puan ortancası 10,00 olarak saptanmıştır.

Tablo 3. Araştırma Grubunun Toplam Profesyonellik Puanı ve Boyut Puanları

Boyutlar	Ortanca	Min.	Max.
Mesleki Özdeşim	18,00	5,00	25,00
Özerklik	12,00	4,00	20,00
Mesleki İdeoloji	12,00	4,00	20,00
Mesleki Kimlik	12,00	4,00	20,00
Mesleğin Kendi Kendini Denetlemesi	10,00	4,00	19,00
Toplam Profesyonellik Puanı	63,00	33,00	92,00

Sağlık kurumları yöneticilerinin profesyonellik düzeyinin kişisel ve mesleki özelliklere göre farklılıkları Tablo 4'de sunulmaktadır. Buna göre, profesyonellik puanının cinsiyete göre karşılaştırılmasında, Mann-Whitney U testi kullanılmış, $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir

farklılık olduğu saptanmıştır. Analiz sonucuna göre, kadın yöneticilerin toplam profesyonellik puan ortancaları, erkek yöneticilerden daha yüksektir. Yaş gruplarına göre yapılan karşılaştırmada Kruskal-Wallis tek yönlü varyans analizi uygulanmış, değerlendirme sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Profesyonellik puanının öğrenim düzeyine göre karşılaştırılmasında, Mann-Whitney U testi kullanılmış, $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Öğrenim düzeyinin artması, profesyonellik puanını artırmaktadır. Yöneticilikte geçen hizmet süresine göre yapılan karşılaştırmada, Kruskal-Wallis tek yönlü varyans analizi kullanılmış, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Profesyonellik puanının kadro unvanlarına göre karşılaştırılmasında, Kruskal-Wallis tek yönlü varyans analizi kullanılmış, $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesinde post-hoc olarak uygulanan Mann-Whitney U testine göre profesyonellik puanı ile kadro unvanları arasında $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı farkı yaratan hastane müdür yardımcısı ile hastane başmüdürü ($p = 0,008$) ve özel sektörde farklı düzeyde yöneticilik yapanlar ile gece idarecileri ($p = 0,002$) arasındaki farkın olduğu bulunmuştur. Değerlendirme sonuçlarına göre hastane başmüdürü unvanı ile görev yapanların en yüksek puan ortancasına sahip olduğu gözlenmektedir. Profesyonellik puanının mesleğin bilinçli seçimine göre karşılaştırılmasında, Mann-Whitney U testi kullanılmış, $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Mesleği bilinçli olarak seçenlerin puan ortancaları, seçmeyenlere göre daha yüksektir. Profesyonellik puanının meslek derneğine üyelik durumuna göre karşılaştırılmasında, Mann-Whitney U testi kullanılmış, $p < 0,05$ düzeyinde meslek derneğine üyelik durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Meslek derneğine üyeliğin sağlık kurumları yöneticiliği açısından tutumsal bir farklılık yaratmadığı gözlenmektedir. Yapılan analizler sonucunda, H_1 , H_3 , H_5 , H_6 numaralı hipotezler kabul edilmiş; H_2 , H_4 , H_7 numaralı hipotezler reddedilmiştir.

Tablo 4. Araştırma Grubunun Kişisel ve Mesleki Özelliklerine Göre Profesyonellik Düzeyi

Özellikler	n= 218	Ortanca	Test değerleri KWX ² /MWU	p değerleri*
Cinsiyet				
Erkek	185	62,00	2292,50	0,023
Kadın	33	67,00		
Yaş				
36 yaş ve altı	83	64,00	2,540	0,468
37-44	65	60,00		
45-52	47	64,00		
53 yaş ve üstü	23	60,00		
Öğrenim Düzeyi				
Lisans	156	62,00	3943,50	0,034
Lisansüstü	62	65,50		
Yöneticilik Süresi				
1-10	118	63,00	5,229	0,073
11-20	63	66,00		
21 yıl üzeri	37	59,00		
Kadro Unvanı				
Hastane Müdürü	66	64,00	17,103	0,002
Hastane Müd.Yard.	84	60,50		
Hastane Başmüd.	10	71,00		
Özel Sağlık Kurum.Yönetici	25	67,00		
Gece İdarecisi	33	60,00		
Mesleğin Bilinçli Seçimi				
Evet	135	65,00	3820,50	0,000
Hayır	83	60,00		
Meslek Derneğine Üyelik				
Var	133	63,00	5566,50	0,850
Yok	85	63,00		

*p<0,05

Sağlık kurumları yöneticilerinin profesyonellik toplam ve alt boyut puanları ile yaş, öğrenim düzeyi, yöneticilikte geçen hizmet süresi, kadro unvanı, mesleğin bilinçli seçimi, meslekle ilgili herhangi bir derneğe üye olup olmama durumu arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişkinin test edilmesinde Sperman korelasyon analizi kullanılmış, elde edilen bulgular Tablo 5 de sunulmuştur. Buna göre; toplam profesyonellik ve öğrenim düzeyi arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,144$; $p=0,033<0,05$). Mesleki özdeşim boyutu ve öğrenim düzeyi arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,187$; $p=0,006<0,05$). Toplam profesyonellik ve mesleğin bilinçli olarak seçilme durumu arasında zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=-0,268$; $p=0,000<0,05$). Mesleki özdeşim boyutu ve mesleğin bilinçli olarak seçilme durumu arasında zayıf, negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,321$; $p=0,000<0,05$). Yaş, yöneticilikte geçen hizmet süresi, kadro unvanı ve derneğe üyelik durumu ile toplam profesyonellik ve boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Analiz sonucunda mesleğin bilinçli olarak seçimi ve öğrenim düzeyinin artmasının toplam profesyonellik düzeyini ve mesleki özdeşimi artırdığı saptanmıştır. Buna göre; H_8 numaralı hipotez kabul edilmiştir.

Tablo 5. Bağımsız Değişkenler ile Profesyonellik Düzeyi arasında Korelasyon Analizi

		Yaş	Öğrenim Düzeyi	Yöneticilikte Geçen Hizmet Süresi	Kadro Ünvanı	Mesleğin Bilinçli Olarak Seçilme Durumu	Meslekle İlgili Bir Derneğe üyelik
Toplam Profesyonellik	r	-0,053	0,144	-0,076	-0,017	-0,268	0,013
	p	0,439	0,033	0,266	0,807	0,000	0,850
Mesleki Özdeşim	r	0,006	0,187	-0,002	0,004	-0,321	-0,043
	p	0,926	0,006	0,982	0,955	0,000	0,532
Özerklik	r	-0,106	-0,002	-0,089	-0,034	-0,127	-0,047
	p	0,120	0,971	0,189	0,617	0,061	0,491
Mesleki İdeoloji	r	-0,086	0,090	-0,088	0,131	-0,104	0,073
	p	0,206	0,188	0,195	0,054	0,125	0,281
Mesleki Kimlik	r	0,020	0,054	0,013	-0,013	-0,066	0,017
	p	0,772	0,428	0,853	0,851	0,331	0,808
Mesleğin Kendi Kendini Denetlemesi	r	0,050	0,028	0,031	-0,115	-0,067	0,050
	p	0,458	0,681	0,650	0,092	0,322	0,467

Araştırma grubunun profesyonellik düzeyine etkisi olan bağımsız değişkenlerin saptanması amacıyla yapılan çok değişkenli regresyon analizine, korelasyon analizindeki anlamlılıkları temel alınarak öğrenim düzeyi ve mesleğin bilinçli ya da bilinçsiz seçimi dahil edilmiştir (Tablo 6). Öğrenim düzeyi, mesleğin bilinçli olarak seçilme durumu ile toplam profesyonellik arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=10,410$; $p=0,000<0,05$). Toplam profesyonellik düzeyinin belirleyicisi olarak öğrenim düzeyi, mesleğin bilinçli olarak seçilme durumu ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu saptanmıştır ($R^2=0,080$). Yöneticilerin öğrenim düzeyi toplam profesyonellik düzeyini artırmaktadır ($\beta=3,111$). Yöneticilerin mesleğin bilinçli olarak seçmesi toplam profesyonellik düzeyini artırmaktadır ($\beta=5,746$). Tolerans ve VIF değerlerine göre çoklu bağlantı problemi bulunmamış ($T>0,1$; $VIF<10$); bağımsız değişkenler arasında oto korelasyon saptanmamıştır ($1,5<DW>2,5$).

Tablo 6. Çok Değişkenli Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişken	Toplam Profesyonellik				
	β	t	p	Tolerans	VIF
Sabit	66,475	21,918	0,000		
Öğrenim Düzeyi	3,111	1,985	0,048	0,994	1,006
Mesleğin Bilinçli Olarak Seçilme Durumu	5,746	-3,947	0,000	0,994	1,006
F	10,410				
Model (p)	0,000				
R ²	0,080				
Durbin-Watson	1,834				

IV. TARTIŞMA

Araştırmada sağlık kurumları yöneticilerinin toplam profesyonellik puanı 63,00 olarak bulunmuştur. Aynı ölçeği kullanan Seçer (2008), tarafından doktorlar, avukatlar ve akademisyenler üzerinde yapılan araştırmada; avukatların 68,00, doktorların 70,00 ve akademisyenlerin 72,00 puana sahip oldukları saptanmıştır. Sağlık kurumları yöneticiliğinin yerleşik profesyonel meslekler, bir başka ifade ile başat meslekler olarak tanımlanan hekimlik, akademisyenlik ve avukatlığa göre daha düşük profesyonellik puanına sahip olması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Araştırmada, kadınların profesyonellik puanlarının erkeklerden yüksek olduğu saptanmıştır. Buna göre sağlık kurumlarında kadın yöneticilerin özellikle mesleki kimliklerine daha fazla önem verdikleri söylenebilir. Bunun yanında cinsiyet faktörünün profesyonellik üzerinde etkisi konusunda farklı bulgular elde edilmiştir. Türkiye’de gazetecilerin profesyonellik düzeyinin belirlenmesine ilişkin yapılan bir araştırmada, cinsiyet faktörünün profesyonellik düzeyi alt boyutlarından mesleki özerklik açısından incelendiğinde erkek gazetecilerin, kadın meslektaşlarına kıyasla daha yüksek puana sahip oldukları bulunmuştur (Emre 2009). Bilginoğlu (2013) tarafından mühendislik mesleğinin profesyonelleşme düzeyi üzerine yapılan çalışmada, cinsiyetin profesyonelleşme üzerinde etkisinin olmadığı saptanmış; kadın mühendislerin aldıkları eğitimle edindikleri teknik bilgi sayesinde erkek meslektaşları kadar faydalı olmaları ve zor çalışma ortamlarında bile cinsiyetlerinin bir dezavantaj oluşturmasına izin vermedikleri ifade edilmiştir. Bobo (1979) tarafından erkek ve kadın öğretmenlerin cinsiyet ve mesleki deneyimlerinin profesyonellik düzeyi üzerinde etkisinin araştırıldığı çalışmada, her iki değişkenin de toplam profesyonellik puanı üzerinde anlamlı bir etki yaratmadığını saptanmıştır. Lewis ve Carlan (2009), polislik mesleğinin profesyonelleşmesi ile mesleki ve sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmasında; yaş, cinsiyet ve ırk gibi kişisel değişkenler ile profesyonellik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır. Seçer (2008) doktorlar, avukatlar ve akademisyenler üzerinde yaptığı araştırmasında cinsiyet, öğrenim durumu ve medeni durum faktörleriyle toplam profesyonellik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulgusunu elde etmiştir.

Araştırmada yönetici olarak geçirilen hizmet süresi ile toplam profesyonellik düzeyinin değerlendirilmesine yönelik yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak, özellikle yöneticilikte geçen ilk 10 yıl puanlar açısından daha yüksek, sonraki on yılda düşme eğilimi, 21 yıl ve üzerinde yöneticilik deneyimine sahip meslek mensuplarının puanlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir. Wimmer (2007) çalışmasında hekimlerin çalışma yerleri, uzmanlıkları, ekip halinde veya bireysel çalışma durumları ile meslekte geçirilen sürelerin profesyonelliğe ilişkin tutumları üzerine etkisini araştırmıştır. Araştırma sonucunda hizmet süresinin profesyonellik düzeyi üzerinde anlamlı bir fark yaratmadığını raporlamıştır. Benzer biçimde Lewis ve Carlan (2009), mesleki değişkenler olarak tanımladıkları, hizmet süresi, çalışma saati, bağımsız olarak çalışma ve çalışılan pozisyon gibi değişkenler ile polislik mesleğinin profesyonellik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını saptamıştır. Buna karşılık, ABD’de hemşirelerin profesyonellik düzeyinin belirlenmesine yönelik bir araştırmada, çalışma yılı fazla olan hemşirelerin profesyonellik skorlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Wynd 2003).

Araştırmada öğrenim düzeyi yüksek olan yöneticilerin toplam profesyonellik puanının daha yüksek olduğu ölçülmüştür. Bu sonuç, lisansüstü eğitimin profesyonellik düzeyini artırdığı görüşünü desteklemektedir. Benzer olarak, Beydağ ve Aslan (2007) tarafından, Denizli ili kamu ve özel hastanelerinde görev yapan ebe ve hemşirelerin profesyonellik düzeyine ilişkin yapılan araştırmada öğrenim düzeyindeki artışın profesyonellik düzeyini artırdığı bulgusuna ulaşılmıştır. Karadağ ve diğerleri (2004) tarafından hemşirelikte profesyonelliğe ilişkin davranışsal envanter geliştirmeye yönelik yapılan araştırmada, profesyonelliğine ilişkin tutum puanlarının yüksek eğitilmiş hemşirelerde, lisans mezunu hemşirelere göre; lisans mezunu hemşirelerde, lise mezunu hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Mühendislerin profesyonelleşme düzeyleri ile ilgili yapılan araştırmada; profesyonelleşme düzeyleri en yüksek olan katılımcıların mühendislik alanında doktora yapan mühendisler olduğu, yalnızca lisans eğitimi alanların en düşük puana sahip olduğu saptanmıştır (Bilginoğlu 2013). Bunun yanında, Karamanoğlu ve diğerleri (2009) tarafından yapılan araştırmada hemşirelerin profesyonellik düzeyi ile öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yine Lewis ve Carlan (2009), eğitim

durumunun polislik mesleğinin profesyonellik düzeyine ilişkin yapılan tutumsal puanlamada istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığını ortaya koymuştur.

Araştırmada kadro unvanları ile toplam profesyonellik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Toplam profesyonellik puanları açısından incelendiğinde, en yüksek puana hastane başmüdürü unvanıyla görev yapan yöneticilerin sahip olduğu gözlenmektedir. Chang ve Liu (1975) hemşireler üzerine yaptıkları bir araştırmada, toplam profesyonellik düzeyi üzerinde iş pozisyonunun etkili olduğu, idari görev alan hemşirelerin normal klinik hemşirelere kıyasla daha yüksek toplam profesyonellik puanına sahip olduklarını saptamıştır. Emre (2009), Türkiye'deki gazetecilerin profesyonellik düzeyini görev bağımsızlığı, kendine güven ve sosyal önem gibi boyutlarla değerlendirdiği araştırmada, çalışılan iş pozisyonun diğer bir ifade ile kadro unvanının, toplam profesyonellik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yarattığı sonucuna ulaşmıştır. Blezek (1987) tarafından bir eğitim kurumunda çalışan asistan ve idari pozisyona sahip öğretmenlerin toplam profesyonellik puanlarının karşılaştırıldığı araştırmada, iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

Araştırmada meslekle ilgili herhangi bir dernek ya da örgüte üyelik ile toplam profesyonellik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulgusuna erişilmiştir. Bu sonuç, meslek derneklerinin sağlık kurumları yöneticilerinin profesyonellik düzeyi açısından önemli bir değişken olmadığını göstermektedir. Benzer biçimde, mühendisler için meslek odasına üyeliğin, profesyonelleşme düzeyi açısından önemli olmadığı saptanmıştır (Bilginoğlu 2013). Buna karşın, Wynd (2003) mesleği ile ilgili herhangi bir dernek ya da örgüte üye hemşirelerin toplam profesyonellik ve mesleki özdeşim puanlarının istatistiksel olarak üye olmayan hemşirelere göre daha yüksek olduğunu raporlamıştır. Emre (2009) meslek örgütüne üye olan gazetecilerin üye olmayanlara göre mesleğe atfedilen önem düzeyi ve kendine güven alt boyutu puanlarının profesyonellik düzeyi bakımından anlamlı bir farklılık yarattığını saptamıştır.

Araştırmada mesleğin bilinçli seçimi ile toplam profesyonellik düzeyi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Buna göre, sağlık kurumları yöneticiliğini bilinçli olarak seçenlerin profesyonellik düzeyleri daha yüksektir. Benzer olarak, Seçer (2008) araştırmasında toplam profesyonellik düzeyi ile mesleğin bilinçli ya da bilinçsiz seçimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Mesleğini bilinçli olarak seçenlerin daha yüksek düzeyde profesyonellik puanına sahip olduklarını ve mesleğin bilinçli seçiminin profesyonellik düzeyinde artışı beraberinde getirdiğini bulmuştur.

Araştırmada öğrenim düzeyi ve mesleğin bilinçli ya da bilinçsiz seçiminin toplam profesyonelliğin %8'ini açıkladığı saptanmıştır. Wynd (2003) araştırmasında, toplam profesyonellik puanı ile yaş, toplam hizmet süresi, öğrenim ve mesleki örgütlere katılım arasında pozitif yönlü, $p < 0,01$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamıştır. Seçer (2008) araştırmasında toplam profesyonellik düzeyi ile mesleki örgütlere katılım ve mesleğin bilinçli ya da bilinçsiz seçimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Lewis ve Carlan (2009), polisler üzerinde yaptığı araştırmada, öğrenim durumu ve iş pozisyonu ile toplam profesyonellik düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Wynd (2003) hemşireler üzerinde yaptığı araştırmasında korelasyon analizi neticesinde anlamlı ilişki saptadığı yaş, hizmet süresi, mesleki örgütlere katılım ile öğrenim düzeyi bağımsız değişkenlerini regresyon analizine dahil etmiştir. Yapılan regresyon analizi sonucunda toplam profesyonellik puanının önemli belirleyicisi olarak iki bağımsız değişken saptanmıştır. Bunlar meslek derneğine üyelik ve tecrübedir. Bu iki değişkenin toplam profesyonellik puanının %6,7'sini açıkladığı saptanmıştır. ABD'de çalışan Koreli hemşireler üzerinde yapılan bir diğer çalışmada, meslek derneğine üyelik ve hemşire olarak ABD'de toplam çalışma süresinin, toplam varyansın %8,6'sını açıkladığı

saptanmıştır (Kim-Godwin et al. 2010). Diğer bir çalışmada, mühendislerin yarı-profesyonel olarak kabul edilmeleri gerektiği bulunmuştur. Profesyonelleşme düzeyleri en yüksek olan katılımcılar mühendislik alanında doktora yapan mühendislerken, en düşük olanlar yalnızca lisans eğitimi alanlardır. Elde edilen sonuçlar ışığında anlamlı bir farklılık çıkması da lisansüstü eğitimin, özellikle de mühendislik alanında doktora yapılmasının profesyonelleşme düzeyini artırdığı bulunmuştur (Bilginöglü 2013).

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış yöneticilerin toplam profesyonellik puanları lisans mezunlarına kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Öğrenim düzeyinin artması profesyonellik düzeyini artırmaktadır. Bu alanda daha fazla meslek mensubuna lisansüstü öğrenim olanağı sağlanmasının, mesleğin profesyonellik düzeyinin yükseltilmesine katkı sağlayacağı söylenebilir. Hastane başmüdürü unvanıyla çalışan sağlık kurumları yöneticileri en yüksek profesyonellik puanına, hastane müdür yardımcıları ve gece idarecileri en düşük profesyonellik puanına sahiptir. Hiyerarşik olarak, henüz yolun başında olduğu söylenebilen gece idarecileri ve hastane müdür yardımcılarının mesleğe ilişkin tutumları, çalışma alanındaki belirsizlikler ve yasal düzenlemelerin yetersizliği sebebiyle daha düşük düzeyde olabilir. Meslek alanının yasal tanınırlığının sağlanması, görev, yetki ve sorumluluk tanımlamalarının yapılması, kariyer planının, yetkinlikleri ölçüsünde belirli olması, alt kademe yöneticilerin profesyonellik düzeyini artırabilir. Hastane başmüdürlerinin karar alma ve uygulama konusundaki bağımsızlıklarının, profesyonellik düzeyinin daha yüksek olarak bulunmasında etkili olduğu düşünülebilir. Araştırmada mesleğini bilinçli olarak seçtiğini ifade eden sağlık kurumları yöneticilerinin toplam profesyonellik puanları daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu sonuç meslek seçiminin önemine vurgu yapmaktadır. Bir mesleğin profesyonel meslek haline alması o mesleği tercih edilen bir meslek haline getirir ki; tercih edilen mesleklere daha nitelikli ve daha başarılı insanlar kabul edilir. Bilerek ve isteyerek yapılan bir meslek seçimi mesleki başarıyı ve mesleğin profesyonelleşmesine olumlu katkıyı beraberinde getirir. Bu açıdan alanda eğitim veren kurumlar ve dernekler tarafından sağlık kurumları yönetiminin toplum içinde tanınırlığı ve bilinirliğinin artırılmasına yönelik faaliyetlerin yürütülmesi, mesleğin profesyonelleşmesine ve toplumsal olarak saygınlık kazanmasına önemli katkılar sağlayabilir. Araştırmada mesleğini bilinçli olarak seçenlerin mesleki özdeşimleri daha yüksek olarak bulunmuştur. Kişinin kendini mesleğine adanması ve mesleki bağlılık geliştirmesi olarak tanımlanabilecek olan bu tutumun, mesleği bilerek ve isteyerek tercih edenlerde daha kolay gelişmiş olduğu görülmektedir. Sağlık kurumları yöneticiliğini tercih edilen ve bilinen bir meslek haline getirmek, bu mesleği tercih edenlerin meslek mensubu olduktan sonraki tutumlarını etkileyeceği için profesyonelleşme sürecinde önemli katkı sağlayabilir.

Profesyonelleşme ile ilgili literatür, meslek derneği veya birliklerini profesyonelleşme süreci aktörleri arasında göstermekte ve mesleklerin profesyonel meslek statüsü elde etmesine öncülük edecek önemli oluşumlar olduğunu vurgulamaktadır. Ayrıca profesyonel mesleklerin yapısal özellikleri arasında bir meslek derneği veya örgütünün var olması gerektiği üzerinde durulmaktadır. Bu çalışmada meslek derneği veya birliğine üyeliğin sağlık kurumları yöneticilerinin profesyonellik düzeyi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı bulunmuştur. Buna bağlamda, derneklerin yeterince etkin olmadığı söylenebilir. Bu alanda faaliyet gösteren derneklerin öncelikle meslek mensuplarının profesyonel tutum sergilemesini sağlayacak, mesleğin ve mensuplarının gelişimini destekleyecek, mesleği tanıttacak, meslek mensupları arasında paylaşım, yardımlaşma ve özgeci davranışlar sergilemeyi artıracak, meslektaş bilincinin gelişimini sağlayacak faaliyetlerde bulunmaları, bunun yanında çalışma hayatı üzerinde yasal düzenlemeler yapmaya yetkili organların desteğini sağlamak üzere organize olarak meslek adına bir takım yasal kazanımlar elde etmeye yönelik faaliyetlerde bulunmaları önerilebilir. Mesleki örgütlere katılan, mesleğin

değer ve ilkeleri çerçevesinde hareket eden, mesleki deneyim ve bilgisini meslektaşıyla paylaşan, topluma hizmet etme inancı taşıyan, mesleğin gerektirdiği bilgi beceriyi edinme ve bunu çalışma yaşamına yansıtma konusunda yeterli meslek mensubunun bulunması, mesleğin profesyonelleşme sürecine katkı sağlayacak temel unsur olarak gösterilebilir.

Türkiye’de sağlık kurumları yöneticiliğinin profesyonelleşme sürecinin devam ettiği, mesleğin tutumsal özellikleri konusunda daha detaylı açıklamalar yapabilmek için derinlemesine araştırmalara ihtiyaç duyulduğu vurgulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Albayrak A. S. (2006) **Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri**. Asil Yayınevi, Ankara.
2. Arslan M. (2001) **İş ve Meslek Ahlakı**. Nobel Yayınevi, Ankara.
3. Beydağ K. D. ve Arslan H. (2008) Kadın Doğum Kliniklerinde Çalışan Personelin Profesyonelliklerinin İncelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 3(7): 76-85.
4. Bilginoğlu B. (2013) Mühendislik Mesleğinin Profesyonelleşme Düzeyi ve Mühendisler için Y Teorisi Varsayımlarının Geçerliliği. **Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi**, Ankara.
5. Blezek A. G. (1987) **Professionalism of Vocational Agriculture Instructors as Perceived by Vocational Agriculture Instructors and Superintendents in Nebraska Public Secondary Schools**. Faculty Publications: Agricultural Leadership, Education & Communication Department, University of Nebraska-Lincoln.
6. Bobo E. M. P. (1979) Professionalism of Women and Men Teachers and Other Professionals: as Measured by Locus of Control, Achievement Motivation and Hall’s Professionalism Scale. **Texas Tech University, Degree of Doctor Dissertation**, USA.
7. Büyüköztürk Ş. (2002) **Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı**. Pegem Yayıncılık, Ankara.
8. Chang C. Y. and Liu C. T. (1975) Professionalism and Professional Adjustment: A Study of Nurses. **Medical Sciences** 1(2): 71-178.
9. Dayı Y. S. (2007) Meslekler Sosyolojisi Açısından Doktorluk Mesleği ve Doktorlar. **Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Elazığ.
10. Emre H. (2009) Türkiye’deki Gazetecilerde Profesyonellik Düzeyinin Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması. **Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
11. Esatoğlu A. E. ve Kılıç M. (2008) **Mesleki Örgütlenmeler, Mesleki Gelişim Süreci ve Meslek Etiği Bağlamında Sağlık Kurumları Yöneticiliği**. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiriler Kitabı, Sağlık İdarecileri Derneği, Ankara.
12. İlhan S. (2008) Yeni Kapitalizm ve Meslek Olgusunun Değişen Kavramları Üzerine. **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 21: 315-317.

13. Kalaycı Ş. (2010) **SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri**. 5. Baskı, Asil Yayın Dağıtım, Ankara.
14. Karadağ A., Hisar F. ve Elbaş N. Ö. (2004) Hemşirelikte Profesyonelliğe İlişkin Davranışsal Envanter Geliştirilmesi. **Hemşirelik Forumu Dergisi** 7(4):14-22.
15. Karagöz Y. ve Ekici S. (2004) Sosyal Bilimlerde Yapılan Uygulamalı Araştırmalarda Kullanılan İstatistiksel Teknikler ve Ölçekler. **C.Ü İktisadi İdari Bilimler Dergisi** 5(1): 36-38.
16. Karamanoğlu A. Y., Özer F. G. ve Tuğcu A. (2009) Denizli İlindeki Hastanelerin Cerrahi Kliniklerinde Çalışan hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Değerlendirilmesi. **Fırat Tıp Derneği** 14(1):12-17.
17. Karasu K. (2001) **Profesyonelleşme Olgusu ve Kamu Yönetimi**. Mülkiyeliler Birliği Vakfı Yayınları, Ankara.
18. Kim-Godwin, Y. S., Baek Hee C. and Wynd Christine A. (2010) Factors Influencing Professionalism in Nursing Among Korean American Registered Nurses. **Journal of Professional Nursing** 26 (4): 242-249.
19. Lewis J. A. and Carlan P. E. (2009) Professionalism in Policing: Assessing the Professionalization Movement. **Professional Issues in Criminal Justice** 4(1): 39-57.
20. Millerson G. (1964) **The Qualifying Association: A Study in Professionalization**. Routledge, England.
21. Özdemir A. (2008) **Yönetim Biliminde İleri Araştırma Yöntemleri ve Uygulamalar**. Beta Basım, İstanbul.
22. Sarvan F. (1995) Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği Meslek ve Eğitimi. **Toplum ve Hekim Dergisi** 10(69-70): 10-18.
23. Seçer Ş. (2008) Mesleki Yaşam Modelinin Oluşturulması ve Mesleki Analizlerde Kullanımı. **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi**, İzmir.
24. Snizek W. E. (1972) Hall's Professionalism Scale: An Empirical Reassessment. **American Sociological Review** 37: 109-114.
25. Swailes S. (2003) Professionalism: Evaluation and Measurement. **The Service Industries Journal** 23(2): 130-149.
26. Toy B. Y. ve Tosunoğlu N. G. (2007) Sosyal Bilimler Alanındaki Araştırmalarda Bilimsel Araştırma Süreci, İstatistiksel Teknikler ve Yapılan Hatalar. **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi** 1: 1-20.
27. Wilensky H. (1964) The Professionalization of Everyone. **The American Journal of Sociology** 70: 137-158.
28. Wimmer P. L. (2007) Professionalism among Medical Practitioners: A Case Study of Rural Physicians. **Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University Degree of Master Thesis**, Virginia, USA.

29. Wynd C. A. (2003) Current Factors Contributing to Professionalism in Nursing. **Journal of Professional Nursing** 19(5): 251-261.

Organ Naklinde Piyasa Tasarımı

Songül ÇINAROĞLU*

ÖZ

Her ekonominin temel sorunu olan kaynak kıtlığı sorunu ile mücadele edebilmek için geçtiğimiz yirmi yıllık sürede piyasa tasarımı konusu mikroekonomi alanında uzman ekonomistlerin üzerinde durdukları bir konu olmuştur. Mal ve hizmet piyasalarının kendilerine özel dinamikleri olmakla birlikte hizmet piyasasının bir türü olan sağlık alanı için eşitlik ve hakkaniyet gibi temel ilkelere uyulması herkesin daha nitelikli sağlık hizmetine erişebilmesi için temel bir gerekliliktir. Sağlık hizmetleri alanında organ nakli piyasasında kaynak kıtlığının temel bir sorun olduğu bilinmektedir. Organ ihtiyacının karşılanmasında pek çok ülkede daha çok merkezi dağıtım yöntemi tercih edilmekle birlikte bu yöntem ile talebin çok altında bir miktarda hastanın organ ihtiyacı karşılanabilmektedir. Bu çalışmada organ nakli piyasasının genel işleyişi ile birlikte organ nakli piyasasının tasarımına alternatif nitelikte eşleştirme ve listeleme yöntemleri açıklanacaktır. Çalışma sonuçlarının merkezi dağıtım yönteminin uygulandığı Türkiye gibi ülkelerde organ nakli piyasasının tasarımı ve farklı organ dağıtım stratejileri hakkında politika belirleyicilerin farkındalığının artırılmasına katkıda bulunması arzu edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Organ Dağıtımı, Organ Nakli, Piyasa Tasarımı, Eşleştirme ve Listeleme Yöntemleri

Market Design in Organ Transplantation

ABSTRACT

Microeconomists emphasized market design for two decades for dealing with scarcity of resources which is a main problem for every economy. Commodity and service markets have their own dynamics for health field which is a kind of a service market, equality and equity are main principles for accessing more qualified health care services for everyone. It is known that scarcity of resources is the main problem in health services and organ transplantation market. Central distribution method is a preferred method to meet organ need in many countries but with this method very low number of patients organ needs can be met. In this study it is aimed to explain general mechanism of organ transplantation market and alternative methods like matching and listing methods explained. It is hoped that results of this study increase awareness of policy makers in countries mostly centralized distribution method implemented like Turkey about organ market design and different organ distribution strategies.

Keywords: Organ Distribution, Organ Transplantation, Market Design, Matching and Listing Methods

* Arş. Gör. Uzm., Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, cinaroglus@hacettepe.edu.tr

I. GİRİŞ

Sağlık hizmetleri piyasası diğer piyasalardan talep belirsizliği, asimetrik bilgi, hizmet gereksinimi ve hizmete erişimin öngörülememesi nedenleri ile oldukça farklıdır. Bunların yanı sıra sağlık ihtiyacı anında karşılanması gereken ve üretildiği anda tüketilen bir ihtiyaçtır (Bilgili, Ecevit 2008). Sağlık hizmetleri piyasasında talebin belirsiz ve öngörülemez olması ciddi bir sorun iken diğer bir önemli sorun ise her ekonomide karşılaşılan kaynak kıtlığı sorunudur. Bu sorun sağlık hizmetleri piyasasında söz konusu olan insan hayatı olduğundan ve sağlıkta bireysel fayda yaratmak yerine toplumsal fayda yaratmanın ülke genelinde sağlığın korunması ve geliştirilmesinde daha fazla fayda sağlayacağı düşünüldüğünden temel oluşturmaktadır. Sağlıkta hizmeti talep edenler ile sağlık hizmeti sunucuları arasındaki bilgi asimetrisinin yüksekliği ise dikkate alınması gereken bir diğer başlıktır. Başta otonomisi yüksek hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının sağlığa bakışı hasta odaklıdır. Bu nedenle hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları sağlık hizmetleri piyasasının işleyişini ekonomik açıdan değerlendirmek düşüncesini kolay kabul edilebilir bir durum olarak görmemektedirler (Goodacre, McCabe 2002).

Sağlık hizmetleri piyasasının ayırt edici özellikleri sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirliğin sağlanmasının ve uzun vadede toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinin vazgeçilmez bir unsur olduğunu göz önünde bulundurmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasını diğer piyasalardan ayırt eden temel özellikler bu piyasaya özel tasarımlar yapılmasını gerektirmektedir. Bu yaklaşım aynı zamanda sağlığa bir ekonomik mal olarak bakmayı da beraberinde getirmektedir. Sağlık alanı dışında diğer ekonomilerde piyasanın işleyişine canlılık kazandıran bir faktör olan rekabet sağlık alanı için düşünüldüğünde temel işleyiş prensibi eşitlik ve hakkaniyet olan bu piyasanın işleyişinde sorun yaratacaktır. Rekabet sağlıkta eşitlik ve hakkaniyet prensiplerinin zarar görmesine neden olabileceği gibi bu konuda farklı bir görüşü savunanlara göre rekabetin önlenmesi tekelleşmeyi beraberinde getirecek ve merkezi otoritenin aşırı derecede güçlenmesine neden olacaktır (Gürsoy, Aksu 2007).

Farklı ülkelerde sağlık hizmetleri piyasasının işleyişi incelendiğinde devlet kontrolünün ağırlıklı olduğu görülmektedir. Bu durum ihtiyaç duyan herkesin sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması noktasında merkezi bir kontrol mekanizmasının her ülke için önem verilen bir konu olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak organ nakli gibi kaynak kıtlığının çok yüksek olduğu, arzın talebi karşılamak noktasında son derece yetersiz kaldığı bazı piyasalar için kontrolün yalnızca merkezi otoritede olması organ nakline ihtiyaç duyan kişilerin karşı karşıya kaldıkları kaynak kıtlığı sorununun giderek daha çözümsüz bir hal alması anlamına gelmektedir. Bu sorun ile başa çıkabilmek ve organ nakli piyasasına işlerlik kazandırabilmek için ekonomistler piyasa tasarımının buna göre yapılması gerektiğini belirtmektedirler. Ekonomide piyasa tasarımı konusundaki çalışmaları ile tanınan ve 2012 yılında Nobel ekonomi ödülünü alan Alvin Roth tarafından belirtildiği üzere giderek artan bir kaynak kıtlığı sorunu ile karşı karşıya kalan organ nakli piyasasında piyasa tasarımlarının eşleştirme mekanizmaları gibi piyasaya işlerlik kazandıracak ve daha çok sayıda kişinin ihtiyacını karşılayacak şekilde yapılması gereklidir. Bu noktada dikkate alınması gereken bir konu ise pazarın işleyişi hakkında gerekli düzenleme ve kontrollerin tam olarak yapılmaması durumunda organ nakli piyasasında kaynakların sorumsuz bir şekilde tüketileceğidir (Gürsoy, Aksu 2007). Diğer ekonomiler için olduğu gibi sağlık alanı için de kıt kaynakların verimli bir şekilde yönetilmesi önem taşımaktadır ve bu sayede toplum genelinde sağlık hizmetine olan talebi karşılamak ve toplum sağlığını yükseltmek mümkün olabilecektir.

Bu çalışmada sağlık hizmetleri piyasasında kaynak kıtlığının temel bir sorun olduğu organ nakli piyasasının işleyişi ve bu piyasaya işlerlik kazandırmada bir örnek oluşturan eşleştirme yaklaşımı ele alınmıştır.

II. ORGAN NAKLİ PİYASASININ GENEL İŞLEYİŞİ

Farklı ekonomik yaklaşımların temel hedefi ekonomide etkinliğin arttırılabilmesi için farklı alternatifler arasından karar vermeye yardımcı araçların geliştirilmesi ve uygulanmasıdır (Elias 2014). Bu farklı yaklaşımlar farklı piyasa türleri için farklı şekillerde tasarlanmaktadır. Mal piyasası için düşünüldüğünde pazara katkıda bulunmak isteyenlerin sınırlandırılmadıkları, fiyatın belirleyici rol oynadığı bir piyasa mekanizması söz konusudur. İşgücü piyasası, üniversite seçimi ile sağlık alanında organ nakli piyasasının da içerisinde yer aldığı gönülsüz (repugnant) piyasalar için ise fiyat belirleyici rol oynamamaktadır. Fiyat yerine seçimin belirleyici rol oynadığı bu pazarlarda örneğin işgücü piyasası için düşünüldüğünde işe alım işlemleri sırasında en kalifiye elemanın seçimine yönelik bir tercih mekanizmasının devrede olduğu bilinmektedir. Sağlık alanında organ nakli piyasası için düşünüldüğünde ise talep ile arz arasında ciddi dengesizliklerin olduğu bu piyasada organ temini noktasında kısıtlılıklar söz konusu olduğu için merkezi otoritenin kontrolünde olan bir sistem söz konusudur. Bu nedenle bu piyasanın daha etkin bir şekilde işlemesi ve daha fazla sayıda insanın organ teminine olanak sağlanabilmesi için piyasanın buna göre düzenlenmesine ihtiyaç duyulmaktadır (Elias 2014). Geçmişte Marcel Mauss (1990) tarafından kurban ve hediye değişimi gibi olgularla açıklanan organ naklinde modern yaklaşımlarda organ bağışının sosyal ilişkiler açısından karşılıklı ve asimetrik bir yönünün olduğu vurgulanmaktadır. Buna göre organ bağışı kişinin kendi bedeninin bir parçasını bağışlaması nedeniyle çoğu zaman bir “yaşam hediyesi” olarak da kabul edilmektedir (Marshall et al. 1996). Hediye metaforunu kullanan yaklaşımlar arasında bulunan Fox ve Swazey (2008) tarafından belirtildiği üzere organ nakli piyasasında hediye metaforunun metalaştığı bir sistem vardır. Buna göre başta böbrek olmak üzere organ takası ile ilgili bazı yaklaşımların az gelişmiş ve yoksul durumda olan ülkelere başta ABD olmak üzere çok gelişmiş ülkelere doğru bir transfer mekanizması ile yürütülmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu yaklaşım ahlaki yönü savunulmaz bir yaklaşım olmakla birlikte organ piyasasında görülen sınırlılıklar ile etkin bir şekilde mücadele etmede etkili bir yol olarak düşünülebilir.

Organ nakli denildiğinde ilk sıralarda böbrek nakli bulunmaktadır. Hastalar ihtiyaç duydukları böbreği iki farklı yoldan temin edebilmektedirler. Bunlardan birisi böbrek bağışlayıcıları diğeri ise kadavradan temin yöntemidir (Roth et al. 2005b). Yalnızca ABD için düşünüldüğünde böbrek takası piyasasının işleyişine hız kazandırmak amacıyla çalışmaların yapıldığı ilk yıllarda bağışçı sayısının çok az olduğu, 2003 yılında bekleme listesinde yaklaşık 60 bin hasta olmasına rağmen yalnızca 8665 adet böbrek nakli yapıldığı görülmektedir. Buna ek olarak kadavradan yapılan bu nakillerin dışında 6464 kişiye canlı bağışçılardan nakil yapıldığı da bilinmektedir (Roth et al. 2005b). Organ nakillerinde hasta ile donör arasındaki kan ve doku uyumsuzluğu organ nakli ihtiyacının karşılanamamasının temel nedenleri arasında bulunmaktadır. Organ naklinde en temel kaynak olarak görülen kadavradan temin yönteminin hastaların ihtiyaçlarının çok altında olması nedeniyle bağışçıdan böbrek nakli söz konusu olmakta ve bunun için böbreğe ihtiyaç duyan hastalardan oluşan bir bekleme listesi oluşturulmaktadır (Roth et al. 2005b).

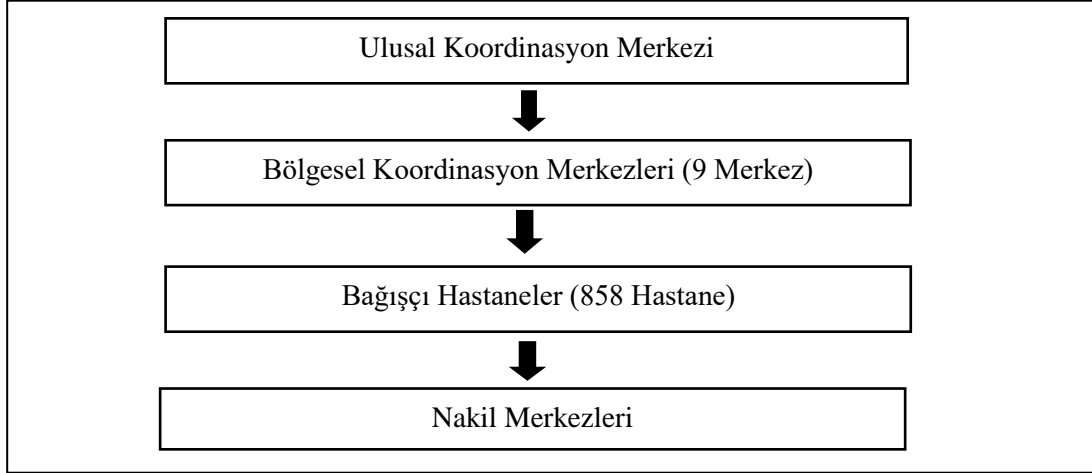
Organ nakli piyasasına işlerlik kazandırmak amacıyla geliştirilen eşleştirilmiş böbrek takası sistemi ilk kez 1986 yılında ortaya atılmış bir yaklaşımdır. 2000’li yıllara doğru ABD’de uygulanmaya başlanan bu sistem sayesinde böbrek naklinde alıcıların istedikleri böbreğe daha kısa sürede erişebilmelerine olanak sağlanmış, sonraki yıllarda ise bu piyasa tasarımı mekanizması farklı yaklaşımlar ile zenginleştirilmiştir (Wallis et al. 2011). Farklı ülkelerde sağlık sisteminin temel işleyişi ile paralel bir biçimde organ nakli piyasasının da şekil aldığı görülmektedir. Türkiye’nin de aralarında bulunduğu ve sağlıkta merkezi otoritenin temel karar verici güç olduğu ülkelerde bu piyasanın işleyişine hız kazandıracak nitelikte alternatif tasarımların uygulanmasına fazla imkân verilmediği bilinmektedir. Ancak gelişmekte olan ülkelerin sağlık başta olmak üzere pek çok alanda kaynak kıtlığı sorunu ile

mücadelede buldukları dikkate alındığında artan talebi karşılamak ve toplumun sağlık statüsünü yükseltmeye yönelik piyasa tasarımlarının yapılmasında fayda vardır. Aşağıda ayrıntılı olarak yer verilen Türkiye’de organ nakli piyasasının genel özellikleri incelendiğinde bu piyasanın merkezi otoritenin kontrolünde ve kapalı bir sistem özelliği gösterdiği görülmektedir.

III. TÜRKİYE’DE ORGAN NAKLİ PİYASASININ GENEL İŞLEYİŞİ VE MEVCUT DURUM

Türkiye’de organ nakli piyasasında Sağlık Bakanlığı’nın kontrolünde olan bir sistem yürütülmektedir. 29.05.1979 tarihli ve 2238 sayılı “Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun”a göre tedavi, teşhis ve bilimsel amaçlarla organ veya doku alınması, saklanması, aşılması ve nakli ile ilgili hükümler düzenlenmiştir (Resmi Gazete, 1979). Buna göre bir bedel ya da başka bir çıkar karşılığında organ veya doku alınması, saklanması yasaklanmıştır. Ayrıca bilimsel istatistiki ve haber niteliğindeki bilgi dağıtım hallerinin dışında organ ve doku alınması ve verilmesine yönelik reklam faaliyetinde bulunmak da yasaklanmıştır. Kanunda belirtilen bu açık hükümler çerçevesinde Türkiye’de başta böbrek olmak üzere organ nakline ihtiyaç duyan kişiler Sağlık Bakanlığı Organ Nakli Bekleme Listesi Programına kaydedilmekte ve organ nakli ihtiyacı bu sistem aracılığıyla giderilmektedir (SB 2015a).

Türkiye’de ilk organ nakilleri incelendiğinde 1968 yılında Ankara ve İstanbul’da kalp nakilleri, 1975 yılında ilk canlıdan böbrek nakli uygulaması gerçekleştirilmiştir. 1994 yılına gelindiğinde Türkiye genelinde giderek artan organ nakli ihtiyacını karşılamak amacıyla 2000 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi kurulmuştur. Bu sistemin temel amacı ise organ ve doku nakli hizmetleri alanında çalışan kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyon sağlamak, bağışlanan organ ve dokuları bilimsel kurallara uygun bir şekilde saklamak olarak belirlenmiştir. Bu koordinasyon sisteminin temel amacı hakkaniyete uygun şekilde, en doğru hastaya ve en kısa zamanda bağış yapılmasını sağlamaktır (SB 2015b). Türkiye Organ Nakli Ulusal Koordinasyon Merkezi (UKM)’nin kurulduğu ilk yıllarda yalnızca böbrek nakli bekleyen hasta işlemleri ve kadavradan donör dağıtım işlemlerini gerçekleştirmekteydi. Bu konuda Türkiye genelinde canlı ve kadavradan gerçekleşen tüm (böbrek, karaciğer, kalp, akciğer, pankreas ve ince barsak) organ nakilleri ile organ bekleyen hasta bilgilerini içeren yeni Ulusal Organ Nakli Bilgi Sistemi oluşturulmuştur. Bu sistemi başta organ nakil merkezleri olmak üzere bölge koordinasyon merkezleri (BKM) ve UKM takip etmektedir (SB 2015b). Şekil 1’de görüldüğü üzere 2014 yılı itibarıyla Türkiye’de organ nakli konusundaki bilginin Ulusal Koordinasyon Merkezi’nde 9 ayrı Bölgesel Koordinasyon Merkezlerine bu merkezlerden 858 farklı bağışçı hastaneye, bu hastanelerden de nakil merkezlerine doğru ilerleyen dört aşamalı bir bilgi akışı sürecini takip ettiği görülmektedir.

Şekil 1. Türkiye’de Organ Nakli Koordinasyon Şeması

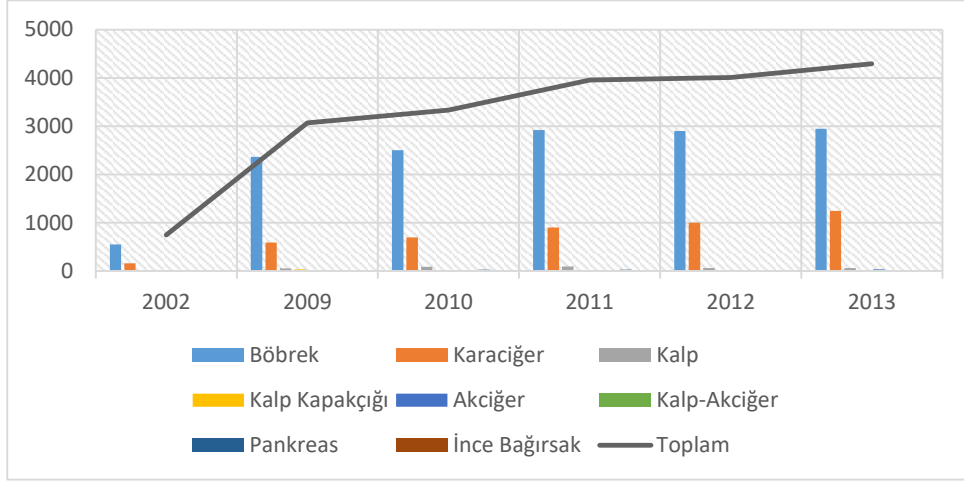
Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı 2014a

Organ naklinde bilgi akışı sıralamasında ilk sırada yer alan Ulusal Koordinasyon Merkezleri ise Şekil 2’de görülebilmektedir. Buna göre İstanbul, Bursa, İzmir, Antalya, Samsun, Adana, Erzurum, Diyarbakır ve Ankara olmak üzere Türkiye genelinde toplam 9 bölge koordinasyon merkezinin mevcut olduğu görülmektedir.

Şekil 2. Türkiye Geneli Organ Nakli Bölge Koordinasyon Merkezleri

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı 2014b

Türkiye’de organ nakli ile ilgili mevcut bilgi akışı ve koordinasyon mekanizması dahilinde farklı organ türleri itibariyle organ nakli sayıları Grafik 1’de görülebilmektedir. Bu grafik incelendiğinde en fazla böbrek naklinin yapıldığı, bunu karaciğer nakli ile kalp naklinin izlediği görülmektedir.

Grafik 1. Türkiye’de Yıllara Göre Organ Nakli Sayılarının Değişimi, Tüm Sektörler

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Türkiye’de organ nakli ile ilgili mevcut bilgi akışı ve koordinasyon mekanizması dahilinde farklı organ türleri itibariyle 2015 yılında organ bağıışı sayıları incelendiğinde ise Tablo 1’de görüldüğü üzere en fazla böbrek nakli için bağıış yapıldığı, bunu karaciğer ve kalbin izlediği görülmektedir.

Tablo 1. Türkiye Organ ve Doku Bilgi Sistemi

Sıra No	Organ Adı	Bağıış Sayısı
1	Böbrek	146.412
2	Karaciğer	144.592
3	Kalp	143.351
4	Akciğer	142.778
5	Pankreas	140.955
6	İnce Bağırsak	137.717
7	Uterus	58.406
Toplam		914.211

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Organ, Doku Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı

Türkiye’de organ nakli sayısının giderek arttığı göz önünde bulundurulduğunda bu artışın ülke genelinde bu konudaki bilgi düzeyinin yükselmesi ile teknik imkân ve olanaklar bakımından gelişme düzeyi ile açıklanabileceği söylenebilmektedir. Ancak Türkiye’de organ nakli konusunda toplumun yeterli ölçüde bilgi sahibi olmaması durumu temel sınırlılıkların başında gelmektedir. Bu konuda Genç (2009) tarafından yapılan bir araştırmada toplumun %71 gibi oldukça büyük bir kısmının organ dağıtım politikalarından haberdar olmadığı görülmüştür. Bu bulgu toplumun organ dağıtım politikaları hakkında daha fazla bilgilendirilmesi gereğini ortaya koymaktadır. Türkiye sağlık alanında nitelikli işgücüne sahip olan, teknik imkân ve olanakların gelişmiş olduğu bir ülkedir. 2011 yılında Akdeniz Üniversite’sinde yapılan ilk kol ve yüz nakli ülkemizin tıp alanında aldığı yolun bir kanıtı olmuştur. Bu başarı ülkemizde olduğu kadar dünyada da büyük ses getirmiştir (SB 2015c). Türkiye’de organ nakli piyasasının işleyişi genel olarak değerlendirildiğinde daha çok Sağlık Bakanlığı’nın merkezi rol oynadığı bir sistemin mevcut olduğu görülmektedir. Organ naklinde etkinliği arttırmaya yönelik modern yaklaşımlar sayesinde ise organ nakli piyasasının tasarımında daha çok sayıda kişinin ihtiyaç duyduğu organa erişilmesi mümkün

olabilecektir. Bu noktada eşleştirilmiş böbrek takası organ nakli piyasası için iyi bir tasarım örneği olarak ön plana çıkmaktadır.

IV. ORGAN NAKLİ PİYASASI İÇİN BİR PİYASA TASARIMI ÖRNEĞİ: EŞLEŞTİRİLMİŞ BÖBREK TAKASI

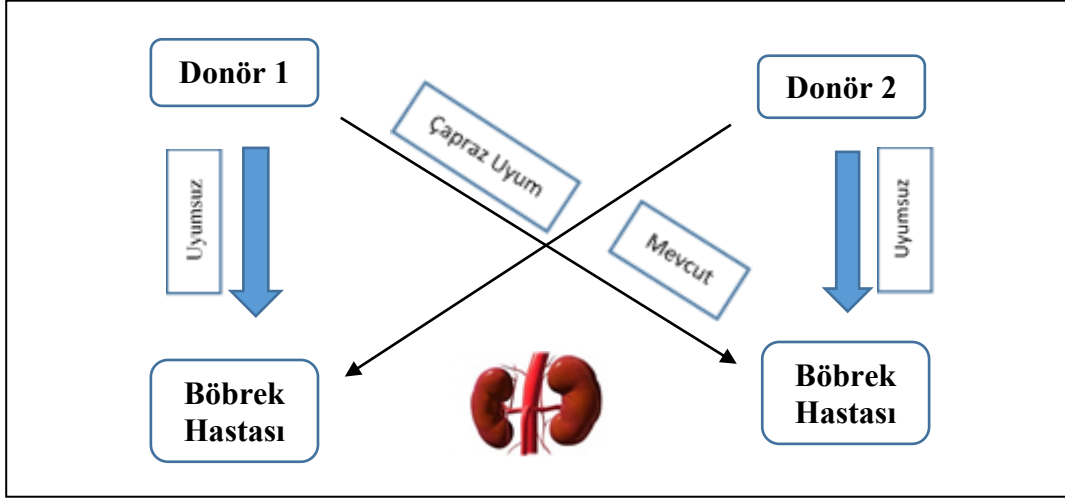
Organ nakli piyasasının işleyişine yönelik olarak oluşturulacak bir piyasa tasarımında paranın merkezi rolünün arka planda kaldığı, piyasa tercihlerin yön verdiği bir durum söz konusudur. Böylesi bir piyasa tasarımının temel çerçevesi Micheal Sandel tarafından yazılan “What Money Can’t Buy?” isimli çalışma ile atılmıştır (Besley 2013). Sağlık profesyonelleri için çoğu zaman böbrek nakli için piyasa tasarımı zor ve ahlak dışı bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Mal piyasasının aksine paranın satın almada etkin bir güç olmadığını savunan ekonomistlere göre ise organ nakli piyasasında bir tür değişime (mübadele) dayanan etkin bir piyasa tasarımı ile sınırlı talebi karşılamak mümkündür (Roth 2015).

Organ nakli piyasası denildiğinde ilk akla gelen böbrek değişim piyasası, böbreklerin satılmadığı ya da satın alınmadığı bir piyasadır. Bu piyasanın temel işleyişi donör ile hasta arasındaki işbirliği ve iletişime bağlıdır. Organ tedarik merkezi ile nakil merkezi arasındaki işbirliği ve uyum sonucunda en iyi şekilde bir değişimin gerçekleştirilmesi sağlanmaktadır (Roth 2015). Organ nakli piyasasının işleyişi ile ilgili olarak verilecek seçim kararları piyasada yönlendirici rol oynamaktadır (Dalen, Henkens 2014). Böbrek takası ile daha fazla sayıda kişiye ulaşabilmek amacıyla bir sistem tasarımında bulunulması ve bu konuda eşleştirme algoritmalarının geliştirilmesi sayesinde hastalar ve ailelerinin organ nakli ihtiyaçları karşılanabilecektir (Ashlagi et al. 2012).

Ekonomide eşleştirme teorisi bölünmez kaynakların dağıtımını, değişimini ve birbiriyle eşleşmesini inceleyen, oyun teorisi ve piyasa mekanizması tasarımı araçlarını kullanan, mikro iktisatın son otuz yılı içerisinde gelişen bir alanıdır. Eşleştirme teorisi üzerinde çalışan araştırmacılar arasında A. Roth ve L.D. Shapley bulunmaktadır. Bu teorenin başlangıcı 1962 yılında Gale ve Shapley tarafından yazılan “College Admissions and Stability of Marriage” başlıklı makaleye dayanmaktadır. Bu yaklaşım daha sonra sağlık alanına uygulanmıştır. Bu konuda Roth (1984) tarafından eşleştirme teorisi kullanılarak hekimlerin hastanelere yerleştirilmesi ile ilgili yayınlar yapılmıştır. Sonraki yıllarda ise üniversite öğrencilerinin okullara yerleştirilmesi ile ilgili olarak Abdulkadiroğlu ve Sönmez (2003) tarafından önerilen mekanizma ABD’de Boston ve New York’da ilköğretimde uygulanmaya başlamıştır. Bu teorenin sağlıkta böbrek takası sistemine uygulanması ise ilk kez 2005 yılında A. Roth (2005) tarafından önerilen böbrek takası sistem ile birlikte olmuştur. Halen kullanılan bu mekanizma, ABD’de New England bölgesinde kurulan böbrek değişim programında nakil bekleyen çok sayıda hastaya böbrek bulma imkânı verilmiştir.

Eşleştirilmiş böbrek takası sisteminin temel çalışma prensibine göre bağışçının böbreği hastaya uymazsa çiftli böbrek değişimi yapılmaktadır. Şekil 3’de görülen çapraz böbrek nakli piyasası incelendiğinde örneğin, böbrek hastası olan A’ya annesi (Donör 1), B’ye ise babası (Donör 2) böbreğini bağışlamak istiyor olsun ancak annenin ve babanın böbreği çocukları ile uyumlu olmasın. Bu durumda eğer A’nın annesinin böbreği B’ye; B’nin babasının böbreği ise A’ya uyumlu ise karşılıklı bir böbrek değişimi yapılmaktadır. Bu yöntemde eğer bağışlayıcının böbreği hastaya uyum sağlamazsa, hastanın bekleme listesine önceliğe sahip olarak dahil edilmesi koşuluyla bağışlayıcı böbreğini bekleme listesindeki uyumlu birisine bağışlamaktadır (Doğan 2014).

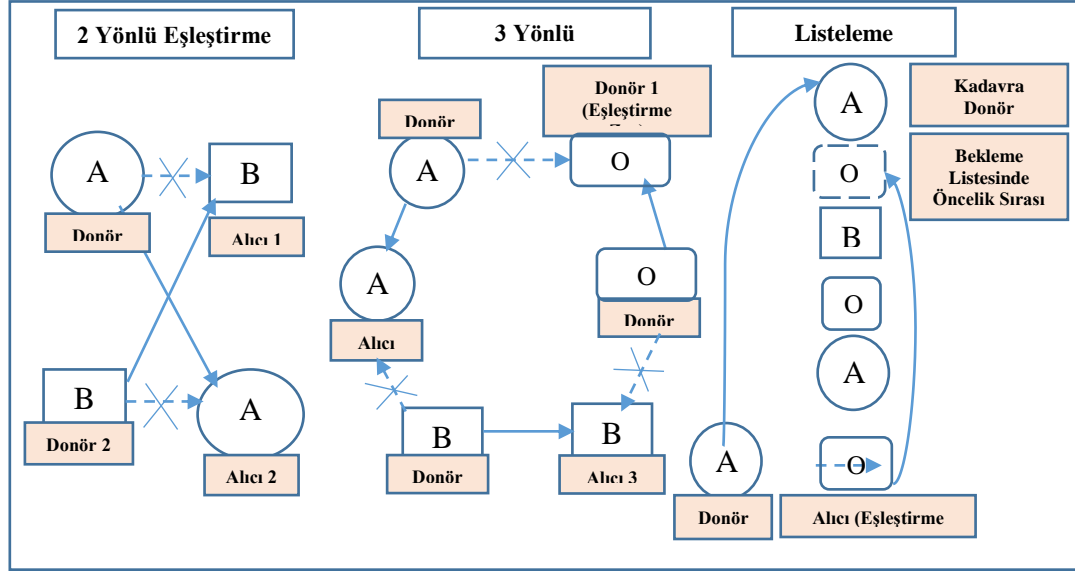
Şekil 3. Çapraz Böbrek Nakli



Kaynak: Küçükşenel, Urhan 2013

İkili çapraz böbrek nakline alternatif olabilecek nitelikte ve daha fazla sayıda eşleştirmeye olanak sağlayan tasarımlar Abdulkadiroğlu ve Sönmez (1999) tarafından geliştirilmiştir. Bu yaklaşımda değiş-tokuş döngüleri ve zincirlerinin var olduğu görülmektedir. Buna göre Şekil 4'de görüldüğü gibi bir döngü oluşturularak, böbrek değişimi gerçekleştirilebilecektir. Örneğin, (Hasta 1, Bağışlayıcı 1), (Hasta 2, Bağışlayıcı 2), (Hasta 3, Bağışlayıcı 3) çiftleri bir döngü oluşturursa döngüde öngörülen şekilde (üç-yönlü) bir böbrek değişimi gerçekleşir. Bunun yanı sıra bu yaklaşımda her adımda en az bir döngü oluşmakta iken bekleme listesi söz konusu olduğu için zincirler de oluşabilmektedir. Örneğin Hasta 1, Hasta 2'nin bağışlayıcısından böbrek alırken, Hasta 2'ye bekleme sırasında öncelik tanınabilir ve Hasta 2'nin bağışlayıcısının böbreği bir başka hastaya nakledilebilir. Bu duruma "zincir" adı verilmektedir ve bu konuda ayrıntılı kurallar Roth ve diğerleri (2005)'de verilmiştir. Roth (2008)'e göre etkin işleyen bir piyasa için bazı temel prensiplere uyulmasında fayda vardır. Bunlar; piyasanın potansiyel katılımcılarının değişim yapmak noktasında bir araya gelebilmesi ve değişime hazırlıklı olmak, değişimin hızlı bir şekilde yapılması, piyasada muhtemel değişimlerin önünün açılması ve piyasaya katılımın güvenli olması olarak belirtilmektedir. Bu konu ile ilgili olarak gözden kaçırılmaması gereken bir nokta da sosyal refah maksimizasyonu için çok büyük döngülerden kaçınılması ve tüm nakillerin eş zamanlı olarak yapılmasıdır (Abraham et al. 2007). Eşleştirme yöntemi organ nakli piyasasına işlerlik kazandıracak bir yöntem olmakla birlikte kaynak kıtlığı sorunu nedeniyle bu piyasada organ ticaretinin önüne geçmek mümkün görünmemektedir.

Şekil 4. İki, Üç Yönlü Eşleştirme ve Listeleme Yöntemi



Kaynak: Wallis et al. 2011

V. ORGAN TİCARETİ VE İSTANBUL DEKLARASYONU

Organ nakli ticareti bir organın maddi kazanç sağlamak amacıyla alınıp satılmasını içeren bir politika ve uygulamadır. Bu konuda her ülkenin uygulamaları farklı olmakla birlikte Türkiye’de 2238 sayılı “Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun”a göre ticari amaçla organ alınması ve saklanması yasaklanmıştır. Ancak bu piyasada kaynak sınırlılığı nedeniyle çoğu zaman yasal sınırlamaların dışına çıkıldığı görülmektedir. Bu durum piyasada karaborsaya neden olmaktadır (Küçükşenel, Urhan 2013). Organ kaçakçılığı ve beraberindeki organ nakli karaborsası organ nakli için organların alınmasıyla organları kullanma amacıyla organları temin etmek, ulaştırmak, transfer etmek, barındırmak veya yaşayan veya ölmüş insanları ya da onların organlarını tehdit aracılığıyla ya da aldatma, dolandırıcılık, kaçırma, zorlama gibi başka biçimlerde güç kullanarak, ya da insanların zor durumda olmasından yararlanarak potansiyel donör üzerinde transfer kontrolünü sağlamak için üçüncü bir tarafa para vermek ya da ondan para almak veya yarar sağlamaktır (Deklarasyon 2008). Schepper-Hughes (2003) tarafından vurgulandığı üzere organ nakli türleri içerisinde böbrek nakli karaborsasında küresel sermayenin Güneyden Kuzeye, yoksuldan zengine, zenciden beyazlara doğru bir akış gösterdiği görülmektedir. Bu görüş uluslararası organ nakli ticaretinde tıbbi durumdan eğitim olanaklarına, yoksuldan zengine, ırka kadar çok çeşitli faktörlerin organ satışı ve satın alınımında belirleyici rol oynadığı sonucunu ortaya koymaktadır (Roth et al. 2006).

Organ nakli piyasası ile ilgili olarak yaygın yaklaşım bu piyasanın yasal sınırlar ve merkezi kontrol dışına çıkarılmaması gerektiği şeklinde olmakla birlikte bu durum organ nakli piyasasında karaborsanın varlığını engelleyememektedir (Taylor 2006). Tablo 2’de bazı ülkelerde organ nakli ile ilgili bilgi kaynakları ile organ nakli paket fiyatları görülebilmektedir. Buna göre organ nakli ticareti yapan ülkeler arasında Çin, Pakistan ve Filipinler’in bulunduğu görülmektedir. Nakil yapılan organlar arasında ise böbrek, karaciğer, kalp ve akciğer gibi organlar bulunmaktadır.

Tablo 2. Organ Ticareti Yapılan Bazı Ülkelerde Organ Nakli Fiyatları

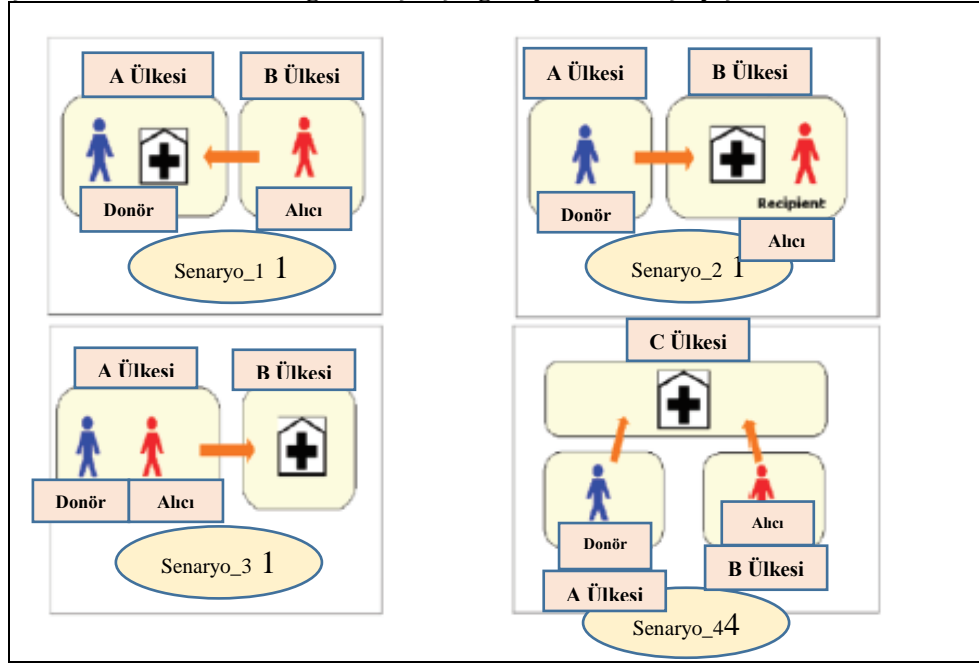
Nakil Ticareti Yapan Kuruluş	Nakil Yapılan Ülke	Nakil Paket Fiyatı
BEK-transplant(http://www.bek-transplant.com/joomla/index.php)	Çin	Böbrek (US\$ 70 000) Karaciğer (US\$ 120 000) Pankreas (US\$ 110 000) Böbrek ve Pankreas (US\$ 160 000)
China International Transplantation Network Assistance Center(http://en.zoukiishoku.com/)	Çin	Böbrek (US\$ 65 000) Karaciğer (US\$ 130 000) Akciğer (US\$ 150 000) Kalp (US\$ 130 000)
Yeson Healthcare Service Network(http://yeson.com/index.htm)	Çin	Böbrek, karaciğer, kalp ve akciğer
Aadil Hospital(http://www.aadilhospital.com/index.html)	Pakistan	Böbrek
Masood Hospital(http://www.masoodhospital.com/services/surgery/ktp/kidney_transplantation.htm)	Pakistan	Böbrek (US\$ 14 000)
Renal Transplant Associates(http://www.renaltransplantsurgery.com/index.html)	Pakistan	Böbrek [Euro 16 000 (US\$ 20 500)]
Liver4You(http://www.liver4you.org/)	Filipinler	Böbrek (US\$ 85 00)

Kaynak: WHO 2007

Her ne kadar Türkiye gibi ülkelerde organ nakli ticareti yasaklanmış olsa da Tablo 2’de internet üzerinde organ nakli ticaretinin mevcut olduğu görülmektedir. Bu nedenle organ nakli piyasasında kaynak kıtlığı sorununun üstesinden gelebilmek için farklı ülkelerde organ ticaretinin yapıldığı da göz önünde bulundurularak organ nakli piyasasının tasarımını buna uygun olarak yapmak gerekmektedir. Ancak bu sayede yasa dışı organ ticareti minimum seviyeye indirilebilecektir.

Organ ticaretine uluslararası açıdan bakıldığında ise Şekil 5’de görüldüğü gibi 4 farklı senaryo söz konusudur. 1. Senaryoda alıcı organ nakli amacıyla, B ülkesinden A ülkesine gitmektedir. 2. Senaryoda ise donörün organ nakli amacıyla A ülkesinden B ülkesine gittiği görülmektedir. Bir diğer senaryo olan 3. Senaryoya göre ise hem donör hem de alıcının nakil amacıyla buldukları A ülkesinden B ülkesine gittikleri görülmektedir. 4. ve sonuncu senaryoda ise iki farklı ülkede bulunan alıcı ve donörün nakil amacıyla 3. başka bir ülkeye gittikleri görülmektedir. Bir başka açıdan değerlendirmede bulunulacak olursa uluslararası alanda organ nakli amacıyla yapılan bu yer değiştirmelerin bir süre sonra sağlık turizmine farklı bir boyut kazandırdığı ve Nakil Turizmi’ni ortaya çıkardığı söylenebilmektedir (Budiani-Saberi, Delmonico 2008).

Şekil 5. Uluslararası Organ Kaçakçılığı Piyasasının İşleyişi



Kaynak: Budiani-Saberi, Delmonico 2008

Organ naklini ticari bir yaklaşım ile ele alan yaklaşımlar bu piyasanın işleyişinde eşitlik ve hakkaniyet ilkelerine zarar vereceğinden dolayı organ ticareti ve karaborsasını kontrol etmeye yönelik uluslararası iletişim ve işbirliği faaliyetlerinin artırılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Organ ticaretinin giderek daha büyük bir sorun haline alması ve küresel organ yetersizliği sorununa dikkat çekmek amacıyla 2008 yılında İstanbul'da yapılan bir uluslararası bir toplantıda "Organ Kaçakçılığı ve Organ Nakli Turizmi İstanbul Deklarasyonu" yayınlanmıştır. Bu deklarasyonda yer verilen temel başlıklardan birisi organ naklinde etik konusudur. Etik olmayan uygulamalar, organ naklinde küresel organ yetersizliğinin istenmeyen bir sonucu olarak kabul edilmekle birlikte farklı ülkeler hem organ nakli sayısının yetersizliğini önlemek için programların uygulanmasını sağlamak hem de ya kendi ülkesindeki ya da bölgesel işbirliği sonucu diğer ülkelerdeki bağışçılardan vatandaşlarının nakil ihtiyaçlarını karşılamak için organ temin etmek için çaba sarf etmelidir. Bu deklarasyona göre kadavradan nakil uygulamalarını başlatmak ya da arttırmak üzere harcanan çabalar, canlı donörlerin üzerindeki yükü en aza indirmek için gereklidir. Eğitim programları, kadavradan yeterli bir şekilde organ nakli yapılmasının önündeki engellerin, yanlış kavramsallaştırmaların ve güvensizliğin önüne geçmeye yarar sağlayacaktır. Başarılı organ nakli programları, aynı zamanda uygun bir sağlık sistemi altyapısına bağlıdır (Deklarasyon 2008). Bu nedenle organ bağışında etkinliğin artırılmasına yönelik olarak ulusal ve uluslararası işbirliği ve koordinasyon çabalarının geliştirilmesi, organ nakli piyasasının bu piyasaya işlerlik kazandıracak tasarımlar yolu ile düzenlenmesi gerekmektedir.

VI. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık hizmetlerine erişim bir insan hakkıdır ancak kaynak kıtlığı sorunu nedeniyle bu hakkın çoğu zaman kullanılmadığı görülmektedir (Deklarasyon 2008). Organ nakli ile ilgili sorunların giderilebilmesi için tüm dünya genelinde ortak hareket edecek şekilde bir kontrolün sağlanmasına ihtiyaç vardır. Schepers-Hughes (2003)'e göre bu alanın tek başına piyasa kontrolüne bırakılmaması gerekmektedir. Ancak organ nakli piyasasında piyasa mekanizmasına karşı durulmasının arkasında tıp ve ekonomi alanlarının temel gerekçeleri

bulunmaktadır (Taylor 2007). Bu gerçeklere rağmen organ ihtiyacının en temel yaşama ihtiyacı olduğu ve bunun kıt bir kaynak olduğu göz önünde bulundurulduğunda organ nakli piyasasının bu kıt kaynak ihtiyacına en iyi şekilde yanıt vermeyi sağlayacak şekilde düzenlenmesine gerek duyulmaktadır. Bu ihtiyacı böbrek nakli açısından esas alan araştırmacılar arasında bulunan Roth ve diğerleri (2007)'e göre böbrek değişiminin sadece iki yönlü değişim ile sınırlanması önemli bir refah kaybına neden olmaktadır. Roth ve diğerleri (2007)'e göre ise üçlü değişim ve diğer alternatif değişimlerin tasarlanması ve uygulanması sonucunda değişimden elde edilecek fayda en yüksek olacaktır. Bu sayede refah ekonomisinin en temel problemlerinden birisi olan toplum genelinde refah artışına katkı sağlanabilecektir. Bu kapsamda böbrek naklini temel olarak geliştirilen yaklaşımlar arasında bulunan Sönmez ve Ünver (2010)'e göre bu konuda ön plana çıkan piyasa tasarımlarından birisi eşleştirme, diğeri ise listeleme yöntemidir. Bu konu ile ilgili olarak az sayıda kılavuza sahip olunması temel bir sınırlılık olarak görülmekle birlikte böbrek takası sisteminin aşırı ölçüde merkezi bir sisteme sahip olması da bir diğer sınırlılık olarak ön plana çıkmaktadır (Yılmaz 2014).

Organ nakli piyasası ekonomik bir yaklaşım ile ele alındığında bu konuda yapılacak olan değerlendirmelerde göz önünde bulundurulması gereken konulardan birisi de maliyet etkililik boyutudur. Organ naklinin farklı türleri dikkate alınarak yapılacak olan maliyet etkililik çalışmalarında kaynakların nasıl daha etkin kullanılabilmesine daha doğru bir şekilde karar verilebilecektir. Bu konuda örnek verilebilecek çalışmaların başında diyaliz ve böbrek nakli uygulamalarının maliyet etkililiğinin karşılaştırıldığı çalışmalar bulunmaktadır (Wong et al. 2012). Bu konu ile ilgili olarak Oniscu ve diğerleri (2004)'e göre ileri yaşta olan ve böbrek hastalığı ileri evrelere ulaşmış olan hastalarda böbrek naklinin diyaliz tedavisine göre yaşam süresi bakımından daha olumlu sonuçlandığı görülmektedir (Oniscu et al. 2004). Wong ve diğerleri (2012)'e göre ise genç, sağlıklı ve böbrek hastalığının son evrelerine gelmiş yetişkinlerde böbrek naklinin diyaliz tedavisine göre sağlık sonuçları üzerinde daha olumlu sonuçlar doğurduğu belirtilmektedir. Bu sonuçlar böbrek naklinin alternatif tedavi yöntemlerine göre çok daha başarılı olduğu yönünde bilgiler ortaya koymakla birlikte bu konunun farklı organ türleri ve alternatif yöntemler dikkate alınarak değerlendirilmesinde fayda bulunmaktadır.

Organ nakli piyasasında maliyet etkililik boyutunun ötesinde ahlaki boyut dikkate alındığında kaynak kıtlığı sorununun önüne geçebilmek ve canlı donör sayısını artırılabilmesi için yapılması gerekenlerin başında canlı donörden nakil işlemlerinin teşvik edilmesi gelmektedir. Bu noktada özendirici uygulama ve politikaların belirlenmesi ve sisteme güven duyulmasının sağlanmasında yarar vardır. Bu konudaki uygulamalar arasında organ naklinde canlı donörün ameliyat öncesinde, ameliyat sırasında ve ameliyat sonrasında bakımının sağlanması çoğu zaman ihmal edilen bir nokta olarak düşünülmektedir. Bu nedenle canlı donörden yapılacak nakillerin artırılabilmesi için donörün sağlık durumunun sürekli olarak izlenmesi ve kendisine bu konuda bilgi verilmesinde fayda vardır (Deklarasyon 2008).

Canlı donör sayısının artırılması için ön plana çıkarılması gereken bir diğer konu ise bu konunun ahlaki boyutunun her aşamada göz önünde bulundurulması gerektiğidir. Bu konudaki önemli örneklerden birisi İngiltere'dir. İngiltere'de bulunan Nuffield Bioetik Konseyi ile Nottingham Hastanesi'nin organ naklini teşvik etmek amacıyla aldıkları kararlar birlikte değerlendirildiğinde toplumun organ nakli ve dağıtımının gerçekten adil bir şekilde yapıldığı konusunda inancının artması durumunda bu konuda insanların daha istekli davranabilecekleri belirtilmektedir. Organ nakli konusunda ahlaki açıdan tam bir güven ortamı oluşturulduğunda, düşük gelirli insanların parasal ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla organ bağışında bulunmaları teşvik edilecektir. Bu durum yakın gelecekte düşük gelirli insanların organlarını pazarlamalarına yönelik bir teşvik mekanizmasının mümkün

olabileceğini ortaya koymaktadır (Erdoğan 2010). Bunların yanı sıra organ bağıışı konusundaki taleplerin artması ile birlikte İngiltere’de organ bağıışını arttırmaya yönelik teşvik uygulamalarının hızla arttığı görülmektedir. Buna göre nakit yardımı ile cenaze masraflarının karşılanması, bağıışçıların ailelerine bu konuda teşekkür yazılarının gönderilmesi teşvik yöntemleri arasında sayılabilmektedir. Organ nakli piyasasında bir taraftan fazla talebe karşılık arzın yeterli olmaması durumu söz konusu iken diğer taraftan da organ naklinin yasal olmayan boyutu ile karşı karşıya kalınmakta ve karaborsa organ nakli piyasası görülmektedir (Dülger 2014). 2008 yılında yasa dışı organ nakli hakkında İstanbul deklarasyonunda vurgulandığı üzere organ kaçakçılığının önüne geçilmesi için küresel bir işbirliği ve koordinasyon sağlanmasında fayda vardır (Deklarasyon 2008).

Organ nakli piyasasının işleyişinin bir başka boyutu ise nakil merkezleri arasındaki koordinasyon, ulaşım mekanizmalarının kurulmuş olmasıdır. Türkiye örneği ele alındığında nakil merkezlerinin kendi aralarında ve diğer merkezler ile koordinasyon sorunlarının olması ihtiyaç duyulan organın zamanında ve en doğru şekilde taşınmasında organ ihtiyacının karşılanmasında sorunları beraberinde getirmektedir. Bu konudaki ulaşım sorunun çözümü için hava yolu ile ulaşım tercih edilebilecek alternatif yöntemlerden birisidir. Acil ambulans sistemlerinin kurulması organ lojistiğinde hız kazanılmasına yardımcı olacaktır. Ayrıca bu ambulansların özel bir renk ya da işaret ile ayırt edilebilmesi sayesinde organ transferinde daha hızlı ulaşım imkânı yakalanabilecektir (Genç 2009). Organ nakli piyasasının işleyişine hız kazandıracak olan bu politikalar sayesinde ihtiyaç duyulan organa erişimde eşitlik ve hakkaniyetin sağlanması ve toplum genelinde daha nitelikli sağlık hizmetlerine erişilmesi mümkün olabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Abdulkadiroğlu A. and Sönmez T. (1999) House Allocation with Existing Tenants. **Journal of Economic Theory** 88(2): 233-260.
2. Abraham D. J., Blum A. and Sandholm T. (2007) Clearing Algorithms for Barter Exchange Markets: Enabling Nationwide Kidney Exchanges. **Proceedings of the 8th ACM Conference on Electronic Commerce**, pp. 295-304. ACM, California.
3. Ashlagi A., Gamarnik D., Rees M. A. and Roth A. E. (2012) The Need for (Long) Chains in Kidney Exchange. **NBER Working Paper Series**, National Bureau of Economic Research, Cambridge.
4. Besley T. (2013) What’s the Good of the Market? An Essay on Micheal Sandel’s What Money Can’t Buy? **Journal of Economic Literature** 51(2): 478-495.
5. Bilgili E. ve Ecevit E. (2008) Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 11(2): 201-228.
6. Budiani-Saberi D. A. and Delmonico F.L. (2008) Organ Trafficking and Transplant Tourism: A Commentary on the Global Realities. **American Journal of Transplantation** 8: 925-929.
7. Doğan M. K. (2014) Eşleşme Teorisi ve Piyasa Tasarımı. **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi** 69(2): 379-405.
8. Dülger M. V. (2014) **Yasadışı Sınır Ötesi Sağlık Sektörü: Organ Ticareti, Taşıyıcı Annelik ve Sperm Bağıışı**. <http://www.sdplatform.com/Dergi/702/Yasa-disi-sinir-otesi->

saglik-sektoru-Organ-ticareti--tasiyici-annelik-ve-sperm-bagisi.aspx Erişim Tarihi: 05.10.2015.

9. Elias J. J. (2014) The Role of Repugnance in the Development of Markets: The Case of the Market for Kidneys for Transplants. **CESinfo Conference on Social Economics**. Globe-Spanning Economic Research and Policy Advice Institution, Munich.
10. Erdoğan E. (2010) **Var Mı Organ Satan? Sahibinden Satılık Organ Britanya Serbest Organ Piyasası**. <http://www.ataum.ankara.edu.tr/ebulten/mayis2010.pdf> Erişim Tarihi: 06.10.2015.
11. Fox R. C. and Swazey J. P. (2008) **Observing Bioethics**. Oxford University Press, New York.
12. Gale D. and Shapley L. S. (1962) College Admissions and Stability of Marriage. **The American Mathematical Monthly** 69(1): 9-15.
13. Genç R. (2009) Türkiye’de ve Dünyada Organ Transplantasyon Cerrahisi: Transplantasyon Lojistiği ve Önemi. **Ulusal Cerrahi Dergisi** 25(1): 40-44.
14. Goodacre S. and McCabe C. (2002) An Introduction to Economic Evaluation. **Emergency Medicine Journal** 19: 198-201.
15. Gürsoy Ş. T. ve Aksu F. (2007) Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Dinamikleri. **Amme İdaresi Dergisi** 40(3): 63-77.
16. Küçükşenel S. ve Urhan Ü. B. (2013) Daha İyi Bir Tasarım Mümkün mü? Pratik Sorunlar İçin İktisadi Çözümler. **İktisat ve Toplum** 36: 45-51.
17. Marshall P. A., Thomas D. C. and Daar A. S. (1996) Marketing Human Organs: The Autonomy Paradox. **Theoretical Medicine** 17: 1-18.
18. Mauss M. (1990) **The Gift - The Form and Reason for Exchange in Archaic Societies**.<http://www.amazon.com/The-Gift-Exchange-Archaic-Societies/dp/039332043X> Erişim Tarihi: 05.09.2015.
19. Micheal S. (2013) **What Money Can’t Buy? The Moral Limits of Markets**. <http://www.amazon.com/What-Money-Cant-Buy-Markets/dp/0374533652> Erişim Tarihi: 10.10.2015.
20. Nottingham Hospital (2015) <http://www.nuh.nhs.uk/> Erişim Tarihi: 12.10.2015.
21. Nuffield Council of Bioethics (2015) <http://nuffieldbioethics.org/about/> Erişim Tarihi: 05.09.2015.
22. Oniscu G. C., Brown H. and Forsythe J. L. R. (2004) How Great is the Survival Advantage of Transplantation over Dialysis in Elderly Patients? **Nephrol Dial Transplant** 19: 945-951.
23. Organ Kaçakçılığı ve Organ Nakli Turizmi İstanbul Deklarasyonu (2008) <http://www.declarationofistanbul.org/> Erişim Tarihi: 25.04.2015.

24. Resmi Gazete (1979) **2238 Sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun.**
25. Roth A. E. (1984) The Evolution of the Labor Market for Medical Interns and Residents: A Case Study in Game Theory. **Journal of Political Economy** 92(6): 991-1016.
26. Roth A. E. (2006) Repugnance as a Constraint on Markets, **NBER Working Paper Series** <http://www.nber.org/papers/w12702> Erişim Tarihi: 12.10.2015.
27. Roth A. E. (2008) What Have We Learned from Market Design? **The Economic Journal** 118: 285-310.
28. Roth A. E. (2015) Transplantation: One Economist's Perspective. **Transplantation** 99(2): 261-264.
29. Roth A. E., Sönmez T. and Ünver M. U. (2005) A Kidney Exchange Clearinghouse in New England. **The American Economic Review** 95(2): 376-380.
30. Scheper-Hughes N. (2003) Keeping an Eye on the Global Traffic in Human Organs. **The Lancet** 361: 1645-48.
31. Sönmez T. and Ünver M. U. (2013) House Allocation with Existing Tenants: A Characterization. **Games and Economic Behavior** 69(2): 425-445.
32. T.C. Sağlık Bakanlığı (2014b) Organ, Doku Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı https://organ.saglik.gov.tr/web/Bolge_Koordinasyon_merkezleri.aspx Erişim Tarihi: 11.10.2015.
33. T.C. Sağlık Bakanlığı (SB) (2014a) Organ, Doku Nakli ve Diyaliz Hizmetleri Daire Başkanlığı https://organ.saglik.gov.tr/web/yonetim/Images/link_dosyaları/14.02.2015_Overview_of_The_.mp4 Erişim Tarihi: 11.10.2015.
34. T.C. Sağlık Bakanlığı (SB) (2015a) Organ Ve Doku Nakli Daire Başkanlığı <https://organ.saglik.gov.tr/web/> Erişim Tarihi: 05.10.2015.
35. T.C. Sağlık Bakanlığı (SB) (2015b) **Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi Yönergesi.** http://www.ihs.gov.tr/indir/mevzuat/yonergeler/YG_30012001_1.pdf Erişim Tarihi: 13.10.2015.
36. T.C. Sağlık Bakanlığı (SB) (2015c) **Sağlık Turizmi** <http://www.saglikturizmi.org.tr/tr/st-donusum/organ-nakli-hizmetleri> Erişim Tarihi: 12.10.2015.
37. T.C. Sağlık Bakanlığı (SB) (2015d) Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü <http://www.saglik.gov.tr/SHGM/ana-sayfa/1-15896/20151014.html> Erişim Tarihi: 11.10.2015.
38. T.C. Sağlık Bakanlığı (SB) (2015e) **Sağlık Turizmi** <http://www.saglikturizmi.org.tr/tr/st-donusum/organ-nakli-hizmetleri> Erişim Tarihi: 12.10.2015.

39. Taylor J. S. (2006) Why the “Black Market Arguments Against Legalizing Organ Sales Fail. **Res Publica** 12: 163-178.
40. Taylor J. S. (2007) A “Queen of Hearts” Trial of Organ Markets: Why Scheper-Hughes’s Objections to Markets in Human Organs Fail. **J Med Ethics** 33: 201-204.
41. Van Dalen H. P. and Henkens K. (2014) Comparing the Effects of Defaults in Organ Donation Systems. **Social Science & Medicine** 106: 137-142.
42. Wallis C. B., Samy K. P., Roth A. E. and Rees M. A. (2011) Kidney Paired Donation. **Nephrol Dial Transplant** 26: 2091-2099.
43. WHO (World Health Organization) (2007) **The State of the International Organ Trade: A Provisional Picture Based on Integration of Available Information** <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/12/06-039370-table-T1.html> Erişim Tarihi: 12.10.2015.
44. Wong G., Howard K., Chapman J. R., Chadban S., Cross N., Tong A., Webster A. C. and Craig J. C. (2012) Comparative Survival and Economic Benefits of Deceased Donor Kidney Transplantation and Dialysis in People with Varying Ages and Co-Morbidities. **PloS One** 7(1): 1-9.
45. Yılmaz Ö. (2014) Kidney Exchange: Further Utilization of Donors via Listed Exchange. **Journal of Mathematical Economics** 51: 178-186.