



Cilt/Volume :4 Sayı/Issue :3 Yıl/Year :2018(ARALIK) ISSN-2149-6161

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND
STRATEGIES RESEARCH



İÇİNDEKİLER

ANKARA İLİNDE YAŞAYAN KİŞİLERİN GENEL SAĞLIK SİGORTASINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF PERSONS LIVING IN THE PROVINCE OF ANKARA ON GENERAL HEALTH INSURANCE(Prof. Dr. Emine ORHANER- Nazmiye EKİNCİ) (Araştırma makalesi 195-211)

AKILCI İLAÇ KULLANIMINDA AİLE HEKİMİNİN ROLÜ: BİTLİS İLİNDE BİR UYGULAMA
THE ROLE OF FAMILY DOCTOR ON RATIONAL DRUG USE: AN APPLICATION IN BITLİS PROVINCE(Prof. Dr. Emine ORHANER-Emrah SALĞIN)(Araştırma makalesi 212-226)

KADIN ÇALIŞANLARIN CAM TAVAN ENGELLERİNİN ARAŞTIRILMASI: BİR ÖZEL HASTANE ÖRNEĞİ

INVESTIGATION OF GLASS CEILING OBSTACLES OF FEMALE EMPLOYEES: A CASE OF PRIVATE HOSPITAL (Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK - Yasemin BOLAT -Öğr. Gör. İlknur KIRAN MORKOÇ) (Araştırma makalesi 227-250)

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TELE-TIP UYGULAMALARI: TELE-TIP UYGULAMA BOYUTLARINI İÇEREN BİR ARAŞTIRMA

TELEMEDICINE APPLICATIONS IN HEALTH SECTOR: A RESEARCH IN VOLVING TELEMEDICINE APPLICATION DIMENSIONS (Prof. Dr. Sezer KORKMAZ-İsmihan HOŞMAN)(Araştırma makalesi 251 -263)

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE ARAÇ ROTALAMA İLE GÜZERGAHLARIN BELİRLENMESİ: DEVLET HASTANESİNDE BİR UYGULAMA

DETERMINING ROUTES BY VEHICLE ROTATION AT HOME HEALTHCARE SERVICES: A CASE STUDY IN STATE HOSPITAL (Cemre TAŞ-Neşet BEDİR-Tamer EREN-Suna ÇETİN- Hacı Mehmet ALAKAŞ) (Araştırma makalesi 264- 283)

ANKARA İLİNDE YAŞAYAN KİŞİLERİN GENEL SAĞLIK SİGORTASINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF PERSONS LIVING IN THE PROVINCE OF ANKARA ON GENERAL HEALTH INSURANCE

Nazmiye EKİNCİ

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü,

Sağlık Kurumları Yöneticiliği Doktora Öğrencisi

ekinci.nazmiye@gmail.com

orcid.org/0000-0002-7007-4123

Prof. Dr. Emine ORHANER

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi

eorhaner@gazi.edu.tr

orcid.org/0000-0002-4448-2684

Makale gönderim-kabul tarihi (20.09.2018-18.12.2018)

Özet

Bu çalışma Ankara’da yaşayan 18 yaş ve üzerindeki bireylerin Genel Sağlık Sigortasına bakış açılarının ortaya konulması amacıyla bir anket formundan yararlanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Ankara’da yaşayan 18 yaş ve üzerindeki kişiler, örneklemini ise Ankara’da yaşayan 18 ve üzerindeki 400 kişi oluşturmaktadır. 394 kişinin anketi istatistiksel analize tabi tutulmuştur. Anketin güvenilirliği için Cronbach’s Alpha değeri incelenmiş 0.83 bulunmuştur. Katılımcıların Genel Sağlık Sigortası kapsamında bazı koşulların yerine getirilmesiyle finansmanı sağlanan yurt dışı tedavi, tüp bebek, organ, doku ve kök hücre naklinden ve obezite tedavisinden habersiz oldukları belirlenmiştir. Verilerin çözümlenmesinde regresyon analizi kullanılmıştır. Buna göre, genel sağlık sigortasıyla ilgili düşüncelerin bağımlı değişken, eğitim durumunun, sağlık güvencesinin ve benzerinin bağımsız değişken olduğu regresyon modelinde söz konusudeğişkenler arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Anahtar Kelimeler: sigorta, sağlık sigortası, genel sağlık sigortası, Ankara, sağlık

Abstract

This study was realised in order to reveal viewpoints of people living in Ankara adults aged 18 and older about General Health Insurance in Ankara with utilized a questionnaire. Target population of the study is constituted of living in Ankara adults aged 18 and older, research sample of the study is constituted of 400 people living in Ankara. 394 people’s questionnaire is subject to analysis. For the reliability of the questionnaire, the Cronbach’s Alpha was examined 0.83. It was defined participants were unaware of within the General Health Insurance which provided within certain conditions foreign healthcare services, test tube baby, organ, tissue and stem cell transplantation, obesity treatment. Regression analysis were used in the analysis of the data. There isn’t significant relationship between variables in the regression model in which the dependent variable is the

viewpoint of respondents about General Health Insurance and the independent variables are education level, health insurance etc.

Keywords: insurance, health insurance, general health insurance, Ankara, health

GİRİŞ

Sigorta risklerin yol açtığı zararların maliyetini veya etkisini azaltan bir araçtır. Sigorta, zararlara yol açan istenmeyen olayların olmasını önlemek için bir araç değildir ancak bu zararlara karşı sigortalıyı, zararlarını ödeyerek korur (Shrestha, 2009). Güvel ve Güvel'e (2015: 25) göre sigortanın amacı, oluşacak hasarı grup üyelerine dağıtarak hasarın yükünü grubun tüm üyeleri için taşınabilir biçime getirmektir.

Bireylerin sağlık hizmetlerine duyacakları ihtiyacın, ihtiyacın zamanının belirsiz ve öngörülemezliği bireylere öngörülemeyen sağlık harcamalarına karşı önlem almaya teşvik etmektedir. Öngörülemeyen sağlık harcamalarının önemli kısmının sağlık sigortalarının yardımıyla giderilebileceği düşünülmektedir. Bu sebeplerle sağlık sigortası kavramı ile ilgili bilgi vermekte fayda vardır.

SAĞLIK SİGORTASI KAVRAMI VE ÖNEMİ

Mohammadi, Raissi, Barooni, Ferdosii ve Nuhi (2004), "sağlık sigortasının yapısıyla ve finansal sistemiyle sağlık sisteminin önemli bir bileşeni olduğu bilinmektedir" diyerek sağlık sigortasının önemine değinmiştir. Yıldırım ve diğerleri (2012: 91) sağlık sigortasını diğer sigorta çeşitlerinden farklı kılan yönünü hasar görmüş olan sermaye olan insan vücudunun komple yerine konulmasının maliyetini karşılayamaması olarak belirtmiştir.

Sağlık Sigortası Kapsamında Yapılan Yardımlar

Oral (2001: 39), sağlık sigortası kapsamında yapılan yardımların sağlık yardımları ve parasal yardımlar olmak üzere ikiye ayrıldığını ifade etmiştir. Sağlık yardımları içerisinde; sigortalıya ya da sigortalının aile bireylerine hastalığın teşhisi ve tedavisi ile ilgili yardımlar, tedavi olanağının, ilaç yardımı vb. yapılmaktadır. Hastalık durumunun varlığında sağlık yardımlarının yanında kişilere hastalığın yalnızca belli süresi boyunca "iş göremezlik ödeneği" adlı parasal yardımlar yapılmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından verilen sağlık yardımları içerisinde hastalık sigortası, analık sigortası ile iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortası yer almaktadır.

Sağlık Sigortasının Türleri

Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası, Thomson ve Mossialos'a (2009: 13) göre: "gönüllü olarak yaptırılan ve bireyler adına bireyler /işveren tarafından ödenen sigorta" dır. Groß, Okma ve Wasem (2002), özel sağlık sigortasının fonksiyonlarını özel sağlık sigortasının zorunlu sağlık sigortası için bir alternatif olması ve sosyal sigorta tarafından kapsamında olmayan hizmetleri de sunması olarak açıklamıştır.

Seyahat sağlık sigortası, kişiyi yurtiçi ya da yurtdışı seyahatleri sırasında meydana gelebilecek sağlık risklerine karşı koruyan sigorta türüdür (Sigortaladim.com, 2016). Tamamlayıcı sağlık sigortası ise: Sosyal Güvenlik Kurumu'na kapsam altına alınmayan veya kapsam altında bulunduğu halde genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ilave bir ücret ödenmesini gerektiren sağlık hizmetlerini özel sigortalar aracılığıyla sigorta kapsamına alan bir sigorta çeşididir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Genel Sağlık Sigortası (GSS)

SGK (2016), Genel Sağlık Sigortasını: “kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigorta” şeklinde tanımlamıştır. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 31.05.2006 tarihinde kabul edilmiş, çeşitli nedenlerle Kanun 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe girmiş; Türkiye’de zorunlu olarak 01.01.2012 tarihinden itibaren uygulanmaya başlamıştır. Genel sağlık sigortası Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur sigortalıları arasındaki hizmet ayrımının giderilmesine olanak sağlamıştır. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun (2006) temel amacı, sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından tüm ülke vatandaşlarına güvence sağlanması; GSS’den yararlanacak kişilerle onlara sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartlarını ve finansman yöntemlerini belirlemektir.

Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Koşulları

Prim ödeme ve prim borcu olmama koşulu, kimlik bildirim koşulu, katılım payı ödenmesi koşulu ve sevk zincirine uyulması koşulu sağlanmalıdır.

GSS primi, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tabi olanlar için prime esas kazancın % 12.5’idir. Bu primin %5’i sigortalı, %7.5’i ise işveren hissesidir. Yalnızca Genel Sağlık Sigortasına tabi olanlar ile 60’ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendi ve bu Kanunun geçici 13’üncü maddesinde belirtilenlerin Genel Sağlık Sigortası primi, prime esas kazancın % 12’sidir (Tan, 2015: 16).

GSS Kapsamında SGK Tarafından Finanse Edilen Ve Edilmeyen Sağlık Hizmetleri

SGK’ nun finansmanını sağladığı sağlık hizmetleri içerisinde: korucu sağlık hizmetleri, muayeneler, tahliller, tedaviler, rehabilitasyon, organ, doku ve kök hücre nakline yönelik hizmetler, acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavilerinin belirlenen tutarı, kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç vb. yer almaktadır. Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği’nde (2008) belirtildiği üzere, Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık kurulu raporlarının sağlık kurulu tarafından teyit edildikten sonra, yurt içinde tedavisinin yapılamadığının Sağlık Bakanlığı’na onaylanırsa, tedaviye ilişkin yurt dışındaki sağlık hizmeti giderleri SGK tarafından ödenir. Obezite tedavisi vücut kitle indeksi 40 kg/m²’den büyük olanlara, 35-40 kg/m² olan ve eşlik eden hastalığı bulunan kişilerde tıbbi endikasyonun belirtildiği sağlık kurulu raporunun düzenlenmesi gibi belirli koşulların sağlanması durumunda SGK tarafından karşılanabilmektedir. Mideye zayıflama amaçlı kelepçe takılması işlemi de bu kapsamda değerlendirilmektedir. Geçici koruma altındaki Suriyelilere, temel ile koruyucu, tedavi edici, acil sağlık hizmetleri ve SUT kapsamında ücretsiz verilmektedir.

SGK tarafından finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri içerisinde: estetik amaçlı sağlık hizmetleri ile ortodontik diş tedavileri, Sağlık Bakanlığı’na izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri ile kronik hastalığı olan yabancı ülke vatandaşları için bazı durumlarda karşılanmayan sağlık hizmetleri yer almaktadır. Lensler (kontakt lens) ise lens bedellerinin üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen sağlık kurulu raporuyla, teşhis, hastaya uygun görülen lensin çapı niteliğinin belirtilmesi ve SGK ile sözleşmeli optisyenlik müesseselerinden temin edilmesi şartıyla SGK tarafından karşılanmaktadır. Diş implantı tedavisi ancak uygulamasının zorunlu olduğunun sağlık kuruluyla karara bağlanmasıyla ve SUT’taki sınırlı durumlar için karşılanır. Normal şartlarda diş implantı SGK tarafından karşılanmamaktadır.

Genel Sağlık Sigortasının Avantaj ve Dezavantajları

Devlet güvencesi altında bir sigorta kolunun oluşmasının sağlanması, sağlıkta geri ödeme sistemlerinin elektronik ortamda kayıt ve kontrolleri yapılabilmesine olanak tanınması Genel Sağlık



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Sigortası'nın avantajlarından. Özmen (2013: 37), Genel sağlık sigortasıyla birlikte hastanelere ilaç/malzemelerin hastanelerde temin edilmesi zorunluluğu getirildiğini ve daha önce ilaç/malzemeleri kendileri temin etmek durumunda kalan yatan hastalar bu durumdan kurtulduklarını belirtmiştir. Kaya (2010: 208), GSS'nin uygulama açısından hizmete erişme imkânının arttırdığını ve sağlık hizmetlerinden yararlanma şartlarını kolaylaştırdığını belirtmiştir.

GSS, sağlık harcamalarının bütçeye yükünü arttırabilme potansiyeli taşıması, bu sigortaya katılmayı istemeyenlerin de sisteme dâhil olmak durumunda olması ve toplanan primlerin zorunlu olması ve prim ödemesini yapamayan kişilerin borçlarının birikmekte olması gibi yönlerden dezavantajlıdır.

ARAŞTIRMA

Araştırmanın Amacı Ve Önemi

Bu araştırmanın amacı, Ankara ilinde yaşayan 18 yaş ve üzerinde olan bireylerin genel sağlık sigortalarına karşı bakış açılarını ortaya koymaktır.

Sağlık sigortaları ve çeşitleri hakkında literatürde çeşitli araştırmalar mevcuttur. Bu araştırmaların birçoğunda anket çalışması yapılması gibi uygulama kısmının bulunmadığı görülmüştür. Uygulama kısmı bulunan araştırmaların ise daha çok Ankara dışındaki (İstanbul, Bursa ve Eskişehir vb.) illerde uygulandığı belirlenmiştir. Bu nedenle Ankara'da sağlık sigortası ile ilgili bir çalışma yapılmak istenmiştir.

Bu araştırma, katılımcılara Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınması gereken sağlık hizmetleri sorularak ve araştırmaya katılan kişilerin sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi hakkında görüşlerine de yer verilerek verilen cevapların konuyla ilgilenen kişilere yol gösterici olması açısından da önemlidir.

YÖNTEM

Verilerin elde edilmesi noktasında yüz yüze anket yöntemine başvurulmuştur. Uygulama sonucunda elde edilen verilerin çözümlenmesinde SPSS 24'ten yararlanılmıştır. Anket formunda iki bölüm yer almaktadır. Birinci bölümde ankete katılanların demografik özellikleri yer alırken ikinci bölüm genel sağlık sigortasıyla ilgili düşünceleri yansıtan 5'li likert tipi ifadelerden oluşmaktadır.

Araştırmada kullanılan anket ile ilgili güvenilirlik analizi yapılmıştır. Uygulanan ankette bütün soruların birbiriyle tutarlılığını, ele alınan konuyu ölçmede türdeşliğini ortaya koymak ve güvenilirlik analizi için ankette likert ölçeği kullanıldığından dolayı 'Cronbach Alpha' katsayısı hesaplanmıştır. Testin sonucunda elde edilen alfa değeri (α) testin homojenliğinin göstergesi olarak kabul edilir (Tavşancıl, 2006, 29).

- $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.
- $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.
- $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.
- $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

Yapılan güvenilirlik analizinde uygulanan anket için güvenilirlik katsayısı α %95 güven aralığında 0,83 olarak bulunmuştur. Bu 'Cronbach Alpha' iç tutarlılık katsayısı ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir.

Anket sorularının, normal dağılım gösterip göstermediği normallik testi ile belirlenmiştir. Test sonucunda Skewness ve Kurtosis değerleri -2 ve +2 arasında olduğundan verilerin normal dağıldığı saptanmıştır. Ayrıca araştırmada regresyon analizinden de yararlanılmıştır.

Evren Ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Ankara ilinde yaşayan 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Örneklemi ise, bireyler arasından kolayda örnekleme yöntemi ile seçilen kişiler oluşturacaktır. Bu çalışmada toplam 400 kişiye anket uygulanmış, 6 kişinin anket formunu belirlenen kriterlere göre doldurmadığı tespit edilmiştir. Toplam 394 anket istatistiksel analize tabi tutulmuştur.

Yazıcıoğlu ve Erdoğan (2014: 50) evren bilinmediğinde yeterli örneklem sayısının 400 olduğunu şöyle açıklamıştır (p: Evrende x'in gözlenme oranı, q: Evrende x'in gözlenmeme oranı; σ : Evrenin standart sapması; n: Örneklem büyüklüğüdür):

Evren bilinmezse(p= 0,50 ve q=0,50 olmak üzere):

$$\sigma = \frac{\sigma x}{\sqrt{n}}$$

$$0,025 = \frac{\sqrt{n}}{(0,50) (0,50)}$$

$$0,025^2 = \frac{0,25}{n}$$

$$n = \frac{0,25}{0,025^2}$$

$$n = \frac{0,25}{0,000625} = 400$$

Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacına uygun olarak belirlenen hipotezler aşağıdaki gibidir:

- H₁: Araştırmaya katılan kişilerin demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum) ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H₂: Araştırmaya katılan kişilerin eğitim durumu ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H₃: Araştırmaya katılan kişilerin meslekleri ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H₄: Araştırmaya katılan kişilerin aylık gelir düzeyleri ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H₅: Araştırmaya katılan kişilerin sahip oldukları sağlık güvencesi ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H₆: Araştırmaya katılan kişilerin hanesinde yaşayan kişi sayısı ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H₇: Araştırmaya katılan kişilerin sağlık sorunu olduğunda genellikle gitmiş oldukları sağlık kuruluşu ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H₈: Araştırmaya katılan kişilerin yılda ortalama kaç defa herhangi bir sağlık kuruluşuna gittiği ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H₉: Araştırmaya katılan kişilerin en son gittikleri sağlık kuruluşuna ödedikleri ücret ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

- H₁₀: Araştırmaya katılan kişilerin Türkiye’de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesiyle ilgili düşünceleri ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H₁₁: Araştırmaya katılan kişilerin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası hakkında bilgi sahibi olmaları ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Yorum

Araştırma sonucu elde edilen bulgular aşağıda sunulmuştur:

Araştırmaya katılan kişilerin demografik özellikleri Tablo 1’de sunulmuştur:

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Özellikleri

	N	%		N	%
Cinsiyet			Medeni Durum		
Kadın	186	47,2	Evli	145	36,8
Erkek	208	52,8	Bekar	249	63,2
	N	%		N	%
Yaş			Sağlık Güvencesi		
18-27	195	49,5	Yok	25	6,3
28-37	93	23,6	SSK	218	55,3
38-47	57	14,5	Bağ-Kur	45	11,4
48-57	27	6,9	Emekli sandığı	75	19,0
58 ve üstü	22	5,6	Özel sigorta	31	7,9
Eğitim Durumu			Hanedeki Kişi Sayısı		
İlköğretim	34	8,6	0	31	7,9
Lise	108	27,4	1	55	14,0
Ön lisans/Lisans	190	48,2	2	81	20,6
Yüksek Lisans/Doktora	58	14,7	3	113	28,7
Okul Bitirmemiş	4	1,0	4	68	17,3
Meslek			5 ve üstü	46	11,7
Kamu	67	17,0	Sağlık Kurumları		
Özel	100	25,4	Aile sağlığı merkezi	77	19,5
Kendi İş	32	8,1	Devlet hastanesi	210	53,3
Emekli	20	5,1	Üniversite hastanesi	43	10,9
Öğrenci	110	27,9	Özel hastane	57	14,5
Çalışmıyor	55	14,0	Diğer	7	1,8
Diğer	10	2,5			
Aylık Gelir			Sağlık Kurumuna Gidiş		
1000 TL Ve Altı	120	30,5	Hiç	30	7,6
1001 TL-2000TL	116	29,4	1-2	135	34,3
2001TL-3000TL	71	18,0	3-4	118	29,9
3001TL-4000TL	55	14,0	5-6	53	13,5
4001 TL Ve Üstü	32	8,1	7-8	26	6,6
			9 Ve Üstü	32	8,1
Sağlık Kurumuna Ödenen Ücret			Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi		
0 TL	114	28,9	Tamamen olumlu	78	19,8
1 TL-50 TL	89	22,6	Olumlu ama çekincesi var	141	35,8
51 TL-100 TL	44	11,2	Tamamen olumsuz	147	37,3
101 TL-150 TL	18	4,6	Hiçbir düşüncesi yok	28	7,1
151 TL-200 TL	12	3,0			
201 TL- 300TL	11	2,8	TSS'yi Duyma Durumu		
301 TL ve Üzeri	22	5,6	Duymuş	116	29,4
Hiç gitmedi/Hatırlamıyor/Bilmiyor	84	21,3	Duymamış	278	70,6
Toplam	394	100,0	Toplam	394	100,0

Tablo 1 incelendiğinde araştırmaya katılanların:

- % 47,2'sinin kadın ve % 52,8'inin ise erkek; % 36,8'inin evli ve % 63,2'si bekâr; % 49,5'inin 18-27 yaş aralığında; % 23,6'sının 28-37 yaş aralığında olduğu, % 27,4'ünün lise mezunu; % 48,2'sinin önlisans/lisans mezunu ve % 17'si memur; % 25,4'ü özel sektör çalışanı; % 27,9'unun öğrenci olduğu; % 30,5'inin 1000 TL ve altı gelire; % 29,4'ünün 1001-2000 TL geliresahip olduğu,
- % 6,3'ünün sağlık güvencesi bulunmamakta iken % 55,3'ünün SSK'lı ve % 7,9'unun ise özel sağlık sigortasına sahip olduğu,
- % 7,9'unun hanesinde kendisi dışında kimsenin yer almadığı, % 20,6'sında kendisi dışında 2 kişi; % 28,7'sinde kendisi dışında 3 kişinin yer aldığı,
- % 19,5'inin sağlık sorunları ile karşılaştıklarında Aile Sağlığı Merkezine; % 53,3'ünün Devlet Hastanesine; % 14,5'inin özel hastaneye gittiği belirlenmiştir.
- % 29,4'ünün tamamlayıcı sağlık sigortasını duyduğu, % 70,6'sının ise duymadığı,
- %7,6'sının bir yıl içerisinde herhangi bir sağlık kurumuna hiç gitmediği, %34,3'ünün yılda 1-2 kez; %29,9'unun 3-4 kez sağlık kurumuna gittiği görülmektedir.
- Yılda en az 1 defa herhangi bir sağlık kurumuna giden toplam 310 kişinin (hiç gitmeyen 30 kişi ile hatırlamayan ve bilmiyorum diyen 54 kişi hariç) herhangi sağlık kurumuna son gidişinde ödediği ücrette: katılımcıların % 28,9'u hiç ücret ödemediği, % 22,6'sının 1-50 TL arası ücret ödediğini; % 11,2'sinin 51-100 TL arası ücret ödediği belirlenmiştir.
- Türkiye'de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ile ilgili % 35,8'inin “olumlu ama çekimser”; % 37,3'ünün ise “tamamen olumsuz” düşünceye sahip oldukları ortaya çıkmıştır.

Tablo 2: Katılımcıların Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Olduğunu Düşündükleri Hizmetler

	Kapsam Altında		Kapsamda Değil	
Organ, doku kök hücre nakline yönelik hizmetler	196	% 49.7	198	% 50.3
Tüp bebek	126	% 32.0	268	% 68.0
Estetik operasyonlar	54	% 13.7	340	% 86.3
Estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri	62	% 15.7	332	% 84.3
Mideye zayıflama amaçlı kelepçe takılması	50	% 12.7	344	% 87.3
Alternatif tıp hizmetleri	74	% 18.8	320	% 81.2
Lens (kontakt lens)	68	% 17.3	326	% 82.7
İş kazaları ve meslek hastalıkları	258	% 65.5	136	% 34.5
İmplant	69	% 17.5	325	% 82.5
Yurt dışı tedavileri	66	% 16.8	328	% 83.2
Obezite tedavisi	129	% 32.7	265	% 67.3
Suriyeli mültecilere sunulan sağlık hizmetleri	198	% 50.3	196	% 49.7

Tablo 2'de, katılımcıların % 49,7'si organ, doku ve kök hücre naklinin, % 32'si tüp bebek hizmetlerinin, % 65,5'inin iş kazaları ve meslek hastalıklarının; % 17,5'inin implant işlemlerinin; % 16,8'i yurt dışı tedavilerinin; % 32,7'sinin obezite tedavisinin ve % 50,3'ü Suriyeli mültecilere sunulan sağlık hizmetlerinin vb. GSS kapsamında olduğunu düşünmektedir.

Tablo 3:Katılımcılara Göre Genel Sağlık Sigortası Kapsamına Alınması Gereken Sağlık Hizmetleri

Sağlık Hizmetleri	Kapsama Alınmalı		Kapsama Alınmamalı	
Bütün kanser ilaçları	334	%84,8	60	%15,2
Estetik operasyonlar	120	%30,5	274	%69,5
Estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri	165	%41,9	229	%58,1
Mideye zayıflama amaçlı kelepçe takılması	135	%34,3	259	%65,7
Alternatif tıp hizmetleri	163	%41,4	231	%58,6
İmplant	211	%53,6	183	%46,4
Anti-aging uygulamaları	108	%27,4	286	%72,6
Saç ekimi	133	%33,8	261	%66,2
Hepsi	89	%22,6	305	%77,4

Tablo 3 incelendiğinde, katılımcıların % 84,8'i bütün kanser ilaçlarının; % 41,9'u estetik amaçlı ortodontik diş tedavilerinin; % 34,3'ü mideye zayıflama amaçlı kelepçe takılması işleminin; % 41,4'ü "alternatif tıp hizmetlerinin"; % 53,6'sı implant işleminin; % 22,6'sı yukarıda ifade edilen tüm hizmetlerin Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınması gerektiğini istedikleri görülmektedir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Tablo 4:Genel Sağlık Sigortası İle İlgili Katılımcı Görüşlerine Yönelik Elde Edilen Betimsel İstatistikler

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Ortalama	Standart sapma
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		
Genel Sağlık Sigortasıyla herkes sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir.	38 (%9,6)	77 (%19,5)	103 (%26,1)	123 (%31,2)	53 (%13,5)	3.19	1.182
Genel Sağlık Sigortası, geliri olmayanlara da sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı sunar.	37 (%9,4)	74 (%18,8)	113 (%28,7)	119 (%30,2)	51 (%12,9)	3.19	1.163
Genel Sağlık Sigortasından yararlanmak için kişinin belirli bir statüye sahip olması gerekir.	50 (%12,7)	70 (%17,8)	113 (%28,7)	119 (%30,2)	42 (%10,7)	3.08	1.188
Çalışmayan kişilerin Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için Sosyal Güvenlik Kurumu'na prim ödemeleri gerekmektedir.	37 (%9,4)	71 (%18)	112 (%28,4)	127 (%32,2)	47 (%11,9)	3.19	1.150
Çalışmayan kişilerin Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için gelir testi yaptırmaları zorunludur.	34 (%8,6)	50 (%12,7)	120 (%30,5)	124 (%31,5)	66 (%16,8)	3.35	1.157
Gelir testi, belli bir statüye sahip olmayan kişinin bakmakla yükümlü olduğu kişilere yapılması gerekmektedir.	40 (%10,2)	57 (%14,5)	133 (%33,8)	104 (%26,4)	60 (%15,2)	3.22	1.174
Genel Sağlık Sigortası kapsamında; Sağlık Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine yurt içinde tedavisi mümkün olmayan kişilerin sağlık hizmetleri yurt dışında sağlanır.	48 (%12,2)	63 (%16)	139 (%35,3)	97 (%24,6)	47 (%11,9)	3.08	1.169
Genel Sağlık Sigortası sayesinde temel sağlık göstergelerindeki olumsuzluklar azaltılmaktadır.	31 (%7,9)	58 (%14,7)	138 (%35)	118 (%29,9)	49 (%12,4)	3.24	1.097
Genel Sağlık Sigortasının kapsamının genişliği nedeniyle sağlık harcamalarının bütçeye yükü artmaktadır.	38 (%9,6)	70 (%17,8)	123 (%31,2)	118 (%29,9)	45 (%11,4)	3.16	1.139
Vatansızlar ve sığınmacılar da Genel Sağlık Sigortası kapsamı altındadır.	45 (%11,4)	65 (%16,5)	119 (%30,2)	107 (%27,2)	58 (%14,7)	3.17	1.207

Tablo 4 incelendiğinde katılımcıların en yüksek değerli ortalamayı “çalışmayan kişilerin Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için gelir testi yaptırmaları zorunludur” (Ort.=3.35) ifadesi ile sağladığı ortaya çıkmıştır. Yani katılımcıların çoğunun, Genel Sağlık Sigortası kapsamında yer alan sağlık hizmetleri için gelir tespiti yapılması hususunu kabul ettiği ifade edilebilir. Katılımcıların “Genel Sağlık Sigortasıyla herkes sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir”, “Genel Sağlık Sigortası, geliri olmayanlara da sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı sunar”, Genel Sağlık Sigortasından yararlanmak için kişinin belirli bir statüye (işçi, memur, emekli ve benzeri) sahip olması gerekmektedir”, “çalışmayan kişilerin Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için gelir testi yaptırmaları zorunludur” ve “çalışmayan kişilerin Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için Sosyal Güvenlik Kurumu’na prim ödemeleri gerekmektedir” ifadelerine yüksek düzeyli bir katılım gösterdikleri belirtilebilir. “Gelir testi, belli bir statüye sahip olmayan kişinin bakmakla yükümlü olduğu kişilere yapılması gerekmektedir”, Genel Sağlık Sigortası kapsamında; Sağlık Bakanlığı’nın uygun görüşü üzerine yurt içinde tedavisi mümkün olmayan kişilerin sağlık hizmetleri yurt dışında sağlanır”, Genel Sağlık Sigortası sayesinde temel sağlık göstergelerindeki olumsuzluklar azaltılmaktadır”, “Genel Sağlık Sigortasının kapsamının genişliği nedeniyle sağlık harcamalarının bütçeye yükü artmaktadır” ve “vatansızlar ve sığınmacılar da Genel Sağlık Sigortası kapsamı altındadır” ifadelerine katılımcıların % 33.8’inin “kararsızım” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür.

Araştırmanın Hipotezlerinin Test Edilmesi

Bu bölümde hipotezler analiz edilmiştir. Ankara’da yaşayan kişilerin genel sağlık sigortasına bakış açıları ile demografik özellikler arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla regresyon analizi uygulanmıştır.

H₁: Araştırmaya katılan kişilerin demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum) ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 5: Katılımcıların Demografik Özellikleri İle Genel Sağlık Sigortasına Bakışları Arasındaki Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

	β	t	p	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	F	p
Regresyon	2.943	16.040	0.000	0.093	0.009	0.001	1.133	0.336
Cinsiyet	0.002	0.047	0.963					
Yaş	0.110	1.832	0.068					
Medeni Durum	0.069	1.141	0.254					

Tablo 5’e göre GSS bağımlı değişken, cinsiyet, yaş, medeni durum bağımsız değişkenlerdir (tahmin değişkeni). Cinsiyet, yaş ve medeni durum birlikte Genel Sağlık Sigortasının % 0.9’ünü açıklamaktadır (R²= 0.009). Bağımlı değişken ve tahmin değişkenleri için kurulacak çoklu regresyon modeli istatistiksel olarak anlamsızdır (F= 1.133, p=0.336). H1 hipotezi reddedilmiştir.

H₂: Araştırmaya katılan kişilerin eğitim durumu ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 6: Katılımcıların eğitim durumları ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasındaki basit regresyon analizi sonuçları

	β	t	p	R	R^2	Düzeltilmiş R^2	F	p
Regresyon	3.047	30.988	0.000	0.076	0.006	0.003	2.2	0.134
Eğitim	0.052	1.503	0.134				59	

Tablo 6’da GSS bağımlı değişken, eğitim durumu bağımsız değişkendir. Bağımsız değişken, bağımlı değişkendeki değişimin % 0.6’sını açıklamaktadır. Bağımlı değişkenle tahmin değişkeni için kurulan Basit regresyon modeli istatistiksel olarak anlamsızdır. Regresyon modeli en iyi tahmin aracı olarak ortalamaları kullanmaktan daha iyi değildir. H_2 hipotezi reddedilmiştir.

H_3 : Araştırmaya katılan kişilerin meslekleri ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 7: Katılımcıların meslekleri ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasındaki basit regresyon analizi sonuçları

	β	t	p	R	R^2	Düzeltilmiş R^2	F	p
Regresyon	3.206	50.658	0.000	0.016	0.000	-0.002	0.104	0.748
Meslek	-0.016	-0.322	0.748					

Tablo 7’ye göre: GSS bağımlı değişken, meslek ise bağımsız (tahmin)değişkendir. Bağımsız değişken, bağımlı değişkendeki değişimi hiçbir düzeyde açıklamamaktadır. Bağımlı değişken ile tahmin değişkeni için kurulan Basit regresyon modeli istatistiksel olarak anlamsızdır ($F= 0.104$, $p= 0.748$). H_3 hipotezi reddedilmiştir.

H_4 : Araştırmaya katılan kişilerin aylık gelir düzeyleri ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 8: Katılımcıların aylık gelir düzeyleri ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasındaki basit regresyon analizi sonuçları

	β	t	p	R	R^2	Düzeltilmiş R^2	F	p
Regresyon	3.170	50.278	0.000	0.016	0.000	-0.002	0.100	0.752
Gelir Düzeyi	0.016	0.316	0.752					

Tablo 8’e göre: GSS bağımlı değişken, gelir düzeyi ise bağımsız değişkendir. Bağımsız değişken, bağımlı değişkendeki değişimi hiçbir düzeyde açıklamamaktadır. Bağımlı değişken ile tahmin değişkeni için kurulan Basit regresyon modeli istatistiksel olarak anlamsızdır ($F= 0.100$, $p= 0.752$). H_4 hipotezi reddedilmiştir.

H_5 : Araştırmaya katılan kişilerin hanesinde yaşayan kişi sayısı ile GSS’ye bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 9: Katılımcı kişilerin dışında katılımcılarla aynı hanede yaşayan kişi sayısı ile Genel Sağlık Sigortası'na bakışları arasındaki basit regresyon analizi sonuçları

	β	t	p	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	F	p
Regresyon	3.218	39.155	0	0.020	0.000	-0.002	0.149	0.699
Kişi Sayısı	-0.020	-0.387	0					

Tablo 9'a göre: GSS bağımlı değişken, hanede yaşayan kişi sayısı ise bağımsız değişkendir. Bağımsız değişken, bağımlı değişkendeki değişimi hiçbir şekilde açıklamamaktadır (R²: 0). Bağımlı değişken ile tahmin değişkeni için kurulan Basit regresyon modeli istatistiksel olarak anlamsızdır (F= 0.149, p= 0.699). H5 hipotezi reddedilmiştir.

H₆: Araştırmaya katılan kişilerin sahip oldukları sağlık güvencesi İle Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 10: Katılımcıların sahip oldukları sağlık güvencesi ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasındaki basit regresyon analizi sonuçları

	β	t	p	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	F	p
Regresyon	3.159	40.666	0.000	0.021	0.000	-0.002	0.169	0.681
Sağlık Güvencesi	0.021	0.411	0.000					

Tablo 10'a göre: GSS bağımlı değişken, sağlık güvencesi ise bağımsız değişkendir. Bağımsız değişken, bağımlı değişkendeki değişimi hiçbir düzeyde açıklamamaktadır (R²= 0). Bağımlı değişken ile tahmin değişkeni için kurulan Basit regresyon modeli istatistiksel olarak anlamsızdır (F= 0.169, p= 0.068). Bu durumda H5 hipotezi reddedilmiştir.

H₇: Araştırmaya katılan kişilerin sağlık sorunları olduğunda genellikle gittikleri sağlık kuruluşu ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 11: Katılımcıların sağlık sorunları olduğunda gittikleri sağlık kuruluşu ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasındaki basit regresyon analizi sonuçları

	β	t	p	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	F	p
Regresyon	3.221	43.788	0.000	0.025	0.001	-0.002	0.237	0.627
Sağlık Kuruluşu	-0.025	-0.487	0.627					

Tablo 11'e göre: GSS bağımlı değişken, sağlık sorunları olduğunda genellikle gittikleri sağlık kuruluşu ise bağımsız değişkendir. Bağımsız değişken, bağımlı değişkendeki değişimin % 0.1'ini açıklamaktadır (R²= 0.001). Bağımlı değişken ile tahmin değişkeni için kurulan Basit regresyon modeli istatistiksel olarak anlamsızdır (F= 0.237, p= 0.627). Bu durumda H7 hipotezi reddedilmiştir.

H₈: Araştırmaya katılan kişilerin yılda ortalama herhangi bir sağlık kuruluşuna gidiş miktarı ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 12: Katılımcıların yılda ortalama herhangi bir sağlık kuruluşuna gidiş sıklığı ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasındaki basit regresyon analizi sonuçları

	β	t	p	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	F	p
Regresyon	3.298	45.312	0	0.083	0.007	0.004	2.729	0.099
Sağlık Kuruluşuna Gitme Sayısı	-	-1.652	0.099					
	0.083							

Tablo 12'ye göre: GSS bağımlı değişken, yılda ortalama sağlık kuruluşuna gitme sayısı ise bağımsız değişkendir. Bağımsız değişken, bağımlı değişkendeki değişimin % 0.7'sini açıklamaktadır (R²=0.007). Bağımlı değişken ile tahmin(bağımsız) değişkeni için kurulan Basit regresyon modeli istatistiksel olarak anlamsızdır (F= 2.729, p= 0.099). Bu durumda H8 hipotezi reddedilmiştir.

H₉: Araştırmaya katılan kişilerin en son gittikleri sağlık kuruluşuna ödedikleri ücret ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 13: Katılımcıların en son gittikleri sağlık kuruluşuna ödedikleri ücret ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasındaki basit regresyon analizi sonuçları

	β	t	p	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	F	p
Regresyon	3.180	77.225	0.000	0.015	0.000	-0.002	0.089	0.766
Ücret	0.015	0.298	0.766					

Tablo 13'e göre: GSS bağımlı değişken, en son gidilen sağlık kuruluşuna ödenen ücret ise bağımsız değişkendir. Bağımsız değişken (tahmin değişkeni: en son gidilen sağlık kuruluşuna ödenen ücret), bağımlı değişkendeki değişimi hiçbir düzeyde açıklamamaktadır. Bağımlı değişken ile tahmin değişkeni için kurulan Basit regresyon modeli istatistiksel olarak anlamsızdır (F= 0.089, p= 0.766). Bu durumda H9 hipotezi reddedilmiştir.

H₁₀: Araştırmaya katılan kişilerin Türkiye'de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesiyle ilgili düşünceleri ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 14: Katılımcıların Türkiye'de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesiyle ilgili düşünceleriyle Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasındaki basit regresyon analizi sonuçları

	β	t	p	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	F	p
Regresyon	3.121	37.137	0.000	0.043	0.002	-0.001	0.724	0.395
Sağlık H. Özelleştirilmesi	0.043	0.851	0.395					

Tablo 14.'e göre: GSS bağımlı değişken, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesiyle ilgili düşünceler ise bağımsız değişkendir. Bağımsız değişken, bağımlı değişkendeki değişimin % 0.2'sini açıklamaktadır. Bağımlı değişken ile tahmin değişkeni için kurulan Basit regresyon modeli istatistiksel olarak anlamsızdır (F= 0.724, p= 0.395). Bu durumda H₁₀ hipotezi reddedilmiştir.

H₁₁:Araştırmaya katılan kişilerin tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında bilgi sahibi olmaları ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 15: Katılımcıların tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında bilgi sahibi olmaları ile Genel Sağlık Sigortasına bakışları arasındaki basit regresyon analizi sonuçları

	β	t	p	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	F	p
Regresyon	3.302	28.911	0.000	0.052	0.003	0.000	1.072	0.301
TSS Bilgisi	-0.052	-1.036	0.301					

Tablo 15.'e göre: GSS bağımlı değişken, tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında bilgi sahibi olma durumunun ise bağımsız değişkendir. Bağımsız değişken, bağımlı değişkendeki değişimin % 0.3'ünü açıklamaktadır ($R^2 = 0.003$). Bağımlı değişken ile tahmin değişkeni için kurulan Basit regresyon modeli istatistiksel olarak anlamsızdır ($F = 1.072$, $p = 0.301$). H_{11} hipotezi reddedilmiştir.

TARTIŞMA

Yapılan literatür taramalarıyla sağlık sigortalarıyla alakalı çeşitli çalışmaların mevcut olduğu; ancak ilgili araştırmaların birçoğunun teorik çalışma olduğu belirlenmiştir. Örnek: Tuuç (2009: 215), “Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Aile Hekimliği: Hukuki Bir Değerlendirme” adlı araştırmada anket ya da benzeri bir ölçüm yöntemi kullanmamış, Sağlık Bakanlığı'nca sözleşmeli olarak veya görevlendirmek suretiyle istihdam edilecek olan aile hekimlerinin statüleri idare hukuku kapsamında incelendiğinde, hukukî güvencelerinin de sağlanmış olduğu sonucunu elde etmiştir. Özdamar ve Çakar (2011), “Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sigortalılara Yol Gideri, Gündelik Ve Refakatçi Gideri Ödenmesi İle Sigortalılardan İlave Ücret Alınması” adlı araştırmada anket ya da benzeri bir ölçüm yöntemi kullanmamış, hangi hallerde genel sağlık sigortalılarından ilave ücret talep edilebileceği, ilave ücret talep edilemeyecek kişilerin ve sağlık hizmetlerinin neler olduğuna açıklık getirmiştir.

Uygulama kısmı bulunan araştırmaların ise daha çok Ankara dışındaki (özellikle İstanbul, Bursa ve benzeri) illerde uygulandığı belirlenmiştir. Örnek: Tapan (2008: 120), “Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Gerekliliği” adlı araştırmayı İstanbul'da yapmış; Hıdıroğlu, Önsüz, Sülün, Topuzoğlu ve Karavuş (2009), “Ümraniye İlçesinde Birinci Basamakta Görevli Sağlık Çalışanlarının Genel Sağlık Sigortası Hakkındaki Bilgi Düzeyi” adlı araştırmayı İstanbul'da yapmıştır. Kaya (2010: 223) ise “5510 Sayılı Yasa Kapsamında Yürürlüğe Giren Genel Sağlık Sigortası Ve Uygulanmasından Doğabilecek Muhtemel Sorunlar” adlı araştırmayı Bursa'da yapmıştır.

“GSS, tamamlayıcı sağlık sigortasıyla birlikte (özel sağlık sigortası olmadan) toplumun optimum sağlık şartlarını karşılamaktadır” ifadesine katılımcıların % 40.9'unun “kararsızım” yanıtını verdiği görülse de % 28.2'sinin “katılıyorum”, % 9.9'unun “kesinlikle katılıyorum” şeklinde yanıt vermiştir. Yani bu ifadeye yüksek düzeyli bir katılım gösterilmiştir. Tapan (2008: 112) da araştırmada: katılımcıların %80'i tamamlayıcı sağlık sigortası bileşenli bir GSS'nin toplumun optimum sağlık şartlarını karşılayacağı sonucuna ulaşmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda yapılan testler ve testlerin analizi sonrası aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır: Eğitim durumu, yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, sağlık güvencesi gibi demografik özelliklerin bireylerin Genel Sağlık Sigortası(GSS) ile ilgili düşüncelerini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca katılımcıyla aynı hanede yaşayan kişi sayısı, sağlık sorununda gidilen sağlık



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

kuruluşu, yılda ortalama sağlık kurumuna gidiş sayısı, en son gittikleri sağlık kuruluşuna ödedikleri ücret, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine ilişkin görüşleri ile tamamlamayı sağlık sigortası hakkında bilgi sahibi olma durumu bireylerin GSS ile ilgili düşüncelerini etkilememektedir. Katılımcıların sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi konusunda ya tamamen olumsuz düşünceye sahip oldukları ya da olumlu ama çekincesi oldukları belirlenmiştir.

Katılımcıların çoğunun tüp bebek, mideye kelepçe taktırma, alternatif tıp hizmetleri, kontakt lensler, implant, yurt dışı tedavi ve obezite tedavisinin GSS kapsamında sağlanıp sağlanmadığı hakkında yanlış bilgiye sahip oldukları belirlenmiştir. Kişilere konuyla ilgili kurumların uzman kişileri tarafından bilgilendirmeler yapılması ve kamu spotlarının hazırlanması sağlanabilir.

Katılımcıların GSS kapsamına alınmasını istediği sağlık hizmetlerinde birinci sırada kanser ilaçları yer almaktadır. Ayrıca katılımcıların sağlık hizmetlerinin tümünün GSS kapsamında olmasını istemediği belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı’na ve SGK’yatüm kanser ilaçlarının GSS kapsamına alınması hakkındaki çalışmalarına hız katması veya konuyla ilgili yeni çalışmalar yapması önerilir.

KAYNAKÇA

Greß, S., Okma, K. G. H. and Wasem, J. (2002). “Private Health Insurance In Social Health Insurance Countries: Market Outcomes And Policy Implications”. Researchgate, 2.

Güvel, E. A. ve Güvel, A. (2015). Sigortacılık. (Yedinci Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık San. Ve Tic. A.Ş., 22-25.

Hıdıroğlu, S., Önsüz, M. F., Sülün, S., Topuzoğlu, A. ve Karavuş, M. (2009). Ümraniye İlçesinde Birinci Basamakta Görevli Sağlık Çalışanlarının Genel Sağlık Sigortası Hakkındaki Bilgi Düzeyi, TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(3), 245-251.

Kaya, S. (2010). “5510 Sayılı Yasa Kapsamında Yürürlüğe Giren Genel Sağlık Sigortası Ve Uygulanmasından Doğabilecek Muhtemel Sorunlar”.

Mohammadi, E., Raissi, A. R., Barooni, M., Ferdoosi, M. and Nuhi, M. (2014). “Survey Of Social Health Insurance Structure In Selected Countries; Providing Framework For Basic Health Insurance In Iran”. Journal Of Education And Health Promotion, 116.

Oral, A. İ. (2001). “Dünyada Ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları”.

Özdamar, M. (2011). “Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sigortalılara Yol Giderleri, Gündelik Ve Refakatçi Gideri Ödenmesi İle Sigortalılardan İlave Ücret Alınması”,Mali Çözüm Dergisi,sayı 103.

Özmen, S. (2013). “Genel Sağlık Sigortasının Özel Sağlık Hizmeti Sunucularına Ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkileri”.

Shrestha, B. (2009). Importance Of Insurance.20 Haziran 2017 tarihinde <https://onlinemoneymaking-bna.blogspot.com.tr/2009/08/importance-of-insurance.html> adresinden alınmıştır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Sigortaladım.com.(2016). Seyehat Sağlık Sigortası Nedir?. 19 Haziran 2017 tarihinde <https://www.sigortaladim.com/sigorta-rehberi/seyahat-saglik-sigortasi-nedir> adresinden alınmıştır.

Sosyal Güvenlik Kurumu. (2016). Genel Sağlık Sigortası Kavramı Neyi İfade Etmektedir?. 18 Aralık 2016 tarihinde http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/calisan/gss_tescil_sureci adresinden alınmıştır.

Tan, N. (2015). Genel Sağlık Sigortası Uygulamalar Ve Sorunlar. (Birinci Baskı). Ankara: Türk Metal Yayınları, 16.

Tavşancıl, E. (2006). Tutumların Ölçülmesi Ve Spss İle Veri Analizi. (Üçüncü Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 29.

Tapan, B. (2008). Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın Gerekliği, Doktora Tezi, Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 83-120.

Thomson, S. and Mossialos, E. (2009). "Private Health Insurance In The European Union, LSE Health and Social Care". London School of Economics and Political Science, 13.

Tuaç, P. (2009). Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Aile Hekimliği: Hukuki Bir Değerlendirme, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 215.

Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2014). SPSS Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Dördüncü Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık, 50.

Yıldırım, H. H., Yıldırım, T., Akbulut, Y., Sağlık Sigortacılığı. (2012). (Editör: Yıldırım, H.H.) Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları (Yayın No:2527), 4-92.



AKILCI İLAÇ KULLANIMINDA AİLE HEKİMİNİN ROLÜ: BİTLİS İLİNDE BİR UYGULAMA

THE ROLE OF FAMILY DOCTOR ON RATIONAL DRUG USE: AN APPLICATION IN BITLIS PROVINCE

Prof. Dr. Emine ORHANER

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi

eorhaner@gazi.edu.tr

orcid.org/0000-0002-4448-2684

Emrah SALĞIN

Bitlis Eren Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü

emrahsalgin661@gmail.com

orcid.org/0000-0003-1377-0680

Makale gönderim-kabul tarihi (03.10.2018-22.12.2018)

Özet

Dünya’da olduğu gibi ülkemizde de akılcı ilaç kullanımı önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Bu konuda, hekimlerin mevcut görüşlerinin tespit edilmesi, var olan sağlık sorunlarının önüne geçilebilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu çalışma, Bitlis ilinde hizmet veren aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinin ortaya konması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmış olup, elde edilen veriler SPSS paket programı ile analiz edilmiştir. Araştırmanın evreni Bitlis’te aile sağlığı merkezlerinde aktif olarak çalışan aile hekimlerinden oluşmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmeksizin çalışmaya katılmak isteyen tüm aile hekimlerine anket uygulanmış ve toplam evrenin %82,2’sine ulaşılmıştır. Araştırmada akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşler “Hekim - Hasta İlişkisi, Hekim - Tedaviyi Düzenleme ilişkisi ve Hekim - İlaç Bilgisi İlişkisi” boyutlarında incelenmiştir. Araştırmada yer alan formun güvenilirliğini belirlemek amacıyla Cronbach’s Alpha iç tutarlılık katsayısı değeri incelenmiş ve bu değer 0.87 olarak tespit edilmiştir. Araştırmada, elde edilen verilerin çözümlenmesinde Bağımsız Örneklem T-Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi kullanılmıştır. Buna göre, katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile cinsiyet, yaş, mesleki tecrübe, reçetede ortalama yazılan ilaç kalem sayıları, mezuniyet sonrası mesleğe yönelik alınan eğitim, akılcı ilaç kullanımına yönelik alınan eğitim değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Son olarak katılımcıların günlük hasta muayene sayısı ile akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri arasında pozitif yönlü; bu hastalara reçete yazılma yüzdelik dilimleri ile akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri arasında ise negatif yönlü bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler:Akılcı İlaç Kullanımı, Aile Hekimi, İlaç

Abstract

The application of rational drug use has become a significant health problem in Turkey, and in the world. Determining the opinions of doctors about this problem is important to prevent existing health problems. This study was carried out in order to reveal the rational drug use viewpoints of family physicians provide service in the province of Bitlis. The data collection tool of the study was surveys and the findings analyzed by SPSS

software. The universe of the study comprises actively working family doctors working at the family health centers. All willing family doctors were invited for the study, since no sample was defined. In this way, 82, 2% of all universe were reached. In the study, rational drug use viewpoints were examined in the dimensions of “Physician - Patient Relationship”, “Physician - Treatment Arrangement Relationship” and “Physician – Drug Knowledge Relationship”. In order to assess the reliability of the questionnaire that used in the study, the Cronbach’s Alpha internal consistency coefficient value was examined and was found as 0.87. Independent Samples T-Test and One-way ANOVA test were used in the analysis of the collected data. Accordingly, there was no significant difference between rational drug use viewpoints of participants and gender, age, professional experience, average number of drugs written in the prescription, post-graduate professional training, and rational drug use training. Lastly it is found that, there was a positive correlation between the number of daily patient examinations and the rational drug use viewpoint of participants, and a negative relationship between the quantile of prescribing and the rational drug use viewpoints.

Key words: Rational drug use, family doctor, drug.

GİRİŞ

İnsan yaşamında çok uzun bir geçmişi olan ilaçlar insan sağlığına hem olumlu hem de olumsuz birçok etkide bulunmuştur. Oysa ilaçlar hastalıklara karşı bir önlem ve sağlıklı olma halini geliştirmek için üretilir. Buna karşın ilaçların önlenemez artan olumsuz etkileri beraberinde birçok sorunu getirmektedir. Bu sorunlar arasındaki en hayati mesele sağlıklı yaşama halinin azalmasıdır. Dünya üzerinde yaşanan gelişmeler haliyle ilaç sektörünü de olumlu yönde etkilemiştir. Az sayıda olan ilaçlar zamanla artmış ve günümüz itibari ile çeşitlilik kazanmıştır. İlaç sektöründeki bu artış ve çeşitlilik birçok hastalık türünü tedavi etmeye imkân tanımıştır. Öte yandan bu gelişmeler tedavi ihtiyacına en uygun olan ilacı seçme açısından da bir zorluğu beraberinde getirmiştir.

Tüm dünya’da olduğu gibi ülkemizde de akılcı olmayan ilaç kullanımı önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Bu sorunu aşmanın yolu, Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) herkesçe kabul gören, kişiye özgü olarak belirlenen ilacın, uygun sürede doğru kullanımı ve uygun maliyette satın alınmasına yönelik kurallara uyulmasından geçer.

İlaçlar, hastalığın tedavisinde hekimlerin en önemli yardımcılarından birisidir (Melli, 2010). Ancak hekimlerin yeterli bilgi, tecrübe ve özene sahip olmadığı durumlarda reçete ettikleri ilaçlar tedavinin başarısız olmasına ve kişilerde ciddi rahatsızlıkların görülmesine neden olabilmektedir. Bu açıdan akılcı ilaç kullanımı, ilaçla tedavinin başarılı olabilmesi için hekimlere gerekli temel ilke ve yaklaşımları önermektedir. Bu ilke ve yaklaşımları pratikte uygulayabilmek için öncelikle mevcut durumun ortaya konulması gerekmektedir. Dolayısıyla akılcı ilaç kullanımının merkezinde bulunan hekimlerin akılcı ilaç kullanımında mevcut etkilerinin bilinmesi gerekmektedir. Son 20 yılın istatistikî verilerine göre, ilaç harcama miktarı düzenli bir şekilde artmıştır. Hekimlerinin ilaç reçete etme sayısının fazla olması bu artışın en önemli nedenleri arasındadır. Bu artış dahi hekimlerin akılcı ilaç kullanımında üzerinde önemle durulmasını gerektiren nedenlerden birisidir.

1. AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ), tahminlerine göre dünya üzerindeki ilaçların yarısından daha fazlası yanlış reçete edilmekte, dağıtılmakta veya satılmaktadır. İlaçları kullanan kişilerin de yaklaşık yarısı ilaçları doğru kullanmamaktadır (Aydın ve Gelal, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü, akılcı ilaç kullanımını; kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilaca, uygun süre ve dozda, en düşük maliyetle ve kolayca ulaşabilmeleri olarak tanımlanmıştır. Akılcı ilaç kullanımı, kişileri oluşabilecek herhangi bir hastalığa karşı korumada, hastalığın ortaya çıkmasını engellemede ve hastalığın ortaya çıkmasından sonra kişileri tedavi etmede kullanılabilecek basit, anlaşılır ve yenilikçi bir ilaç kullanım yaklaşımıdır.

İlaç reçete etmede ve ilaç seçiminde hekimlere yardımcı olması amacıyla iyi reçete yazma rehberi DSÖ tarafından oluşturulmuştur. Bu rehber, ilaç seçiminde etkinlik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyet ölçütlerinden oluşmaktadır. Hekimler DSÖ'nün belirlediği ilkeleri göz önünde bulundurmalıdır. Hekimler tarafından, sürekli karşılaşılabilecekleri hastalıkların tedavisi için etkinlik, güvenlik, uygunluk ve maliyet ilkelerine göre ilaçlar listesi ve tedaviler oluşturulmalıdır (Gülhan, 2013). İyi reçete yazma rehberine göre oluşturulan ilkeler aşağıda açıklanmıştır.

a) Etkinlik: Etkinlik, ilaç tercihinin ilk ve en önemli ölçütüdür. İlacın farmakodinamik (ilaçların etki gücü) ve farmakolojik özelliklerini içermektedir. Bu ölçüt, ilacın ne amaçla kullanıldığını ifade eder. Burada üzerinde önemle durulması gereken nokta ilacın etkinliğine ilişkin kanıtların ne olduğudur. Bir başka ifade ile ilacın beklenen veya istenilen etkileri gösterebilecek özelliklere sahip olması durumudur.

b) Güvenlik: Bu ölçüt ilaç kullanımında istenmeyen durumları bir başka ifade ile ilacın yan etkilerini ifade etmektedir. İlaç reçete ederken, kişiye özel oluşabilecek alerji ve yan etkiler sorulmalı ve dikkate alınmalıdır. Burada istenen, yarar/zarar etkisinin kabul edilebilir bir oranda olmasıdır.

Diğer taraftan, hastanın birden fazla hekim ile ilişkisinin olduğu ya da hastanın birden fazla ilaç kullandığı durumlarda alınacak olan ilaçların aynı eczanelerden temin edilmesi, ilaçların kullanımdan sonra ortaya çıkabilecek ilaç etkileşimlerinin takip edilmesi açısından bir kolaylık sağlayacaktır (Uluoğlu, 2015).

c) Uygunluk: Hastanın belirlenen tedavi sürecindeki uyumu kadar, hekimin tedavi için belirlediği ilacın hastaya uygun olup olmadığı da akılcı ilaç kullanımında önemli bir husustur (Alpdoğan, 2018: 10). İlaç tedavisinde kişiye uygunluk temel kriter olarak alınsa da, mevcut ilaç seçenekleri arasında daha önce bilinen, kullanılan ve güvenilirlik açısından tecrübe edilmiş olan ilaçların önerilmesi dekişilerin yararına olacaktır.

d) Maliyet: Hastaların kendi bütçelerine ve topluma en az maliyetli olan ilaçları tercih etmesidir (Gelal, 2015). İlaçlara erişim kabul edilebilir bir maliyette olmalıdır. Ülkede yaşayan vatandaşların gelir düzeyleri ve sigorta türleri göz önünde bulundurulmalıdır.

2. AKILCI OLMAYAN İLAÇ KULLANIMI

Akılcı ilaç kullanımının tanım, ilke, koşul ve sorumluluklarının tersi yönünde bir davranış veya uygulama ise akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) olarak adlandırılmaktadır. Bir başka ifade ile AOİK, akılcı ilaç kullanımının özüne ters düşecek bilinçsiz veya bilgisizlik olarak da tanımlanabilmektedir. Akılcı olmayan ilaç kullanımının ortaya çıktığı hallerde başta hekimler olmak üzere hemşireler, eczacılar ve diğer sağlık çalışanlarının sorumlulukları vardır.

Dünya genelinde önemli bir sağlık sorunu haline gelen AOİK daha çok gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir (Akkurt, 2016: 10). Ülkelerin ekonomik durumu, dini inançları, sosyo-kültürel yapıları, sağlık politika ve yasaları, ilaçlara erişim imkânları gibi birçok faktör AOİK'yi dolaylı veya doğrudan etkileyebilmektedir. Bu faktörler birbirlerini de etkilemekte ve bu etkileşim, AOİK sorununu büyütmede daha da karmaşık bir hale gelmektedir (Işık ve diğerleri, 2004). Dolayısıyla, AOİK halk sağlığı bakışı ile incelenmeli ve ele alınmalıdır (Ekenler ve Koçoğlu, 2016).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı sonucunda birçok olumsuz sonuç ortaya çıkmaktadır. Gereksiz veya yanlış ilaç kullanımı önemli sorunları ortaya çıkarabilmektedir. Bu sorunlardan biri ekonomik zarardır. İlaç harcamalarına yüksek bütçe ayırmak, devletin imkân ve kaynaklarını azaltmaktadır (Laing, 1990; Sürmelioglu ve diğerleri, 2015). Ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu haline gelen AOİK, Sağlık Bakanlığı tarafından alınan önlemler ve çeşitli farkındalık yaratma çalışmaları çerçevesinde devam etmektedir.

3. AKILCI OLMAYAN İLAÇ KULLANIMININ NEDENLERİ

Bireyleri, yanlış ve bilinçsiz ilaç kullanımına iten faktörler hala tüm dünyada kapsamlı bir şekilde araştırılan bir alandır. AOİK'nin görülmesinde sosyo-kültürel, ekonomik, eğitim ve yönetsel gibi birden fazla faktör olduğu bilinmektedir (Yılmaz ve arkadaşları, 2014). Pratikte en çok karşılaşılan hatalı ilaç kullanımı arasında, reçeteleme hataları ve ilaçların uygun olmayan biçimde kullanılması yer almaktadır (Krähenbühl-Melcher ve diğerleri, 2007). Reçeteleme hataları, hastanın tedavisinin etkisiz kalmasına ve zehirlenmesine neden olabilmektedir (Hocaoğlu ve diğerleri, 2011). Akılcı olmayan ilaç kullanımının nedenlerini hekim, hasta, ilaç endüstrisi, sağlık sisteminin yapısı, yasal düzenlemeler, ekonomik yapı gibi başlıklar altında ifade etmek mümkündür.

Akılcı olmayan ilaç kullanımının en yaygın şekilleri aşağıda sıralanmıştır (WHO, 2002: 1; Akıcı ve Uzun, 2013: 35-36; Duran, 2014: 21; Parlak, 2015):

- Hastalara çok fazla ilaç verilmesi
- Etik dışı yollarla ilaçların tanıtımı
- Bakteriyel olmayan enfeksiyonlar için yetersiz dozajda uygunsuz antimikrobiyal kullanımı
- Antibiyotiklerin bilinçsiz kullanımı ve oluşan direnç
- İlaç seçiminde maliyet açısından uygun olanın yerine daha pahalı olanın reçete edilmesi
- Gereksiz yere ilaç reçete edilmesi ve ilaç kullanılması
- Oral yönteminin daha uygun olduğu durumlarda enjeksiyonların aşırı kullanımı
- Klinik yönetmeliklere uygun reçeteleme yapılamaması
- İlaçların reçete edilmeden alınması ve kendi kendine tedaviye başvurulması
- İlaç kullanımına ilişkin bilgilendirmenin hastalara tam olarak aktarılmaması
- Bilinçsiz olarak bitkisel ürünlerin tüketilmesi

Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı sorununun temeli, hekimlerden kaynaklanan nedenlere dayanmaktadır. Bu durumun sebebi, hastaların veya hastalıklarından kuşku duyanların ilaç kullanma eylemi ile ilgili ilk etkileşimlerinin hekim ile olmasıdır. Bu nedenler arasında; bilgi ve tecrübe eksikliği, iş yükünün ve hasta sayısının fazla olması, teknolojik altyapı ve laboratuvar eksikliği, hekimler arasındaki bilgi alışverişi, hasta ve yakınlarının istek ve baskıları, denetleyici ve düzenleyici mekanizmaların etkisi, ilaç firmalarının etkisi gibi birçok faktör bulunmaktadır.

İlaçla tedavinin gerekli olduğu durumlarda hekimin hasta özelinde yanlış değerlendirme yapması ve ilaç tedavisinin izlenmemesi hekimlerden kaynaklı nedenler arasındadır (Abacıoğlu, 2005). Yine hekimlerin başlıca yaptıkları hatalar arasında çoklu ilaç kullanımı da yer almaktadır. Genelde reçeteye yazılan ilaç sayısı gerçekte ihtiyaç duyulan ilaç sayısından fazla olmaktadır (Isenalumhe ve Oviawe, 1998). Hekimlerde en çok görülen yanlışlıklardan bir diğeri de daha önce başka bir hekim tarafından reçete edilmiş olan ilacın veya ilaçların hastanın muayene edilmeden tekrar reçete edilmiş olmasıdır.

4. AİLE HEKİMİNİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI UYGULAMALARINDAKİ ÖZEL ROLÜ

Dünya Sağlık Örgütü aile hekimliğini “Kendisine bağlı olan topluma yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, birinci basamak sağlık hizmeti veren, temel tıp eğitiminden sonra, konusunda en az iki yıl eğitim görmüş tıp doktorudur” şeklinde tanımlamaktadır (Akdağ, 2004: 36). Bir başka tanıma göre aile hekimliği, hasta ve hekim arasındaki ilişkinin olumlu yönde geliştirilmesine olanak tanıyan bir tıp disiplini (Parchman ve Burge, 2004).

Aile hekimliği, sağlık hizmetlerine ulaşmada ilk başvuru yeridir. Bir başka ifade ile giriş kapısıdır (Dikici ve diğerleri, 2007). Bilindiği üzere tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kullanılan ilaçların büyük çoğunluğu hekimler tarafından reçete edilmektedir. Bu durum hekimlerin ilaç kullanımında ne kadar kilit rol oynadığını ortaya koymaktadır. Dolayısıyla ilaçların akılcı olarak kullanılmasında hekimlerin rolü göz ardı edilemez boyuttadır. Hekim özelinde ise ülkemizde yazılan ilaçların çoğunluğu birinci basamak sağlık kurumlarında mesleği icra eden aile hekimleri tarafından reçete edilmektedir. Aile hekimlerinin ilaç reçete etmelerindeki payının büyük olması ve ülkemizin de sağlık harcamalarına ayırdığı bütçenin sınırlı olması, eldeki kıt kaynakların daha verimli olarak kullanılmasını gerektirmektedir. Dolayısıyla aile hekimlerinin ilacın akılcı olarak kullanılmasındaki rolünün bilinmesi son derece önemlidir.

5. ARAŞTIRMANIN AMACI VE YÖNTEMİ

İlacın akılcı kullanımı, son yıllarda araştırmacıların üzerinde fazlaca durduğu bir konu olmuştur. Eskiden ilaçların insan sağlığı üzerine yapmış olduğu olumlu etkiler incelenmekteydi. Oysa günümüzde ilaçların olumsuz etkileri de incelenmektedir. İlaçların sayı ve çeşitliliğinin artması ile ilaçların savurgan ve bilinçsiz bir tavırla tüketimi bu araştırmaların temelini oluşturmaktadır. Hekimin hastaya önerdiği ilaç seçimi ve tutumu doğrudan ilacın akılcı kullanımını etkilemektedir. Ülkemizde tüketilen ilaçların önemli bir kısmı aile hekimleri tarafından reçete edilmektedir. Yapılan araştırmalarda bilinçsiz ilaç kullanımında hekimlerden kaynaklı nedenlerin önemli bir yer tuttuğu göze çarpmaktadır. Hekimlerden kaynaklanan nedenler akılcı olmayan ilaç kullanımının başlangıç noktasını oluşturduğu için bu çalışmada da problem cümlesi şudur: Akılcı olmayan ilaç kullanımında hekimlerin rolü nedir?

Bilinçsiz ilaç tüketiminin hem sağlık hem de ekonomik açıdan önemli sorunlara neden olacağı aşikârdır. Ülkemizde akılcı ilaç kullanımı ile ilgili yeterince bilimsel araştırma mevcut değildir. Bu çalışma, ülke genelinde yapılmış olan sınırlı araştırmalardan biridir.

Bu araştırmanın amacı, Bitlis ilinde hizmet veren aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinin tespit etmek ve konu ile ilgili genel bir değerlendirme yapmaktır. Ayrıca akılcı ilaç kullanıma ilişkin daha sonra yapılacak araştırma ve uygulamalara veri, öneri ve zemin hazırlanması da amaçlanmıştır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Aile hekimliği ve akılcı ilaç kullanımı üzerine çeşitli alanlarda ayrı ayrı ele alınmış çalışmalar mevcuttur. Ancak iki konunun aynı başlık altında araştırıldığı ve aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımına olan etkisi hakkında az sayıda çalışma mevcuttur. İlaç özelinde aile hekimlerinin rolünün anlaşılması insan sağlığına doğrudan etki edeceği için bu çalışma, önemli bir konu olarak görülmüştür.

Çalışmada, verilerin elde edilmesi noktasında anket yöntemine başvurulmuştur. Anketlerin uygulanmasında ise yüz yüze anket tekniğinden yararlanılmıştır. Anket formu demografik özellikler olarak cinsiyet, yaş, mezun olunan tıp fakültesi, mesleki unvan, mesleki tecrübe, günde ortalama muayene edilen hasta sayısı, hastalara yazılan reçete miktarının yüzdelik dilimi, reçetede ortalama yazılan ilaç miktarı, mezuniyet sonrası mesleğe yönelik alınan eğitim, akılcı ilaç kullanımına yönelik alınan eğitim, akılcı ilaç kullanımına yönelik alınan eğitimlerin nereden alındığı ve bu eğitimlerin yeterliliği ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Bunun yanında bu kısımda şu sorular yer almaktadır: İlaç reçete ederken hastanızın hangi anamnez (Hastanın hastalığı ile ilgili bilgilerinin tümü) bilgilerinden yararlanırsınız?, İlaçlarla ilgili olarak hastayı bilgilendirmede neleri anlatırsınız?, Tedaviyi düzenlerken hastalarınıza hastalığı ile ilgili hangi bilgileri anlatırsınız?, İlaçları seçerken hangi kriterleri dikkate alırsınız? ve Reçeteleme yaparken hangi bilgi kaynaklarından yararlanırsınız? Toplam 17 sorudan oluşan bu kısımda katılımcı sayıları ve yüzdelik dilimleri yer almaktadır.

Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı ile ilgili görüşlerini tespit etmek için 23 soru likert ölçek olarak sorulmuştur. Bu sorular ölçek içerisinde; 13-20. sorular hekim-hasta ilişkisi boyutunu, 21-28. sorular hekim-tedaviyi düzenleme ilişkisi boyutunu ve 29-35. sorularda yer alan hekim-ilaç bilgisi ilişkisi boyutunu ortaya koymak için oluşturulmuştur. Anket sonucunda elde edilen veriler SPSS ortamında analiz edilmiştir.

Hekim - Hasta İlişkisi Boyutu: Tedavi düzenleme öncesinde ve sonrasında hekim ve hasta arasında oluşan iletişimi ifade eder.

Hekim - Tedaviyi Düzenleme İlişkisi Boyutu: Tedavi düzenleme esnasında hekimin bilgi ve becerisinin tanı koyma ile tedavinin sonucuna olan etkisini ifade etmektedir.

Hekim - İlaç Bilgisi İlişkisi Boyutu: Hekimin, ilacın etki gücü ile ilgili bilgilere hâkim olmasının yanı sıra hastanın kişisel özelliklerine ve hastaya uygulanacak olan tedavinin gerekliliklerine en uygun olan ilacı seçmesini ifade eder.

Araştırmada yer alan formun güvenilirliğini belirlemek amacıyla Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısı değeri incelenmiş ve bu değer 0.87 olarak tespit edilmiştir. Araştırmada, elde edilen verilerin çözümlenmesinde Bağımsız Örneklem T-Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi kullanılmıştır.

Araştırmanın evrenini Bitlis ilinde hizmet veren aile hekimleri oluşturmaktadır. 2018 yılında Bitlis ilinde hizmet veren aile hekimi sayısı 90'dır. Bu araştırmada evrenin tamamına ulaşılmıştır. Ulaşılan 90 aile hekiminin 15'i çeşitli sebeplerden dolayı araştırmaya katılmamıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 75 aile hekimine anket uygulanmıştır. Ancak, araştırmaya katılan bir aile hekiminin anket formunu belirlenen kriterlere göre doldurmadığı tespit edilmiştir. Sonuç olarak, toplam 74 adet anket istatistiksel analize tabi tutulmuştur.

6. ARAŞTIRMA BULGULARI

Katılımcıların sorulara verdikleri cevaplara göre frekans ve yüzde dağılımları Çizelge 1 ve Çizelge 2'deki gibidir.

Katılımcıların 65 (%87,8)'i erkek, 9 (%12,2)'si ise kadındır. Katılımcıların %70,3'ü 24-33 yaş aralığında; %21,6'sı 34-43 yaş aralığında; %6,8'i 44-53 yaş aralığında ve %1,4'ü ise 54-63 yaş aralığındadır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%9,5) Atatürk ve Dicle Üniversitesi 'ne bağlı Tıp Fakültesinden mezun olduğu bunu sırası ile Gaziantep, İnönü ve İstanbul (%6,8) Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olan aile hekimlerinin oluşturduğu ortaya çıkmıştır. Araştırmaya katılan tüm aile hekimlerinin unvanlarının pratisyen hekim olduğu ortaya çıkmıştır. Araştırmaya katılanların %55,4'ünün mesleki tecrübesinin 1-5 yıl; %25,7'sinin 6-10 yıl; %12,2'sinin 11-15 yıl; %4,1'inin 16-20 yıl ve %2,7'sinin ise 21 ve üzeri yıl tecrübesi olduğu görülmüştür., araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunun (%37,8'i) günde ortalama 21-30 hasta muayene ettiği ortaya çıkmıştır. Yine bu doğrultuda araştırmaya katılan 25 aile hekimi günde 11-20, bir diğer 9 aile hekimi ise günde ortalama 1-10 hasta muayene ettiklerini belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin günde muayene ettiği hasta sayısının genel ortalaması ise 25,14'tür. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin büyük çoğunluğu (%21,6'sı) tedavi amaçlı gelen hastaların %71-80'ine reçete yazdıkları bir diğer yoğun katılım gösteren aile hekimlerinin (%13,5'i) hastaların %11-20 ve %51-60'ına reçete yazdıkları görülmüştür. Araştırmaya katılan aile hekimleri hastalara yazmış oldukları reçetelerde daha çok üç kalemlik ilaca yer vermektedir. Bu sayıyı, %31,1'lik payla iki kalem; %8,1'lik payla dört kalem ve %1,4'lük payla ise beş ve daha fazla bir sayıya sahip ilaç kalemleri takip etmektedir. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin reçetelerindeki ilaç kalem sayısının genel ortalaması ise 2,79'dur. Katılımcıların mezuniyet sonrası meslekleri ile ilgili bir eğitim alma durumunu ortaya koyan verilere bakıldığında, %66,2'si meslekleri ile ilgili herhangi bir eğitim aldığını %33,8'i ise bu alanda eğitim almadığını belirtmiştir. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bir eğitim alıp almadığına yönelik elde edilen verilere bakıldığında, %73'ünün bu alanda eğitim aldığı, %27'sinin ise bu alanda eğitim almadığı ortaya çıkmıştır. Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili eğitim alan aile hekimlerinin eğitim yerlerine ilişkin elde edilen verilerde büyük çoğunluğunun bu eğitimi Sağlık Bakanlığında aldığı ortaya çıkmıştır. Yine bu alanda eğitim alan aile hekimlerinin %27,78'i eğitimi Tıp Fakültesindeki eğitim sürecinde, % 18,52'si Halk Sağlığı Müdürlüğü, İl Sağlığı Müdürlüğü ve Hizmet İçi Eğitimlerde %1,85'i ise İlaç firmaları vasıtasıyla bu eğitimi aldıkları görülmüştür. Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili alınan eğitimlerin yeterlilik düzeyine yönelik elde edilen verilerde, katılımcıların çoğunun bu eğitimleri yeterli bulduğu (%64,81'i) ortaya çıkmıştır.

Çizelge 1: Katılımcılara Ait Genel Betimsel İstatistikler

	Frekans	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	65	87,8
Kadın	9	12,2
Yaş		
24-33	52	70,3
34-43	16	21,6
44-53	5	6,8
54-63	1	1,4
Mesleki Tecrübe		
1-5	41	55,4
6-10	19	25,7

11-15	9	12,2
16-20	3	4,1
21 ve üzeri	2	2,7
Günlük Hasta Muayene Sayısı		
1-10	9	12,1
11-20	25	33,8
21-30	28	37,8
31-40	6	8,1
41-50	4	5,4
51-60	1	1,3
61-70	0	0,0
71-80	1	1,3
Genel Ortalama	25,14	
Günlük muayene edilen hastalara reçete yazma yüzdeliği		
1-10	4	5,4
11-20	10	13,6
21-30	6	8,1
31-40	3	4,0
41-50	8	10,8
51-60	10	13,5
61-70	6	8,1
71-80	16	21,6
81-90	8	10,8
91-100	3	4,0
Ortalama İlaç Kalem Sayısı		
2	23	31,1
3	44	59,5
4	6	8,1
5 ve daha fazlası	1	1,4
Mezuniyet Sonrası Mesleki Eğitim		
Evet	49	66,2
Hayır	25	33,8
Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi		
Evet	54	73
Hayır	20	27
Akılcı İlaç Kullanımı Eğitiminin Alındığı Yer		
Sağlık Bakanlığı	28	51,85
Tıp Fakültesi	15	27,78
İlaç Firmaları	1	1,85
Diğer	10	18,52
Eğitim Almayanlar	20	27,00
Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimlerini Yeterli Bulma		
Evet	35	64,81
Hayır	19	35,19

Katılımcıların ilaç reçetelemesi yaparken hastanın hangi bilgilerinden yararlandığı ile ilgili sonuçlarda 1. önceliğin “İlaç alerjisini sorgularım”, 2. önceliğin “Kronik hastalığı sorgularım” ve 3. önceliğin ise “Kullandığı ilaçları sorgularım” ifadesine ait olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcıların ilaçlarla ilgili olarak bilgilendirmede hastaya neleri anlattığı ile ilgili sonuçlarda 1. önceliğin “İlaç neden gereklidir”, 2. ve 3. önceliğin ise benzer şekilde “Tedavi süresini söylerim” ifadelerini aktardığı ortaya çıkmıştır. Katılımcıların tedavi düzenlenmesinde hastalara hastalığı ile ilgili hangi bilgileri aktardığı ile ilgili sonuçlarda 1. önceliğin “Adımı söylerim”, 2. önceliğin “Ne kadar süreceğini söylerim” ve 3. önceliğin ise “Olası komplikasyonlarımı söylerim” ifadesine ait olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcıların ilaç

seçiminde göz önüne aldığı kriterler ile ilgili sonuçlarda 1. önceliğin “Etkinlik” kriterinde, 2. ve 3. önceliğin ise “Etkinlik” ve “Uygunluk” kriterlerine ait olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcıların reçeteleme yaparken hangi bilgi kaynaklarından yararlandığı ile ilgili sonuçlarda 1. önceliğin “Tanı ve tedavi rehberleri”, 2. önceliğin “İlaç prospektüsleri” ve 3. önceliğin ise “Vademecum” kaynaklarına ait olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 2: Katılımcılara Ait Genel Betimsel İstatistikler

İlaç reçete etmede yararlanılan anamnez bilgilerinin öncelik dağılımı			
1.öncelik	2.öncelik	3.öncelik	
Kullandığı ilaçları sorgularım	16,2	16,2	47,3
İlaç alerjisini sorgularım	31,1	17,6	17,6
Kronik hastalığı sorgularım	20,3	43,2	10,8
Yaşını dikkate alırım	13,9	13,5	10,8
Daha önceki önemli hastalıklarını sorgularım	13,5	9,5	12,2
Sosyal güvencesini dikkate alırım	0,0	0,0	1,4
Diğer	0,0	0,0	0,0
İlaçları ile ilgili bilgilendirmede anlatılan bilgilerin öncelik dağılımı			
	1.öncelik	2.öncelik	3.öncelik
İlaç neden gereklidir	56,8	8,1	6,8
Kullanma talimatını anlatırım	10,8	27,0	16,2
Tedavi süresini söylerim	20,3	39,2	29,1
Dozajını söylerim	10,8	20,3	17,6
Olası yan etkilerini söylerim	1,4	5,4	28,4
Tedaviyi düzenlerken hastaya hastalığı ile ilgili anlatılan bilgilerin öncelik dağılımı			
1.öncelik	2.öncelik	3.öncelik	
Tedaviye nasıl yanıt verebileceğini anlatırım	24,3	21,6	29,7
Ne kadar süreceğini söylerim	17,6	31,1	20,3
Olası komplikasyonlarını söylerim	5,4	13,5	35,1
Seyrini söylerim	23,0	29,7	8,1
Adını söylerim	29,7	4,1	6,8
İlaç seçiminde dikkate alınan kriterlerin öncelik dağılımı			
1.öncelik	2.öncelik	3.öncelik	
Etkinlik	41,9	32,4	17,6
Fiyat	0,0	4,1	16,2
Güvenlik	32,4	24,3	23,0
Uygunluk	21,6	32,4	25,7
Tecrübe	4,1	6,8	13,5
Kalite	0,0	0,0	1,4
Reçeteleme yapılırken yararlanılan bilgi kaynaklarının öncelik dağılımı			
1.öncelik	2.öncelik	3.öncelik	
Tanı ve tedavi rehberleri	60,8	23,0	12,2
Vademecum	16,2	18,9	28,4
Farmakoloji kitapları	13,5	25,7	25,7
İlaç prospektüsleri	6,8	31,1	23,0
İlaç firmalarının bilgilendirme kaynakları	0,0	0,0	8,1
Diğer	0,0	0,0	0,0

Çizelge 3: Aile Hekimlerinin Akılcı İlaç Kullanımına ilişkin Görüşlerinin Frekans ve Yüzde Dağılımları

	Hiçbir Zaman		Nadiren		Bazen		Sıklıkla		Her Zaman		Ortalama
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
13. Hastaya hastalığını ve nedenlerini anlatır mısınız?	0	0	0	0	6	8,1	39	52,7	29	39,2	4,31
14. Tedavi uygulama gerekçelerini hastaya anlatır mısınız?	0	0	1	1,4	3	4,1	42	56,8	28	37,8	4,31
15. Tedavisi ile ilgili verdiğiniz bilgileri hastalarınız alıyor mu?	0	0	5	6,8	29	39,2	35	47,3	5	6,8	3,54
16. Verdiğiniz bilgileri hastaya tekrarlatıyor musunuz?	2	2,7	14	18,9	26	35,1	21	28,4	11	14,9	3,34
17. Yazdığınız ilaçlarla ilgili hastaya bilgi veriyor musunuz?	0	0	1	1,4	7	9,5	38	51,4	28	37,8	4,26
18. Hastaların özellikle talep ettikleri ilaçları yazar mısınız?	8	10,8	30	40,5	30	40,5	6	8,1	0	0	2,46
19. Hastalarınızı reçete ettiğiniz ilaçlar hakkında (ilaçları nerede ve nasıl saklanması gerektiği ile kullanım sonrası imha etme süreci) bilgilendiriyor musunuz?	6	8,1	18	24,3	18	24,3	21	28,4	11	14,9	3,18
20. Hastalarınıza ve topluma akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgilendirme yapıyor musunuz?	0	0	7	9,5	20	27	33	44,6	14	18,9	3,73
21. Düzenlenen tedavinin gerçekleştirilmesini dikkate alıyor musunuz?	0	0	0	0	8	10,8	46	62,2	20	27	4,16
22. Düzenlenen tedavinin maliyetini dikkate alıyor musunuz?	3	4,1	7	9,5	21	28,4	28	37,8	15	20,3	3,61
23. Tedavi için gerekli olan ilaç sayısından daha fazla ilacı reçeteye yazar mısınız?	43	58,1	22	29,7	6	8,1	2	2,7	1	1,4	1,69
24. Hastalarınıza ilaç dışı tedavi (diyet, egzersiz, sigara ve alkolden uzak durma vb.) öneriyor musunuz?	0	0	3	4,1	3	4,1	41	55,4	27	36,5	4,24
25. Daha önce rahatsızlığı için iki(2) kutu ilaç reçete ettiğiniz hastanıza, hastanızın bir(1) kutu ilaç kullanım süresini bitirmesi ve aynı rahatsızlık şikâyeti ile gelmesi halinde tekrar aynı ilacı reçete eder misiniz?	23	31,1	24	32,4	20	27	3	4,1	4	5,4	2,20
26. Daha önce başka bir hekim tarafından reçete edilmiş olan ilacı, hastayı muayene etmeden tekrar reçete eder misiniz?	34	45,9	26	35,1	14	18,9	0	0	0	0	1,73
27. Tedavinizin sonuçlarını değerlendirebiliyor musunuz?	0	0	10	13,5	27	36,5	28	37,8	9	12,2	3,49
28. Reçete yazma sürecinden sonra hastanızın durumunu takip ediyor musunuz?	1	1,4	9	12,2	27	36,5	31	41,9	6	8,1	3,43
29. Muayene etmeden, hastanın rahatsızlığına göre ilaç reçete eder misiniz?	43	58,1	26	35,1	2	2,7	3	4,1	0	0	1,53
30. Reçete ettiğiniz ilaçların fiyatlarını biliyor musunuz?	4	5,4	17	23	17	23	31	41,9	5	6,8	3,22
31. Sosyal güvencesi olanlarla olmayan hastalara yazdığınız ilaçların seçiminde fark oluyor mu?	13	17,6	17	23	26	35,1	12	16,2	6	8,1	2,74
32. İlaç seçimi yaparken ilaç tanıtım elemanlarının sunumlarından etkileniyor musunuz?	36	48,6	26	35,1	11	14,9	1	1,4	0	0	1,69

33. Diğer hekimler ilaç seçimi yaparken ilaç tanıtım elemanlarının sunumlarından etkileniyor mu?	18	24,3	32	43,2	21	28,4	3	4,1	0	0	2,12
34. Planladığımız tedavinin amacına en uygun ilacı seçmekte kararsız kaldığınızda meslek grubunuzdaki hekimlere danışır mısınız?	0	0	5	6,8	30	40,5	24	32,4	15	20,3	3,66
35. İlaçlar ile ilgili politikaları ve mevzuatı takip ediyor musunuz?	4	5,4	14	18,9	17	23	26	35,1	13	17,6	3,41

Çizelge 4: Tüm boyutların ortalama ve standart sapma sonuçları

Boyutlar	X	SS
Hekim - Hasta İlişkisi Boyutu	3.16	0.820
Hekim - Tedaviyi Düzenleme ilişkisi Boyutu	3.06	0.853
Hekim - İlaç Bilgisi İlişkisi Boyutu	2.62	0.942

Çizelge 5:Günlük ortalama muayene edilen hasta sayısının akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşler üzerindeki ilişkinin korelasyon analizi sonuçları

		Günde Ortalama Kaç Hasta Muayene Ediyorsunuz?	Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Görüşler
Günde Ortalama Kaç Hasta Muayene Ediyorsunuz?	r		0,350**
	p		0,002
	N	74	74
Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Görüşler	r	0,350**	1
	p	0,002	
	N	74	74

Çizelge 5'ten de görüldüğü üzere Pearson Correlation (r) katsayısı 0.350 değerindedir. Bu değer, aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile günlük ortalama muayene edilen hasta sayısı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir.Yine elde edilen sonuçlardan da görüleceği üzere, korelasyon katsayısının anlamlılık (p değeri) düzeyi de 0.002 olduğundan dolayı korelasyon katsayısının anlamlı olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak, korelasyon katsayısı pozitif olduğundan dolayı katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile günlük ortalama muayene edilen hasta sayısı arasında doğrusal ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Buna göre, günlük muayene edilen hasta sayısı arttıkça aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi ve becerileri de aynı oranda artacaktır.

Çizelge 6:Hastalara yazılan reçete yüzdelik dilimlerinin akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşler üzerindeki ilişkinin korelasyon analizi sonuçları

		Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Görüşler	Hastaların yüzde kaçına reçete yazıyorsunuz?
Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Görüşler	R		-0,044
	P		0,007
	N	74	74
Hastaların yüzde kaçına reçete yazıyorsunuz?	R	-0,044	1
	P	0,708	
	N	74	74

Çizelge 6'dan da görüldüğü üzere Pearson Correlation (r) katsayısı -0.044 değerindedir. Bu değer, aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımlarına yönelik görüşleri ile hastalara yazılan reçete oranlarının yüzdelik dilimleri arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Yine elde edilen sonuçlardan da görüleceği üzere, korelasyon katsayısının anlamlılık (p değeri) düzeyi de 0.007 olduğundan dolayı korelasyon katsayısının anlamlı olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak, korelasyon katsayısı negatif olduğundan dolayıkatilimcilerin akılcı ilaç kullanımlarına yönelik görüşleri ile hastalara yazılan reçete oranlarının yüzdelik dilimleri arasında negatif ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Buna göre, hastalara yazılan reçete oranlarının yüzdelik dilimleri arttıkça aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi ve becerileri de aynı oranda azalacaktır. Bir başka ifade ile akılcı ilaç kullanımına ters düşen hastalara yazılan reçete oranlarının yüksek olması durumu, aile hekimlerinin hastalığın tedavisinde ilaca olan bağımlılıklarının yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bitlis ilinde yapılan bu çalışmada aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki rollerine ilişkin önemli bulgular elde edilmiştir. Aile hekimlerin beyanlarına göre, muayene ettikleri hastalara reçete yazma ortalaması büyük çoğunluğun ifadesi ile %71-80'dir. Bilindiği üzere birinci basamak sağlık kurumlarında ayakta ve günü birlik sağlık hizmetleri verilmekte olup rahatsızlıkların çoğu da acil olmayan vakalardan oluşmaktadır. Buna karşın, aile hekimlerinin gelen hastalara ilaç reçete yazma eğilimlerinin yüksek olduğu anlaşılmıştır. Bu durum, hastalığın tedavisinde ilaca bağımlılığın yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır. Ortaya çıkan bu durum akılcı ilaç kullanımı çerçevesinde değerlendirildiğinde olumsuz bir sonucun ortaya çıktığı düşünülmektedir. Nitekim birçok basit hastalık ilaç dışı tedavi yöntemleri ile (diyet, egzersiz, dengeli beslenme vb.) tedavi edilebilmektedir. Yine ülkemizde ilaç harcama miktarı fazladır. Bu fazlalığın ortaya çıkmasındaki önemli etkenlerden birisinin de ilaç reçete etme sayısının fazla olması gösterilebilir. Türkiye'de ilaç harcama miktarının fazla olması ve ilaç dışı tedavi maliyetinin de düşük olması, ilaç dışı tedaviyi özendirerek faaliyetlerin yaygınlaştırılması gerektiğine işaret etmektedir. Bu faaliyetlerdeki artışın ülkemizdeki gereksiz ilaç harcama sorununa katkı sağlayacağı açıktır.

Aile hekimlerinin hastalarına yazmış oldukları reçetelerde %59,5'lik çoğunlukla üç kalemlik ilaca yer verdikleri ve reçetelerde yazılan ortalama ilaç kalem sayısının ise 2,79 olduğu ortaya çıkmıştır. Hasta için ilaç kullanımının gerekli olduğu durumlarda az sayıda ilaç ile yetinmek akılcı ilaç kullanımının gereklilikleri arasında yer almaktadır. Diğer taraftan akılcı olmayan ilaç kullanımının en yaygın nedenleri arasında hastalara çok fazla ilaç verilmesidir. Gereksiz ilaç reçetelemek birden fazla istenmeyen etkiye neden olabilir. Hasta birden fazla ilaç yan etkisi ile karşılaşabilir veya ilaçlar, ilaç etkileşimi ile beraber etkinliklerinin bir kısmını yitirebilir. Ayrıca gereksiz ilaç reçetelemek hastada ilaç direnci ya da ilaç bağımlılığı gibi istenmeyen sonuçlar ortaya çıkarabilir. Dolayısıyla hekimlerin reçetelerinde yer alan ilaç kalem sayısının miktarı, akılcı ilaç kullanımı açısından çok önemlidir. Sonuç olarak yapılan durum tespiti ile beraber, aile hekimlerinin, hastalığın tedavisinde ilaç kullanımını öncelikli olarak gördükleri düşünülmektedir. Hekimlerin oluşturduğu reçeteler izlenmeli, değerlendirilmeli ve eleştiriye açık bir hale getirilmelidir. Gerektiğinde hekimlere, uygunsuz reçeteleri ile ilgili bilgilendirme yapılmalı ve hekimlerin ilaç maliyetlerini daha fazla dikkate almalarını sağlayacak çalışmalar yapılmalıdır.

Akılci ilaç kullanımı ile ilgili eğitim alan aile hekimlerinin eğitim aldıkları yere ilişkin elde edilen verilerde ilk sırayı %51,8'lik oran ile Sağlık Bakanlığı, ikinci sırayı ise %20,3'lük oran ile Tıp Fakültesi almıştır. Üniversitelerin tıp fakültelerinde akılcı ilaç kullanımına yönelik olarak verilen eğitimlerin yetersiz olduğu ortaya çıkmıştır. Hekimlerin genel olarak çok az eğitim aldıkları ve bu eğitimlerin de yüzeysel olduğu anlaşılmıştır. Bu durum hekimler açısından akılcı ilaç kullanımına karşı bir ciddiyetsizlik algısı yaratmaktadır. Hekimlere verilen AİK eğitimlerin önemi tıp fakültelerinde anlatılmalı ve bu eğitimler yüzeysel olmamalıdır.

Aile hekimlerine, hastaların özellikle talep ettiği ilaçları yazar mısınız sorusu sorulmuştur. Katılımcıların %40,5'i bazen ve %8,1'i sıklıkla yanıtlarını vermiştir. Sağlık hizmeti sunumunda hekim ve hasta arasında bilgi asimetrisi vardır. Yani hasta alacağı tedaviye veya kullanacağı ilaca kendisi karar veremez. Bu aşamada hekimin kendisine sunduğu hizmeti veya ilacı almak durumundadır. Aile hekimlerinin kronik hastalığı olan hastalara, kullandıkları raporlu ilaçlarını tekrar reçeteye yazmaları göz önüne alınırsa elde edilen sonuçlar biraz daha olumlu görülebilir ancak hekimlerin, hastaların talep ettiği ilaçları yazması AOİK'ye neden olabilecek bir davranış olarak görülmektedir. Öte yandan hastaların ilaç talebinde bulunması da toplumun AİK ile ilgili eğitime gereksinimi olduğunu göstermektedir.

Araştırma sonuçlarına göre aile hekimlerinin hasta ile olan iletişimleri genel olarak iyi durumdadır. Ancak, istenilen düzeyde değildir. Nitekim akılcı ilaç kullanımının gereği olan hastanın tedaviye katılımı konusunda bazı hekimlerin hastaya hastalığı, tedavisi ve kullanacağı ilaçları hakkında yeterince bilgilendirme yapmadığı ortaya çıkmıştır.

Aile hekimlerinin tedavinin maliyetini ve gerçekleştirilebilirliğini dikkate alma düzeyleri orta seviyededir. Hekimlerin muayene ettikleri hastalara reçete yazma eğilimleri çok yüksektir. Tedavi için gerekli olan ilaç sayısından daha fazla ilacı reçeteye yazma davranışları bulunan aile hekimlerinin ilaç dışı tedaviye yeterince başvurmadıkları ve hastaları muayene etmeden ilaç yazma alışkanlıkları da bulunmaktadır. Aile hekimlerinin hastaların talep ettiği ilaçları yazdıkları da ortaya çıkmıştır. Bu durum araştırmaya katılan aile hekimlerinin yeterince akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgilerinin olmadığı anlamına gelir. Çünkü akılcı ilaç kullanımına uygun hareket edildiğinde tedavide, ilaca olan bağımlılık azalmaktadır. Ayrıca bazı hastalıkların tedavisinde ilaç dışı yöntemlerin çok etkili olduğu bilinmektedir. Örneğin, kas ve eklem ağrılarında egzersizin önerilmesi, kalp yetmezliğinde sigara ve alkolün bırakılması ile diyetin önerilmesi gibi.

Aile hekimlerinin ilaç bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğu anlaşılmıştır. Tedaviye uygun ilacı seçmek için ilaçlar hakkında yeterince bilgili olmak gerekmektedir. Doğru ilacın seçilebilmesi için ilaçlar ile ilgili etkinlik, uygunluk, güvenlik ve fiyat kriterlerinin bilinmesi gerekmektedir. Aile hekimlerinin ilaçlar ile ilgili yeterince eğitim almadıkları göz önüne alınırsa hekimlerin ilaç tercihleri kişisel deneyimlerine ve meslek grubundaki hekimlerin görüşlerine dayanmaktadır. Öte yandan konu ile ilgili yapılan benzer çalışmalara kıyasla son 10 yıl içerisinde aile hekimlerinin ilaç seçiminde Sağlık Bakanlığının önerdiği kaynakları kullanma oranı artarken ilaç firmalarının yönlendirmelerinden ise uzaklaştığı ortaya çıkmıştır.

Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ve sağlık göstergeleri arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Bu nedenle ülkelerden, sağlık sektörüne gereken önemin verilmesi ve sağlıklı yaşamı destekleyecek yatırımların hayata geçirilmesi beklenmektedir. Bu bağlamda sağlığa doğrudan etki edecek ilaçların kullanımında akılcılık önem kazanmaktadır.

İlaç kullanımını ve çeşitliliğini arttıran sebeplerin başında yeni hastalıkların oluşması, nüfus sayısının artması, insan sağlığını olumsuz etkileyecek faktörlerin artması ve ilaç firmaların kar amacı gütmeleri ile yapmış oldukları pazarlama girişimleri gelmektedir. Dolayısıyla ilaç çeşitliliğinin artması ve ilaca ulaşmanın çok kolay bir hale gelmesi, ilaçların kullanımında daha hassas davranılmasını zorunlu kılmaktadır. Bu hassasiyet başta ülkenin belirleyeceği doğru sağlık politikaları, hekimler ve sağlık çalışanlarının bilinçli hareket etmesiyle sağlanabilir.

KAYNAKÇA

Abacıoğlu, N. (2005). “Akılcı (rasyonel) ilaç kullanımı”. *Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi*, 5(4), 1-7.

Akdağ, R. (2004). *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*. A. Sabahattin (ed), Ankara: Mavi Ofset Yayıncılık, 36.

Akıcı, A., Uzuner, A. (2013). *Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlere Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı*. A. Akıcı (ed). (Birinci Baskı). Ankara:Kayhan Matbaacılık Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti.T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı SGK Yayın No:112, 2-36.

Akkurt, B. (2016). *Araştırma Görevlilerinin (Branş)Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları*, Uzmanlık Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, 10.

Alpdoğan, C. (2018). *Akılcı İlaç Kullanımı Ve Paydaşların Rolü: Sakarya İli Eczacıları Üzerine Bir İnceleme*, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü, Sakarya, 10.

Aydın, B., ve Gelal, A. (2012). “Akılcı ilaç kullanımı: yaygınlaştırılması ve tıp eğitiminin rolü”. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(1), 57-63.

Dikici, M. F., Kartal, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoğlu, A. S., ve Yarış, F. (2007). “Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi”. *Tıbbi Eğitim Dergisi*, 27, 412-418.

Duran, A. D. (2014). *Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Sağlık Çalışanları ile tedavi alan hastaların Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Tutumları*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 14.

Ekenler, Ş., ve Koçoğlu, D. (2016). “Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları”. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(3), 44-55.

Gelal, A. (2015). “Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı”. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics*, 3(1), 57-64.

Gülhan, R. (2013). “Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı”. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 29(2), 100-101.

Hocaoglu, N., Güven, H., Gidener, S., Tunçok, Y., Kalkan, Ş., Gümüştekin, M., ve Gelal, A. (2011). “Dokuz eylül üniversitesi tıp fakültesi dördüncü sınıf öğrencilerinin akılcı ilaç kullanım becerileri üzerine akılcı ilaç kullanım kursunun kısa dönem etkileri”. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(1), 15-24.

Isenalumhe, A.E., and Oviawe, O. (1998). “Polypharmacy: its cost burden and barrier to medical care in a drug oriented health care system”. *International Journal Health Services*, 18(2), 335-342.

Işık, A., Doruk, H., ve Mas, M. (2004). “Yaşlılarda ilaç kullanım ilkeleri”. *Klinik Gelişim Dergisi*, 17(2), 25-31.

Krähenbühl-Melcher, A., Schlienger, R., Lampert, M., Haschke, M., Drewe, J., and Krähenbühl, S. (2007). “Drug-related problems in hospitals: a review of the recent literature”. *Drug Safety*, 30(5), 379-407.

Laing, R. O. (1990). “Rational drug use: an unsolved problem”. *Tropical Doctor*, 1990(20), 101–103.

Melli, M. (2010). “Akılcı ilaç kullanımı”. *Anestezi Dergisi*, 18(3), 131-134.

Mollahaliloğlu, S., ve Aşkın, E. (2004). “Akılcı ilaç kullanımı nedir?”. *Türk Eczacılar Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 7, 16-24.

Parchman, M. L., and Burge, S. K. (2004). “The patient-physician relationship, primary care attributes, and preventive services”. *FamilyMedicine*, 36(1), 22-27.

Parlak, N. (2015). *KOAH Akut Alevlenmesinde Kullanılan Antibiyotiklerin Akılcı İlaç Kullanımı Yönünden Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Sürmelioglu, N., Kıroğlu, O., Erdoğan, T., ve Karataş, Y. (2015). “Akılcı olmayan ilaç kullanımını önlemeye yönelik tedbirler”. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 24(4), 452-462.

Uluoğlu, C. (2015). “İlaç Etkileşmelerine Akılcı Yaklaşım”. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics*, 3(1), 65-73.

Yılmaz, M., Kırbıyıkoglu, F.İ., Ariç, Z., Kurşun, B. (2014). Bir Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesi'ne Başvuran Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımlarının Belirlenmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 39-47.

World Health Organization (WHO). (2002). *Promoting Rational Use of Medicines: Core Components*. WHO Policy Perspectives on Medicines. Report WHO/EDM, No:5 Geneva, 1-3.

**KADIN ÇALIŞANLARIN CAM TAVAN ENGELLERİNİN ARAŞTIRILMASI: BİR
ÖZEL HASTANE ÖRNEĞİ**
**INVESTIGATION OF GLASS CEILING OBSTACLES OF FEMALE EMPLOYEES:
A CASE OF PRIVATE HOSPITAL**

Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi

zozturk@gazi.edu.tr

orcid.org/0000-0003-2569-7249

Yasemin BOLAT

Gazi Üniversitesi

ybolat12@gmail.com

orcid.org/0000-0001-9930-7181

Öğr. Gör. İlknur KIRAN MORKOÇ

Şeyh Edebali Üniversitesi

ilknur.morkoc@bilecik.edu.tr

orcid.org/0000-0002-4137-9577

Makale gönderim-kabul tarihi (24.10.2018-26.11.2018)

Özet

Bu çalışmanın amacı, Ankara’da bulunan bir özel hastanede idari personelin “kadın çalışanların cam tavan engellerine” yönelik görüşlerinin tespit edilmesidir. Çalışmaya 240 kişi katılım göstermiştir.

Uygulama sonucunda elde edilen verilerin çözümlenmesinde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkileri incelenmiştir. Bunun yanısıra farklı grupların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları açısından karşılaştırılması için Bağımsız Örneklem T-Testi ve Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi testi kullanılmıştır. Farklılığın kaynağının hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi için ise Post Hoc testlerinden Hochberg’s GT2 testi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamında oluşturulan hipotezler sonucunda, idari personelin cam tavan algıları ile “Öğrenim Düzeyi”, “Görev”, “Görev Yeri” ve “Sektördeki Çalışma Süresi” değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Çalışanların cam tavan algıları ile “Cinsiyet”, “Yaş”, “Medeni durum” ve “Çalışma Süresi” değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: cam tavan, hastane, kariyer, engel, kadın çalışanlar

Abstract

The aim of this study was to determine the views of administrative staff on the “glass ceiling obstacles of female employees” in a private hospital in Ankara. 240 people participated in the study.

The effects of the independent variables on the dependent variable were analyzed in analyzing the data obtained as a result of the application. In addition, Independent Sample T-Test and One-Way Variance (ANOVA) Test were used to compare the scores of different groups. The Hochberg's GT2 test was used to determine which groups were the source of the difference.

As a result of the hypotheses formed within the scope of the study, it was observed that there was no significant difference between the glass ceiling perceptions of the administrative staff and the variables of "Education Level", "Task", "Task Place" and "Working Time in the Health Sector". A significant difference was found between the glass ceiling perception of employees and the variables "Gender", "Age", "Marital status" and "Working Time in hospital".

Key words: glass ceiling, hospital, career, obstacle, female employees

GİRİŞ

Kariyer ile ilgili en önemli metaforlardan biri olan cam tavan; kadın çalışanların başarı ve yeteneklerine bakılmaksızın, iş hayatında üst yönetimlere gelmesine izin vermeyen görünmez ve aşılamayan engelleri ifade eder. Bu kavram cinsel ayrımcılığın yanı sıra, etnik ve dini ayrımcılığı da kapsar (Gül ve Oktay,2009: 427).

Cam tavan kavramını açıklayabilmek için öncelikle öğrenilmiş çaresizlik kuramına değinmekte fayda vardır. Psikologların öğrenilmiş çaresizlik ile ilgili bir pire deneyi yaparlar. Pirelerin normal şartlarda 50cm zıpladığını gözlemlerler. Pireleri yüksekliği 30cm olan cam fanusa koyduktan sonra, alttan ısıtmaya başlarlar. Isınan pireler zıplamayı bırakarak kaçmaya çalışırlar, zıpladıkça tavandaki cama çarparlar. Pireler artık cama çarpmamak için 30 cm'den fazla zıplamamaya başlar. Daha sonra tavandaki cam kaldırılır. Zemin tekrar ısıtılır. Daha önce 50cm sıçrayabilen pirelerin kapak açıldıktan sonra artık 30cm sıçradığı gözlenir. Üzerlerinde engel olmamasına, daha yükseğe sıçrama imkânlarının olmasına rağmen buna cesaret edemezler. Çünkü engel artık kavanozda değil zihinlerindedir. Cam engel ortadan kalkmış olsa da, 30 cm' den fazla zıplayamama inancı belirlemiştir. Pireler bu deney ile en fazla 30cm sıçrayabileceğini öğrenmiştir (Öztürk ve Bilkay,2016).

Öğrenilmiş çaresizlik, bir bireyin herhangi bir durum ya da olay karşısında çok sayıda başarısızlığa uğrayarak, bir şey yapsa bile hiçbir şeyin değişmeyeceğini, olayların kendi kontrolü altında bulunmadığını ve o konuda asla başarıya ulaşamayacağını düşünüp cesaretini yitirmesidir(Sekman, 2006: 8). Öğrenilmiş çaresizlik bir başka ifade ile, geçmişteki yaşanmış olan kötü tecrübeler sonucundabireyin kendisini olumsuz şartlandırarak bugünkü davranışlarını geçmişte yaşadığı olumsuz tecrübelerle şekillendirmesidir. Bireyin daha önceki yaşantısında var olan başarısızlıkların, kendisini sınırlaması ve bu başarısızlıkları yeni başarılar elde etmesini engelleyecek şekilde yanlış yorumlaması olarak da ifade edilebilir (www.hedefbasari.com). (12.06.2017)

Pire deneyi, kadın çalışanların, üst yönetime gelme ile ilgili yaşadıkları cam tavan sendromu ile ilişkilendirilirse, kadın çalışanlar ne ile sınırlandıklarını anlamadan, öğrenilmiş çaresizlik duygusuyla hareket ederek üst yönetime gelemedikleri söylenebilir.

Cam Tavan Kavramı

Cam tavan (GlassCeiling) kavramı ilk olarak 24 Mart 1986 yılında Hymowitz ve Schellhardt tarafından Wall StreetJournal'da "İş Yaşamında Kadın" başlıklı yazıda yer almıştır. Bu yazıda cam tavan kavramı, "özel şirket ya da kamu kurumlarında bir üst pozisyona geçmek için çabalayan kadınların karşılaştıkları tüm engel ve haksızlıklar" olarak kullanılmıştır(Öztürk,2011:29). Bu



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

çalışmada, bir kadının, işletmelerin yönetim kademesinde çalışmasının, 'işte ciddiyetsizlik oluşturduğu ve o konuma yakışmadığı' düşünceleri anlatılmaktadır (İnel vd,2014:3).

İş yaşamındaki ayrımcılığı belgelemek için kurulan Federal Cam Tavan Komisyonu (1995) cam tavan kavramını kadınların ve azınlıkların ilerlemesi için önemli bir engel olarak tanımlamıştır (Galloway,2012:54) Kariyer engeli olarak da nitelendirilen cam tavan, kurumun yönetmeliklerinde bulunmayan bir engeldir. Ücret, işe alınma, iş bölümü, eğitim ve terfi gibi durumlarda cinsiyetten kaynaklanan eşitsizlik olarak görülmektedir (İnel vd,2014: 3).

Cam tavan algısının temelinde kadınların veya diğer azınlık gruplarının belirli şartlar sonucunda kendilerini çaresiz hissettikleri ve mücadele etmekten vazgeçtikleri gerçeği yatmaktadır (Gül ve Oktay,2009).

Liderlik yolunda kadınlar erkeklerden daha fazla engellerle karşılaşmaktadırlar. Toplumsal normlar kadınları daha bakımlı olmaya erkekleri ise daha iyi ücretler almaya iter. Kadınlar yönetimin sadece küçük bir bölümünü oluşturmaktadır. Yönetimde olanların tüm kadınları temsil ettiği düşünülür ve toplumsal cinsiyetçi bakış açısı nedeniyle bu noktada büyük baskı hissederler (Galloway,2012:55).

Cam tavan; kadınların, iş hayatında belli bir seviyeden sonra yükselmelerine izin vermeyen görünmez engellerdir. Bu metafor ilk olarak, feministler tarafından, başarılı kadınların kariyer engellerini referans olarak ortaya atıldı. ABD'de, bu kavram, hem azınlık erkeklerin, hem de kadınların kariyer engellerini açıklayacak biçimde genişletildi (www.en.wikipedia.org). Literatürde tartışılan cam tavan metaforuna benzer diğer metaforlar şunlardır: (Smith,2012:26)

- Cam asansör: Erkeklerin üst yönetimlere gelmelerini kolaylaştıran, bilinmeyen faktörleri ifade eder.
- Cam uçurum: Riskli pozisyonlara kadınların getirilmesini anlatır. Kriz anında mevkilerini kaybedecek olması ve bu durumun kadın olmalarına bağlanması durumudur.
- Perpleks tavan: İmalat sanayindeki kadınlara odaklanmış iken, çim tavan, tarımsal kuruluşlardaki kadın liderlerin azlığını açıklar (Smith,2012:26).
- Cam kapı: Kadınların işe girerken karşılaştıkları ilk engelleri açıklar.
- Beton tavan: Siyahi ve azınlıklara mensup kadınların karşılaştığı engellerin cam tavandan daha sert olduğunu açıklar.
- Cam merdiven: Kadın ağırlıklı mesleklerde, erkeklerin kadınlara göre daha hızlı yükselmesini ifade eder (Smith,2012).

Gül ve Oktay'ın çalışmalarına göre ilgili diğer metaforlar;

- Ters cam tavan: Kadın çalışanların daha yoğun olduğu sektörlerde erkeklerin üst yönetime gelmelerini anlatır.
- Bambu tavan: Doğu Asyalıların yükselmesine karşı engelleri anlatır. Gerekçe ise liderlik potansiyellerinin olmadığı veya iletişim yeteneklerinin yetersiz olduğudur.
- İkinci cam tavan: İlk engel aşılsa da ikinci bir engelle karşılaşıldığı anlamını taşımaktadır.
- Cam dolap: Eşcinsellerin bazı işlerden veya sektörlerden uzak tutulması anlamında kullanılmaktadır, medya buna tipik bir örnektir.
- Cam labirent: Güç sarf ederek çıkış yolunu bulmaktır. İş hayatındaki engellerin çetrefilliğini anlatır.
- Yapışkan zemin: Kamu kurumlarında alt kademelerde çalışan kadınlar, genelde terfi olmaz ve yerlerinde kalırlar. Buna bağlı olarak ücretleri de genelde düşüktür Kariyer basamaklarını



trmanmanın kadınlar için daha zor olduğunu ifade eder. Bu olgu, ücret dağılımının alt cinsiyet farkları ile ilgilidir.

• Yapışkan merdiven: Şirket merdivenlerinde yükselme çabasını ve zorluğunu ifade eder (Gül ve Oktay,2009).

Kadınlar hem iş yaşamında hem de özel yaşamlarında birtakım sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Özel yaşamlarında iş-aile çatışması, ev işleri, evde çalışma, çocuk bakım sorunu ile karşılaşan kadınlar, iş yaşamlarında; eğitimde eşitsizlik, iş bulma ve terfide eşitsizlik, ücretlerde eşitsizlik, sosyal haklardan yararlanmada eşitsizlik, cinsel taciz, mobbing ve cam tavan sendromu sorunları ile mücadele etmektedirler.

Cam Tavan Engelleri

Kadın çalışanlarda cam tavan engelleri;

Kişinin Kendine Koyduğu Engeller,

Erkek Yöneticiler Tarafından Konulan Engeller,

Kadın Yöneticiler Tarafından Konulan Engeller (Kraliçe Arı Sendromu) olmak üzere üç boyutta incelenir:

Kişinin Kendine Koyduğu Engeller:

Alman filozof Nietzsche, 19. yüzyılda bir kişinin en büyük düşmanının kendisinin olduğunu söylemiştir. Ayrıca "Küçük Cam Terlik" olarak bilinen çocukların halk masalı "Külkedisi", içinde, Sindirella baloya gitmeseydi ve orada prensle karşılaşmasaydı, kötü üvey annesi onun mutlu olmasına hep engel olacaktı (Tran,2014: 16).

Çoklu Rol Üstlenme

Çoklu rol üstlenme faktörü kadınların üst yönetimlere gelmelerini zorlaştıran bir cam tavan engelidir. Çalışma hayatındaki kadın bir yandan işi ile ilgili görevlerini yürütmeye çalışırken, diğer yandan ev işleri, çocukları ve eşi ile ilgili sorumluluklarını yerine getirmek zorundadır. Kadınlar işi ve ailesi ile ilgili sorumluluklarını yerine getirmek adına büyük bir çaba harcamaktadır (Aktaran: Çetin,2011:68). Kadınların anne, eş ve iş kadını rollerinin hepsini birlikte ve iyi bir şekilde yürütmeye çalışması zaman açısından büyük bir baskı yaratmaktadır. Bunlara bağlı stres ve çatışmalar, ailelerine yeterince zaman ayıramayacağı düşüncesi nedeniyle önlerine çıkan yükselme fırsatlarını kaçırmaya veya ertelemek zorunda kalırlar. Kariyer basamaklarını azimle çıkmaya karar veren kadınların önünde iki seçenek vardır: Ya "Süper Kadın Olmak" seçeneğini seçerek, ruhsal ve fiziksel sorunlarla mücadele edecek ya da feminen özelliklerini bir kenara bırakıp, evlenmeyi erteleyecek veya düşünmeyecektir. (Karcioğlu ve Leblebici,2014:5)

Kişisel Tercih ve Algıları:

İş hayatında terfi eden bir erkek ile terfi eden kadına bakış açısı aynı olmamaktadır. Kadınlar,

- Hırslı kadın, erkek gibi kadın dolayısıyla tehlikeli kadın olarak görülmekten,
- Ailesi ve çevresi tarafından sevilmemekten,
- Eşinden daha yüksek mevkilere gelip, eşinin özgüvenini kırmaktan, eşiyile sorun yaşamaktan,
- Yükselmesi ile ilgili olumsuz algıların oluşabileceğinden,



korktukları için, başarı onlar için her zaman iyi bir tercih olmayabilir. Bu durumlar neticesinde, kadınlar huzurlarını bozmamak adına, kariyer fırsatlarını göz ardı etmekte, başarılı olmaktan kaçınılmaktadırlar. (Karaca,2007; Irmak,2010)

Kadın Yöneticiler Tarafından Konulan Engeller

Kraliçe Arı Sendromu:

Kadınların hemcinslerine yönelik olumsuz tutumlarını açıklamak için kullanılan bir metafordur. İlk olarak Staines, Travis ve Jayerante (1973) tarafından, kadın kurtuluş hareketine destek vermeyen başarılı kadınları tanımlamak için kullanılmıştır. Hemcinslerinin yükselmelerine yardım etmede sınıfta kalan üst yönetimdeki kadınları tanımlar (Smith,2012: 30).

Kraliçe arı sendromu, kadın yöneticilerin, hemcinslerini mobbing ile yıpratması, yıldırması, onları yok sayması ve çekememesi, zirvede tek olmayı istemesi ve bunu başarı ve ayrıcalık olarak görmesi şeklinde tanımlanabilir.

Kraliçe Arı Sendromu; “kadın yöneticilerin zamanla iş ortamındaki davranışlarını değiştirerek erkek yöneticilerin davranış kalıplarına yaklaşması ve diğer kadın çalışanlara erkek yöneticilerininkine benzer tepkiler göstermesi” durumunu ifade eder(Aktaran: Zel U. ,2002,41-42).

Yengeç sepeti prensibine göre sepetteki hiçbir yengeç dışarı çıkamaz. Yukarı tırmanmaya çalışan yengeci diğer yengeçler engeller. Birinin yükselmesi, ön plana çıkması, daha iyi olması diğerleri tarafından sinsice cezalandırılır. Bu yüzden sepetin üzerini kapakla örtmeye bile gerek yoktur. Kendi tabiatları gereği kadınlar diğerlerinin yükselmesini engelleyen bir kapak görevi görmektedir (Aktaran: Irmak R.,2010: 38).

Kendini Referans Alma Yanılgısı

Tüm zorlukları aşır, önyargıları göğüsleyerek yükselen kadınlar ise, herkesin kendileri gibi aynı seviyeye gelebileceğini düşünmekte, hemcinslerine destek olmamaktadırlar.

"Küçük Cam Terlik" olarak bilinen çocukların "Külkedisi" masalında Sindirella, kadınlar için bir kök rol modeldir. Kadınlar kendilerini güçlü hissedebilmek için, güçlü ve başarılı modelleri görmeye ihtiyaç duyarlar, fakat etrafları güçlü erkekler ve zayıf kadınlarla çevrilidir. Ayrıca üst düzey yönetimlerde sınırlı sayıda kadın yöneticinin olması rol model kıtlığına yol açar (Tran,2014:16).

Erkek Yöneticiler Tarafından Konulan Engeller

Kadın çalışanlara yönelik cam tavan engellerinden en önemlisi çoğu olumsuz olan önyargılardır. Kadınlar karakter, kararlılık ve azim açısından yeterli görülmediği için üst düzey görevleri de yerine getiremeyeceği düşünülür. Erkek yöneticiler, tüm bunların yanı sıra kadınlar ile iletişim kurmakta zorluk yaşadıkları görüşü ve erkek gücünü kaybetmeme isteği ile de engeller oluşturabilirler (Örücü vd, 2008: 119).

Erkek yöneticiler tarafından konulan engeller, erkeklerin üst yönetimi işgal etmesi ile kendini gösterir, “erkekler kulübü” (men club) oluşturarak kendi konuşma (argo) dilleri, şakalaşması ve bu iş yerinin sosyal bir faaliyet halini almış olması çalışan kadınları negatif olarak etkilemektedir(İnel vd,2014: 3).

Ataerkil toplumlarda erkekler, kadınları ailelerinin çok önemli olması gibi nedenlerle çok fazla iş vermeyerek onları kollarlar(korurlar). Bu koruma(kollama) iç güdüsü kadınlar için bir kariyer engeli oluşturmaktadır. (Sezen, 2008: 25).

Erkekler tarafından konulan ayrımcılığın bir diğer boyutunda ise tarafsızlık ilkesi vardır. Tarafsızlık ilkesine göre cinsiyetler arasındaki fark kabul edilirken bir üstünlüğün olmadığı kabul edilmesi durumu mevcuttur (Sezen, 2008: 25).

Cam tavan engeli bireysel ve örgütsel anlamda birtakım sonuçlar doğurmaktadır. Bunlar; motivasyon kaybı, işletmeye olan bağlılığın azalması, düşük iş tatmini, işe yabancılaşma, performans düşüklüğü gibi bireysel sonuçlar ve yüksek iş gücü devri, verimliliğin ve hizmet kalitesinin düşmesi, işe devam oranının azalması, maliyetlerin artması gibi örgütsel sonuçlardır(Mayuk,2013,81-89).

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, Ankara’ da faaliyette bulunan özel bir hastanede çalışan idari personelin çalışmış oldukları hastanede cam tavan engellerine ilişkin görüşlerini değerlendirebilmektir. Araştırmada idari personelin çalıştıkları hastanede cam tavan engellerine ilişkin görüşleri ölçek içerisinde yer alan boyutlar kapsamında değerlendirilmiştir. Araştırmada, katılımcıların cam tavan engellerine yönelik görüşleri ile cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, görevi, görev yeri, sektördeki çalışma süresi ve hastanedeki çalışma süresi değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı ortaya konacaktır. Bu doğrultuda, araştırmaya katılanların cam tavan engelleri ile ilgili görüşlerinin tespit edilmesine yönelik aşağıdaki hipotezler test edilecektir:

H₁: İdari personelin cam tavan engellerine ilişkin görüşleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂: İdari personelin cam tavan engellerine ilişkin görüşleri ile yaşları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃: İdari personelin cam tavan engellerine ilişkin görüşleri ile medeni durumları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₄: İdari personelin cam tavan engellerine ilişkin görüşleri ile öğrenim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₅: İdari personelin cam tavan engellerine ilişkin görüşleri ile görevleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₆: İdari personelin cam tavan engellerine ilişkin görüşleri ile görev yerleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₇: İdari personelin cam tavan engellerine ilişkin görüşleri ile sektördeki çalışma süreleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₈: İdari personelin cam tavan engellerine ilişkin görüşleri ile hastanedeki çalışma süreleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Araştırmanın Yöntemi ve Kapsamı

Bu araştırmada idari personellerin çalışmış oldukları hastanedeki cam tavan engellerine ilişkin görüşlerinin tespit edilmesinde anket yöntemine başvurulmuştur. Kullanılan anket Mayuk(2013)’ un çalışmasından sağlık kurularına uyarlanarak uygulanmıştır. Anketlerin uygulanmasında ise, yüz yüze anket tekniğinden yararlanılmıştır. Bu doğrultuda araştırmada, cam tavan engellerinin tespit edilmesine yönelik kullanılan anket formuna yer verilmiştir. Toplam 37 sorudan oluşan anket içerisinde iki bölüm yer almaktadır. İlk bölümde (8 soru) ankete katılanların cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, görevi, görev yeri, sektördeki çalışma süresi ve mevcut işyerindeki çalışma süresi ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Araştırmada yer alan bu soruların temel kullanım amacı,

katılımcı sayılarını ve yüzdelerini ortaya koymaktır. İkinci bölümde ise (29 soru), “Çalıştığım hastanede kadın çalışanlara pozitif ayrımcılık uygulanmaktadır.”, “Hastanelerde kadın çalışanlara ücretlendirmede ayrımcılık yapılmaktadır.” Ve “Hastane yönetiminde kadın yöneticiler erkek yöneticilere nazaran daha etkindir.” gibi ölçek ifadeleri yer almaktadır. Anket uygulaması sonucu elde edilen verilerin çözümlenmesi, bilgisayar ortamında SPSS 24 paket programı (Statistical Package for the Social Science) ile yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara’ da faaliyette bulunan özel bir hastanedeki idari personel oluşturmaktadır. Söz konusu hastanede çalışan toplam idari personel sayısı 608’dir. Araştırmada, istatistiksel açıdan elde edilen verilerin anlamlılık düzeyinin sağlanması amacı ile toplam 240 idari personele anket uygulanmıştır. Bu uygulama basit tesadüfî örnekleme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir.

Bu araştırmada, söz konusu örneklem düzeyinin yeterliliğinin tespit edilmesinde anakütle büyüklüğünün bilindiği durumlarda kullanılan aşağıdaki formül kullanılmıştır (Yamane, 2001):

$$n = \frac{(Nt^2pq)}{(d^2(N-1) + t^2pq)}$$
$$n = \frac{608 * 1,96^2 * 0,10 * 0,90}{0,05 * 607 + 1,96^2 * 0,10 * 0,90}$$
$$n = 125$$

Formülde yer alan N: anakütle büyüklüğünü, n: örneklem büyüklüğünü, p: olayın görülme olasılığını, q: 1-p: olayın görülmemeye olasılığını, d: kabul edilen ± örnekleme hata oranını ve t_(α, sd): α anlamlılık düzeyinde, serbestlik derecesine göre t tablosu kritik değerini ifade etmektedir.

Bu durumda gerekli örneklem sayısının 125 olduğu tespit edilmiştir.

Verilerin Analizi

Anket uygulamasının güvenilirliğinin test edilmesinde Cronbach’s Alpha testine yer verilmiştir. Test sonucunda anket uygulamanızın 0,780’lik bir düzeyde güvenilirliğe sahip olduğu görülmüştür (Tablo 1). Oran, anketimizin oldukça güvenilir olduğunu gösterir (Kalaycı, 2005: 405).

Tablo 1: Cronbach’s Alpha Tekniğine İlişkin Çözümleme Sonuçları

Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
0,780	29

Araştırmada kullanılan anket formundaki soruların normal bir dağılıma sahip olup olmadığının tespit edilmesinde normallik testine başvurulmuştur. Yapılan çözümleme sonucunda Kolmogorov-Smirnov değerinin (0.20) 0.05’ den büyük olduğu anlaşıldığından ötürü elde edilen verilerin normal bir dağılıma sahip olduğu anlaşılmıştır.

Bulgular ve Tartışma

Katılımcılara Ait Genel Betimsel İstatistikler

Bu kısımda, anket uygulamasına katılanların bazı temel sosyo-demografik özelliklerine ilişkin elde edilen verilere yer verilmiştir. Söz konusu verilerin çözümlenmesi Frequencies yöntemi ile analiz edilmiş olup Tablo 2' de sunulmuştur.

Tablo 2: Katılımcıların Demografik Özellikleri

Cinsiyet		
	Sayı	Yüzde (%)
Kadın	183	76.3
Erkek	57	23.8
Toplam	240	100.0
Yaş		
	Sayı	Yüzde (%)
18-28 yaş	109	45.4
29-38 yaş	91	37.9
39-48 yaş	38	15.8
49 ve üstü yaş	2	0.8
Toplam	240	100.0
Medeni Durum		
	Sayı	Yüzde (%)
Bekâr	116	48.3
Evli	124	51.7
Toplam	240	100.0
Öğrenim Düzeyi		
	Sayı	Yüzde (%)
Lise	87	36.3
Ön Lisans	30	12.5
Lisans	110	45.8
Yüksek Lisans	13	5.4
Toplam	240	100.0
Görevi		
	Sayı	Yüzde (%)
Hasta Danışmanı	99	41.3
Uzman	16	6.7
Hemşire	70	29.2
Bölüm Şefi	14	5.8
Memur-Sağlık Memuru	34	14.2
Teknisyen	4	1.7
Bölüm Müdürü	3	1.3
Toplam	240	100.0
Görev Yeri		
	Sayı	Yüzde (%)
Hasta kabul	99	41.3
İnsan kaynakları	13	5.4
Muhasebe-satın alma	21	8.8
Bilgi işlem	4	1.7
Tanıtım-pazarlama	6	2.5
Çağrı Merkezi	7	2.9

Kalite ve Eğitim Merkezi	6	2.5
Hemşirelik Hizmetleri	84	35.0
Toplam	240	100.0
Sektördeki Çalışma Süresi		
	Sayı	Yüzde (%)
1 Yılden Az	24	10.0
1-3 Yıl	55	22.9
4-6 Yıl	35	14.6
7-9 Yıl	25	10.4
10 Yıl Ve Üzeri	101	42.1
Toplam	240	100.0
Hastanedeki Çalışma Süresi		
	Sayı	Yüzde (%)
1 Yılden Az	34	14.2
1-3 Yıl	74	30.8
4-6 Yıl	40	16.7
7-9 Yıl	18	7.5
10 Yıl Ve Üzeri	74	30.8
Toplam	240	100.0

Tablo 2’ de verilen sonuçlara göre, araştırmaya katılanların % 76,3’ ü kadın ve % 23,8’ i erkektir. Araştırmaya katılanların yaş dağılımlarına baktığımızda % 45,4’ ü 18-28 yaş grubu, % 37,9’ u 29-38 yaş grubu ve % 15,8’ i 39-48 yaş grubu ve % 0,8’ i ise 49 ve üzeri yaş grubundadır. Yine, katılımcıların % 48,3’ ü bekâr, % 51,7’ si evlidir.

Araştırmaya katılanların öğrenim düzeyleri ile ilgili elde edilen verilere göre, % 36,3’ ünün lise mezunu, % 12,5’ inin önlisans mezunu, % 45,8’ inin lisans mezunu ve % 5,4’ ünün yüksek lisans mezunu olduğu görülmüştür.

Katılımcıların görev dağılımları ile ilgili elde edilen verilere bakıldığında, % 41,3’ ü hasta danışmanı, % 6,7’ si uzman, % 29,2’ si hemşire, % 5,8’ i bölüm şefi, % 14,2’ si memur/sağlık memuru, % 1,7’ si teknisyen ve % 1,3’ ü bölüm müdürüdür. Katılımcıların görev yeri dağılımlarında ise, % 41,3’ ünün hasta kabul biriminde, % 5,4’ ünün insan kaynakları, % 8,8’ inin muhasebe-satın alma, % 1,7’ sinin bilgi işlem, % 2,5’ inin tanıtım-pazarlama, % 2,9’ unun çağrı merkezi, % 2,5’ inin kalite ve eğitim merkezi ve % 35’ inin hemşirelik hizmetleri biriminde çalıştığı görülmüştür.

Katılımcıların sektördeki çalışma sürelerine bakıldığında % 10’ unun 1 yıldan az süredir çalıştığı, % 22,9’ unun 1-3 yıldır çalıştığı, % 14,6’ sının 4-6 yıldır çalıştığı, % 10,4’ ünün 7-9 yıldır çalıştığı ve % 42,1’ inin 10 yıl ve üzeri yıldır çalıştığı görülmüştür.

Katılımcıların mevcut işyerlerindeki çalışma sürelerine bakıldığında % 14,2’ sinin 1 yıldan az süredir çalıştığı, % 30,8’ inin 1-3 yıldır çalıştığı, % 16,7’ sinin 4-6 yıldır çalıştığı, % 7,5’ inin 7-9 yıldır çalıştığı ve % 30,8’ inin 10 yıl ve üzeri bir süredir çalıştığı görülmüştür.

Katılımcıların “Kadın Çalışanların Cam Tavan Engellerine Yönelik Görüşlerinin Betimsel İstatistikleri

Araştırmanın bu kısmında idari personelin “kadın çalışanların cam tavan engellerine yönelik görüşleri” içerisinde yer alan “aile ve çalışma hayatı, örgütsel stratejiler, örgütsel engeller, bireysel algı kaynaklı engeller, kadının konumu ve kadının örgüt içerisinde var olan olumlu şartlar” boyutuna

yönelik katılımcıların verdikleri cevaplardan elde edilen veriler betimleyici analiz ile incelenmiştir. Toplam 29 ifadeden oluşan bu boyutta 5’lilikert tipli ölçek yer almaktadır. Ölçek içerisinde, “Evli kadınlar yöneticilik yapmakta daha çok zorlanırlar.” ve “Kadın çalışanların evli olmaları performanslarını etkiler.” gibi ifadeler yer almaktadır.

Tablo 3’ de kadınların cam tavan engellerine ilişkin idari personelin verdiği cevaplar yer almaktadır. Buradaki herbir ifade için ortalama ve standart sapma değerlerine de yer verilmiştir.

Tablo: 3Katılımcıların Cam Tavan Engellerine İlişkin Görüşlerine Yönelik Betimsel İstatistikler

	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum		Ortalama	Standart Sapma
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Aile Ve Çalışma Hayatı Boyutu											\bar{X}	SS
Kadınların yönetim kademelerine geçmek için karar süreçlerinde aile etkilidir.	38	15.8	84	35.0	52	21.7	36	15.0	30	12.5	3.27	1.253
Kadın hem işte iyi bir yönetici hem de evde iyi bir anne ve/veya eş olabilir.	138	57.5	61	25.4	26	10.8	7	2.9	8	3.3	4.31	1.005
Evli kadınlar yöneticilik yapmakta daha çok zorlanırlar.	8	3.3	26	10.8	45	18.8	98	40.8	63	26.3	2.24	1.063
Kadın çalışanların çocuk sahibi olmaları performanslarını etkiler.	12	5.0	48	20.0	57	23.8	79	32.9	44	18.3	2.60	1.145
Kadın çalışanların evli olmaları performanslarını etkiler.	7	2.9	41	17.1	47	19.6	76	31.7	69	28.8	2.34	1.149
Örgütsel Stratejiler Boyutu											\bar{X}	SS
Çalıştığım hastanede kadın çalışanlara pozitif ayrımcılık uygulanmaktadır.	14	5.8	12	5.0	73	30.4	76	31.7	65	27.1	2.31	1.100
Çalıştığım hastanede kadın yöneticilerin karşılaştıkları kariyer engellerini önlemek için kariyer geliştirme stratejilerinden yararlanılmaktadır.	14	5.8	23	9.6	117	48.8	56	23.3	30	12.5	2.73	.997
Çalıştığım hastanede kadın çalışanlara yönelik teşvik ve promosyonlar bulunmaktadır.	13	5.4	21	8.8	80	33.3	69	28.8	57	23.8	2.43	1.107
Çalıştığım hastanede yüksek performans gösteren kadın çalışanlara kariyerinde ilerlemesi için destek verilmektedir.	24	10.0	50	20.8	80	33.3	56	23.3	30	12.5	2.93	1.158
Çalıştığım hastanede kadın çalışanlara mentor desteği	13	5.4	26	10.8	120	50.0	47	19.6	34	14.2	2.74	1.011

Örgütsel Engeller Boyutu	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	\bar{X}	SS
sağlanmaktadır.												
Kadınlar iş yaşamında sosyal ağlara katılmakta zorlanırlar.	14	5.8	47	19.6	55	22.9	71	29.6	53	22.1	2.58	1.197
Kadınlar kariyer geliştirme programlarından yeterince faydalanma fırsatı bulamazlar.	8	3.3	33	13.8	57	23.8	87	36.3	55	22.9	2.38	1.084
Kadınlar iş dünyasındaki güçlüklerle erkekler kadar direnç gösteremezler.	13	5.4	38	15.8	45	18.8	70	29.2	74	30.8	2.36	1.222
Hastanelerin çalışma saatleri kadınların çalışmasına olumsuz etki etmektedir.	47	19.6	59	24.6	50	20.8	48	20.0	36	15.0	3.14	1.348
Hastanelerde kadınlara terfi konusunda daha çok imkân verilmektedir.	18	7.5	26	10.8	96	40.0	73	30.4	27	11.3	2.73	1.046
Hastanelerde terfi konusunda erkeklere daha çok imkân verilmektedir.	19	7.9	34	14.2	109	45.4	50	20.8	28	11.7	2.86	1.057
Kadınlar yeteneklerine göre daha düşük pozisyonlarda çalışmaktadırlar.	17	7.1	60	25.0	39	16.3	69	28.8	55	22.9	2.65	1.272
Hastanelerde kadın çalışanlara ücretlendirmede ayrımcılık yapılmaktadır.	16	6.7	18	7.5	55	22.9	78	32.5	73	30.4	2.28	1.168
Bireysel Algı Kaynaklı Engeller Boyutu	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	\bar{X}	SS
Kadın yöneticiler karar süreçlerinde daha duygusal davranabilirler.	13	5.4	51	21.3	85	35.4	60	25.0	31	12.9	2.81	1.080
Kadınlar iş hayatını geçici bir süreç olarak görürler.	2	0.8	17	7.1	43	17.9	76	31.7	102	42.5	1.92	.980
Kadınların liderlik özellikleri erkeklere göre yetersizdir.	9	3.8	29	12.1	26	10.8	72	30.0	104	43.3	2.03	1.169
Kadın çalışanların motivasyonları duygusal faktörlere bağlıdır.	8	3.3	42	17.5	69	28.8	65	27.1	56	23.3	2.50	1.128
Kadınlar hastanelerde kariyer engeli olduğunu kabul etmişlerdir.	9	3.8	31	12.9	66	27.5	65	27.1	69	28.8	2.36	1.137
Üst düzey yönetici pozisyonunda görev almama kadının kişisel tercihidir.	20	8.3	37	15.4	49	20.4	71	29.6	63	26.3	2.50	1.261
Kadının Konumu Boyutu	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	\bar{X}	SS
Sağlık sektörü insan ilişkilerinin önemli olduğu bir sektör olduğu için kadın yöneticiler yükselme konusunda avantajlı durumdadır.	26	10.8	66	27.5	91	37.9	43	17.9	14	5.8	3.20	1.043
Hastane yönetiminde kadın yöneticiler erkek yöneticilere nazaran daha etkindir.	27	11.3	45	18.8	103	42.9	49	20.4	16	6.7	3.08	1.052

Kadının Örgüt İçerisinde Var Olan Olumlu Şartlar Boyutu	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	\bar{X}	SS
Çalıştığım hastanede kadın çalışanlara ayrımcı uygulamalarda bulunulmamaktadır.	45	18.8	78	32.5	60	25.0	44	18.3	13	5.4	3.41	1.146
Ücret ve terfi konusunda kadın çalışanlar da erkek çalışanlarla eşit imkanlara sahiptirler.	61	54.4	88	36.7	61	25.4	21	8.8	9	3.8	3.71	1.057
Kadınların geçmişte aileleri tarafından desteklenmeleri yönetici olmalarını olumlu yönde etkiler.	51	21.3	92	38.3	60	25.0	29	12.1	8	3.3	3.62	1.052

Tablo 3 incelendiğinde kadınların cam tavan engellerinin tespit edilmesine yönelik görüşleri içerisinde en yüksek katılımlı ifadenin “Kadın hem işte iyi bir yönetici hem de evde iyi bir anne ve/veya eş olabilir.” (\bar{x} =4.31) ifadesi ile sağladığı ortaya çıkmıştır. Bu ifadeyi sırası ile; “Ücret ve terfi konusunda kadın çalışanlar da erkek çalışanlarla eşit imkânlarla sahiptirler.” (\square =3.71) ve “Kadınların geçmişte aileleri tarafından desteklenmeleri yönetici olmalarını olumlu yönde etkiler.” (\square =3.62) ifadelerinin takip ettiği ortaya çıkmıştır.

Yine, kadınların cam tavan engellerinin tespit edilmesine yönelik çalışan görüşleri içerisinde en düşük ifadenin “Kadınlar iş hayatını geçici bir süreç olarak görürler.” (\square =1.92) ifadesine ait olduğu ortaya çıkmıştır. Bu ifadeyi de sırası ile; “Evli kadınlar yöneticilik yapmakta daha çok zorlanırlar.” (\square =2.24) ve “Hastanelerde kadın çalışanlara ücretlendirmede ayrımcılık yapılmaktadır.” (\square =2.28) ifadelerinin takip ettiği ortaya çıkmıştır.

Tablo 3’e göre “Kadınların yönetim kademelerine geçmek için karar süreçlerinde aile etkilidir.” İfadesine katılımcıların % 35’ inin “katılıyorum” ve % 15,8’ inin “kesinlikle katılıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür.

Yine, “Kadın hem işte iyi bir yönetici hem de evde iyi bir anne ve/veya eş olabilir.” ifadesine katılımcıların söz konusu ifadeye % 25,4’ ünün “katılıyorum” ve % 57,5’ inin “kesinlikle katılıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür.

“Evli kadınlar yöneticilik yapmakta daha çok zorlanırlar.” ifadesine katılımcıların % 40,8’ inin “katılmıyorum” ve % 26,3’ ünün “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür.

“Kadın çalışanların çocuk sahibi olmaları performanslarını etkiler.” ifadesine katılımcıların % 32,9’ unun “katılmıyorum” ve % 18,3’ ünün “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür.

“Kadın çalışanların evli olmaları performanslarını etkiler.” ifadesine katılımcıların % 31,7’ sinin “katılmıyorum” ve % 28,8’ inin “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür.

“Çalıştığım hastanede kadın çalışanlara pozitif ayrımcılık uygulanmaktadır.” ifadesine katılımcıların % 31,7’ sinin “katılmıyorum” ve % 27,1’ inin “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye katılmadıkları görülmüştür.

“Çalıştığım hastanede kadın yöneticilerin karşılaşmış oldukları kariyer engellerini önlemek için kariyer geliştirme stratejilerinden yararlanılmaktadır.” ifadesine katılımcıların her ne kadar % 48,8’ inin “kararsızım” tarzında cevap verdiği anlaşılrsa da diğer katılımcıların % 23,3’ ünün “katılmıyorum”



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

ve % 12,5' sinin de "kesinlikle katılmıyorum" şeklinde cevap vermelerine bakılarak bu ifadeye de katılım sağlanmadığını söyleyebiliriz.

"Çalıştığım hastanede kadın çalışanlara yönelik teşvik ve promosyonlar bulunmaktadır." ifadesi için de katılımcıların her ne kadar % 33,3' ünün "kararsızım" tarzında cevap verdikleri anlaşılmalı olsa da % 28,8' inin "katılmıyorum" ve % 23,8' inin de "kesinlikle katılmıyorum" şeklindeki cevaplardan bu ifadeye katılım sağlanmadığını ifade edebiliriz.

"Çalıştığım hastanede yüksek performans gösteren kadın çalışanlara kariyerinde ilerlemesi için destek verilmektedir." ifadesine katılımcıların % 33,3' ünün "kararsızım" tarzında cevap verdikleri görülmüştür. Bununla beraber, katılımcıların % 23,3' ünün "katılmıyorum" ve % 12,5' inin "kesinlikle katılmıyorum" şeklinde cevap verdikleri görülmüştür.

"Çalıştığım hastanede kadın çalışanlara mentor desteği sağlanmaktadır." ifadesine katılımcıların % 50' sinin "kararsızım", % 19,6' sının "katılmıyorum" ve % 14,2' sinin "kesinlikle katılmıyorum" şeklinde cevap verdikleri anlaşılmalıdır.

"Kadınlar iş yaşamında sosyal ağlara katılmakta zorlanırlar." ifadesine katılımcıların % 29,6' sının "katılmıyorum" ve % 22,1' inin "kesinlikle katılmıyorum" şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye yüksek oranda katılım göstermedikleri anlaşılmalıdır.

"Kadınlar kariyer geliştirme programlarından yeterince faydalanma fırsatı bulamazlar." ifadesine katılımcıların % 36,3' ünün "katılmıyorum" ve % 22,9' unun "kesinlikle katılmıyorum" şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye katılmadıkları anlaşılmalıdır.

"Kadınlar iş dünyasındaki güçlülere erkekler kadar direnç gösteremezler." ifadesine katılımcıların % 29,2' sinin "katılmıyorum" ve % 30,8' inin "kesinlikle katılmıyorum" şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye büyük oranda katılım göstermedikleri anlaşılmalıdır.

"Hastanelerin çalışma saatleri kadınların çalışmasına olumsuz etki etmektedir." ifadesine katılımcıların % 20,8' inin "kararsızım", % 20' sinin "katılmıyorum" ve % 15' inin ise "kesinlikle katılmıyorum" şeklinde cevap verdikleri ortaya çıkmıştır.

"Hastanelerde kadınlara terfi konusunda daha çok imkân verilmektedir." ifadesine katılımcıların her ne kadar % 40' ının "kararsızım" tarzında cevap verdikleri anlaşılmalı da, bu katılımcıların % 30,4' ünün "katılmıyorum" ve % 11,3' ünün de "kesinlikle katılmıyorum" şeklinde cevap verdikleri göz önüne alınırsa katılımcıların bu ifadeye katılmadıklarını ifade edebiliriz.

"Hastanelerde terfi konusunda erkeklere daha çok imkân verilmektedir." ifadesi için de katılımcıların her ne kadar % 45,4' ünün "kararsızım" tarzında cevap verdikleri ortaya çıksa da % 20,8' inin "katılmıyorum" ve % 11,7' sinin de "kesinlikle katılmıyorum" şeklinde cevap vermeleri göz önüne alınırsa bu ifadeye katılım sağlanmadığını söyleyebiliriz.

"Kadınlar yeteneklerine göre daha düşük pozisyonlarda çalışmaktadırlar." ifadesine katılımcıların % 28,8' inin "katılmıyorum" ve % 22,9' unun "kesinlikle katılmıyorum" şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye katılmadıkları anlaşılmalıdır.

"Hastanelerde kadın çalışanlara ücretlendirmede ayrımcılık yapılmaktadır." ifadesine katılımcıların % 32,5' inin "katılmıyorum" ve % 30,4' ünün "kesinlikle katılmıyorum" şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye katılmadıkları görülmüştür.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

“Kadın yöneticiler karar süreçlerinde daha duygusal davranabilirler.” İfadesi için de katılımcıların her ne kadar % 35,4’ ünün “kararsızım” tarzında cevap verdikleri ortaya çıksa da % 25’ inin “katılmıyorum” ve % 12,9’ unun da “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde cevap vermeleri göz önüne alınırsa katılımcıların bu ifadeye katılım sağlamadığı ifade edilebilir.

“Kadınlar iş hayatını geçici bir süreç olarak görürler.” ifadesine katılımcıların % 31,7’ sinin “katılmıyorum” ve % 42,5’ inin “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye katılmadıkları görülmüştür.

“Kadınların liderlik özellikleri erkeklere göre yetersizdir.” ifadesine katılımcıların % 30’ unun “katılmıyorum” ve % 43,3’ ünün “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye katılmadıkları görülmüştür.

“Kadın çalışanların motivasyonları duygusal faktörlere bağlıdır.” ifadesine katılımcıların % 27,1’ inin “katılmıyorum” ve % 23,3’ ünün “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye katılmadıkları anlaşılmıştır.

“Kadınlar hastanelerde kariyer engeli olduğunu kabul etmişlerdir.” ifadesine katılımcıların % 27,1’ inin “katılmıyorum” ve % 28,8’ inin “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye katılmadıkları görülmüştür.

“Üst düzey yönetici pozisyonunda görev almama kadının kişisel tercihidir.” ifadesine katılımcıların % 29,6’ sının “katılmıyorum” ve % 26,3’ ünün “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye katılmadıkları görülmüştür.

“Sağlık sektörü insan ilişkilerinin önemli olduğu bir sektör olduğu için kadın yöneticiler yükselme konusunda avantajlı durumdadır.” İfadesi için de katılımcıların her ne kadar % 37,9’ unun “kararsızım” tarzında cevap verdikleri ortaya çıksa da % 27,5’ inin “katılıyorum” ve % 10,8’ inin de “kesinlikle katılıyorum” şeklinde cevap vermeleri göz önüne alınırsa katılımcıların bu ifadeye katılım sağladığı ifade edilebilir.

“Hastane yönetiminde kadın yöneticiler erkek yöneticilere nazaran daha etkindir.” ifadesi için de katılımcıların her ne kadar % 42,9’ unun “kararsızım” tarzında cevap verdikleri ortaya çıksa da % 18,8’ inin “katılıyorum” ve % 11,3’ ünün de “kesinlikle katılıyorum” şeklinde cevap vermeleri göz önüne alınırsa katılımcıların bu ifadeye katılım sağladığı ifade edilebilir.

“Çalıştığım hastanede kadın çalışanlara ayrımcı uygulamalarda bulunulmamaktadır.” ifadesine katılımcıların % 32,5’ inin “katılıyorum” ve % 18,8’ inin “kesinlikle katılıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür.

“Ücret ve terfi konusunda kadın çalışanlar da erkek çalışanlarla eşit imkânlarla sahiptirler.” ifadesine katılımcıların % 36,7’ sinin “katılıyorum” ve % 25,4’ ünün “kesinlikle katılıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür.

“Kadınların geçmişte aileleri tarafından desteklenmeleri yönetici olmalarını olumlu yönde etkiler.” ifadesine katılımcıların % 38,3’ ünün “katılıyorum” ve % 21,3’ ünün “kesinlikle katılıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür.

Tablo 4. Tüm Boyutların Ortalama ve Standart Sapma Sonuçları

<i>Boyutlar</i>	Ort.	S
<i>Aile Ve Çalışma Hayatı Boyutu</i>	2.95	1.123
<i>Örgütsel Stratejiler Boyutu</i>	2.63	1.075
<i>Örgütsel Engeller Boyutu</i>	2.62	1.174
<i>Bireysel Algı Kaynaklı Engeller Boyutu</i>	2.35	1.126
<i>Kadının Konumu Boyutu</i>	3.14	1.048
<i>Kadının Örgüt İçerisinde Var Olan Olumlu Şartlar Boyutu</i>	3.58	1.085

Tablo 4, araştırmaya katılan idari personelin kadın çalışanların cam tavan engellerine yönelik görüşlerini ortaya koyan boyutların “ortalama ve standart sapma” değerlerini içermektedir. Buna göre, katılımcıların, söz konusu 6 boyut ile ilgili olarak verilen ifadelerden en yüksek düzeyli katılımı “kadının örgüt içerisinde var olan olumlu şartlar” boyutunda yer alan ifadelerle sağladığı, bu boyutu da sırası ile “kadının konumu”, “aile ve çalışma hayatı”, “örgütsel stratejiler”, “örgütsel engeller” ve “bireysel algı kaynaklı engeller” boyutlarının izlediği görülmüştür.

Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın bu kısmında, idari personelin cam tavan engellerine ilişkin görüşleri ile cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, görevi, görev yeri, sektördeki çalışma süresi ve hastanedeki çalışma süresi değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığının sonuçlarına yer verilmiştir. Bu kapsamda, çalışmada oluşturulan hipotezlerin test edilmesinde Bağımsız Örneklem T-Testi ve Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi test sonuçlarına yer verilmiştir.

H₁: İdari personelin cam tavan engellerine ilişkin görüşleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 5. Cinsiyet Değişkenine Göre Katılımcıların Cam Tavan Engellerine Yönelik Görüşlerinde Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları

Cinsiyet	Grup İstatistikleri					
	N	Ort.	SS.	F	df	p
Kadın	183	2.69	.42	.74	238	.00
Erkek	57	2.98	.34	3		

Tablo 5’de, idari personelin gruplandıkları “cinsiyet” değişkenine göre cam tavan engellerine yönelik görüşleri karşılaştırıldığında, kadınlarda 2.69; buna karşılık erkeklerde 2.98’dir. Katılımcıların cam tavan engellerine yönelik görüşlerinin anlamlı bir şekilde farklılaşp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda “cinsiyet” değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F(743)=238, p=.00$). Bu nedenle, oluşturulan H₁ hipotezi kabul edilmiştir.

H₂: İdari personelin cam tavan engellerine ilişkin görüşleri ile yaşları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 6: Yaş Değişkenine Göre Katılımcıların Cam Tavan Engellerine Yönelik Görüşlerinde Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

Yaş	N	Ort.	SS.	Varyansların Homojenliği	F	Ki Kareler Toplamı	p
18-28 yaş	109	2.85	.421	.863	3.738	Gruplararası: 1.912	.01
29-38 yaş	91	2.72	.401				
39-48 yaş	38	2.60	.408				
49 ve üstü yaş	2	2.60	.658			Grup içi:40.226	
Toplam	240	2.76	.420				

Tablo 6’da idari personelin gruplandıkları “yaş” değişkenine göre cam tavan engellerine yönelik görüşleri karşılaştırıldığında, 18-28 yaş gruplarında 2.85; 29-38 yaş gruplarında 2.72; 39-48 yaş gruplarında 2.60 ve 49 ve üstü yaş gruplarında 2.60’dır. Araştırmada ankete katılanların cam tavan engellerine yönelik görüşlerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (Anova) analizi sonuçlarına da yer verilmiştir. Analiz sonucunda “yaş” değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=3.738$; $p=.01$). Ortaya çıkan bu farklılığın, hangi gruplar arasında oluştuğunu tespit etmek amacı ile varyansların homojen (.863) olduğu ve gruplar arası katılımcı sayısının değişkenlik arz ettiği durumda kullanılan Post Hoc testlerinden Hochberg’s GT2 testi gerçekleştirilmiş olup Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7: Yaşa Göre Katılımcıların Cam Tavan Engellerine Yönelik Görüşlerinin Hochberg’s GT2 Testi Karşılaştırma Sonuçları

Yaş	Sınıf Değişkeni	Ortalamalar Farkı	Standart Hata	p
18-28 yaş	39-48 yaş	.242	.078	.013

“Yaş” değişkenine göre, idari personelin cam tavan engellerine yönelik görüşlerinin Hochberg’s GT2 test sonuçları incelendiğinde, 18-28 yaş aralığında olan idari personelin cam tavan engellerine yönelik görüşleri ile 39-48 yaş aralığında olan idari personelin cam tavan engellerine yönelik görüşleri arasında fark olduğu görülmüştür ($p=.01$).

H₃: İdari personelin cam tavan engellerine ilişkin görüşleri ile medeni durumları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 8. Medeni Durum Değişkenine Göre Katılımcıların Cam Tavan Engellerine Yönelik Görüşlerinde Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan Bağımsız Örneklem t Testi Sonuçları

Medeni Durum	Grup İstatistikleri					
	N	Ort.	SS.	F	df	p
Bekâr	116	2.82	.41	.00	238	.04
Evli	124	2.70	.42	2		

Tablo 8’de, idari personelin gruplandıkları “medeni durum” değişkenine göre cam tavan engellerine yönelik görüşleri karşılaştırıldığında, bekârlarda 2.82; buna karşılık evlilerde 2.70’dir. Katılımcıların cam tavan engellerine yönelik görüşlerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda “medeni durum” değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F(.002)=238, p=.04$). Bu nedenle, oluşturulan H_3 hipotezi kabul edilmiştir.

H_4 : İdari personelin cam tavan engellerine ilişkin görüşleri ile öğrenim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 9: Öğrenim Düzeyi Değişkenine Göre Katılımcıların Cam Tavan Engellerine Yönelik Görüşlerinde Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

Öğrenim Düzeyi	N	Ort.	SS.	Varyansların Homojenliği	F	Ki Kareler Toplamı	p
Lise	87	2.80	.507	.01	1.104	Gruplararası: .583 Grup içi:41.555	.35
Ön Lisans	30	2.82	.326				
Lisans	110	2.72	.355				
Yüksek Lisans	13	2.67	.472				
Toplam	240	2.76	.420				

Tablo 9’da idari personelin gruplandıkları “öğrenim düzeyi” değişkenine göre cam tavan engellerine yönelik görüşleri karşılaştırıldığında, lise mezunlarında 2.80; ön lisans mezunlarında 2.82; lisans mezunlarında 2.72 ve yüksek lisans mezunlarında 2.67’dir. Araştırmada ankete katılanların cam tavan engellerine yönelik görüşlerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (Anova) analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Analiz sonucunda “öğrenim düzeyi” değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F=1.104, p=.35$). Bu nedenle oluşturulan H_4 hipotezi reddedilmiştir.

H_5 : İdari personelin cam tavan engellerine ilişkin görüşleri ile görevleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 10: Görev Değişkenine Göre Katılımcıların Cam Tavan Engellerine Yönelik Görüşlerinde Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

Görevi	N	Ort.	SS.	Varyansların Homojenliği	F	Ki Kareler Toplamı	p
Hasta Danışmanı	99	2.78	.437	.81	.767	Gruplararası: .816 Grup içi:41.322	.60
Uzman	16	2.63	.420				
Hemşire	70	2.76	.438				
Bölüm Şefi	14	2.68	.302				
Memur-Sağlık Memuru	34	2.80	.388				

Teknisyen	4	2.72	.321
Bölüm Müdürü	3	2.43	.352
Toplam	240	2.76	.420

Tablo 10’da idari personelin gruplandıkları “görev” değişkenine göre cam tavan engellerine yönelik görüşleri karşılaştırıldığında, hasta danışmanı olanlarda 2.78; uzmanlarda 2.63; hemşirelerde 2.76; bölüm şeflerinde 2.68; memur-sağlık memuru olanlarda 2.80; teknisyenlerde 2.72 ve bölüm müdürlerinde 2.43. Araştırmada ankete katılanların cam tavan engellerine yönelik görüşlerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (Anova) analizi sonuçlarına da yer verilmiştir. Analiz sonucunda “görev” değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F=.767, p=.60$). Bu nedenle oluşturulan H_3 hipotezi red edilmiştir.

H_6 : İdari personelin cam tavan engellerine ilişkin görüşleri ile görev yerleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 11: Görev Yeri Değişkenine Göre Katılımcıların Cam Tavan Engellerine Yönelik Görüşlerinde Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

Görev Yeri	N	Ort.	SS.	Varyansların Homojenliği	F	Ki Kareler Toplamı	p
Hasta kabul	99	2.78	.418	.04	1.189	Gruplararası: 1.460 Grup içi:40.678	.31
İnsan kaynakları	13	2.71	.431				
Muhasebe-satın alma	21	2.71	.351				
Bilgi işlem	4	2.28	.801				
Tanıtım-pazarlama	6	2.94	.260				
Çağrı Merkezi	7	2.76	.379				
Kalite ve Eğitim Merkezi	6	2.58	.214				
Hemşirelik Hizmetleri	84	2.77	.432				
Toplam	240	2.76	.420				

Tablo 11’de idari personelin gruplandıkları “görev yeri” değişkenine göre cam tavan engellerine yönelik görüşleri karşılaştırıldığında, hasta kabul biriminde çalışanlarda 2.78; insan kaynakları ofisinde çalışanlarda 2.71; muhasebe-satın alma biriminde çalışanlarda 2.71; bilgi işlemde çalışanlarda 2.28; tanıtım-pazarlama biriminde çalışanlarda 2.94; çağrı merkezinde çalışanlarda 2.76; kalite ve eğitim merkezinde çalışanlarda 2.58 ve hemşirelik hizmetlerinde çalışanlarda 2.77’dir. Araştırmada ankete katılanların cam tavan engellerine yönelik görüşlerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (Anova) analizi sonuçlarına da yer verilmiştir. Analiz sonucunda yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F=1.189, p=.31$). Bu nedenle oluşturulan H_6 hipotezi reddedilmiştir.

H₇: İdari personelin cam tavan engellerine ilişkin görüşleri ile sektördeki çalışma süreleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 12: Sektördeki Çalışma Süresi Değişkenine Göre Katılımcıların Cam Tavan Engellerine Yönelik Görüşlerinde Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

Sektördeki Çalışma Süresi	N	Ort.	SS.	Varyansların Homojenliği	F	Ki Kareler Toplamı	p
1 Yıdan Az	24	2.88	.354	.88	1.856	Gruplararası: 1.290 Grup içi:40.847	.12
1-3 Yıl	55	2.81	.444				
4-6 Yıl	35	2.82	.409				
7-9 Yıl	25	2.77	.437				
10 Yıl Ve Üzeri	10	2.68	.413				
Toplam	24	2.76	.420	1	0		

Tablo 12’de idari personelin gruplandıkları “sektördeki çalışma süresi” değişkenine göre cam tavan engellerine yönelik görüşleri karşılaştırıldığında, çalışma süresi 1 yıldan az olanlarda 2.88; 1-3 yıl olanlarda 2.81; 4-6 yıl olanlarda 2.82; 7-9 yıl olanlarda 2.77 ve 10 yıl ve üzeri olanlarda 2.68’dir. Araştırmada ankete katılanların cam tavan engellerine yönelik görüşlerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (Anova) analizi sonuçlarına da yer verilmiştir. Analiz sonucunda “sektördeki çalışma süresi” değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F=1.856$, $p=.12$). Bu nedenle oluşturulan H₇ hipotezi reddedilmiştir.

H₈: İdari personelin cam tavan engellerine ilişkin görüşleri ile hastanedeki çalışma süreleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Tablo 13: Hastanedeki Çalışma Süresi Değişkenine Göre Katılımcıların Cam Tavan Engellerine Yönelik Görüşlerinde Anlamlı Bir Farkın Olup Olmadığını Belirlemek İçin Yapılan Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi Sonuçları

Hastanedeki Çalışma Süresi	N	Ort.	SS.	Varyansların Homojenliği	F	Ki Kareler Toplamı	p
1 Yıdan Az	34	2.87	.328	.62	3.352	Gruplararası: 2.274 Grup içi:39.864	.01
1-3 Yıl	74	2.82	.424				
4-6 Yıl	40	2.77	.393				
7-9 Yıl	18	2.84	.463				
10 Yıl Ve Üzeri	74	2.62	.431				
Toplam	240	2.76	.420				

Tablo 13’de idari personelin gruplandıkları “hastanedeki çalışma süresi” değişkenine göre cam tavan engellerine yönelik görüşleri karşılaştırıldığında, hastanedeki çalışma süresi 1 yıldan az olanlarda 2.87; 1-3 yıl olanlarda 2.82; 4-6 yıl olanlarda 2.77; 7-9 yıl olanlarda 2.84 ve 10 yıl ve üzeri olanlarda 2.62’dir. Araştırmada ankete katılanların cam tavan engellerine yönelik görüşlerinin anlamlı bir şekilde farklılaşp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (Anova) analizi sonuçlarına da yer verilmiştir. Analiz sonucunda “hastanedeki çalışma süresi” değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($F=3.352, p=.01$). Ortaya çıkan bu farklılığın, hangi gruplar arasında oluştuğunu tespit etmek amacı ile varyansların homojen (.62) olduğu ve gruplar arası katılımcı sayısının değişkenlik arz ettiği durumda kullanılan Post Hoc testlerinden Hochberg’s GT2 testi kullanılmış olup Tablo 14’de sunulmuştur.

Tablo 14: Hastanedeki Çalışma Süresine Göre Katılımcıların Cam Tavan Engellerine Yönelik Görüşlerinin Hochberg’s GT2 Testi Karşılaştırma Sonuçları

Hastanedeki Çalışma Süresi	Sınıf Değişkeni	Ortalamalar Farkı	Standart Hata	p
10 Yıl ve Üzeri	1 Yıldan Az	.250	.085	.04
	1-3 YIL	.203	.068	.03

Hastanedeki çalışma süresine göre, idari personelin cam tavan engellerine yönelik görüşlerinin Hochberg’s GT2 test sonuçları incelendiğinde, 10 yıl ve üzeri bir süredir çalışan idari personelin cam tavan engellerine yönelik görüşleri ile 1 yıldan az ve 1-3 yıl süreli çalışan idari personelin cam tavan engellerine yönelik görüşleri arasında fark olduğu görülmüştür ($p=.04; .03$).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan araştırmada elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

Araştırmaya katılanların % 76,3’ ü kadın ve % 23,8’ i ise erkektir. Yine katılanların % 45,4’ ü 18-28 yaş grubu, % 37,9’ u 29-38 yaş grubu ve % 15,8’ i 39-48 yaş grubu ve % 0,8’i ise 49 ve üzeri yaş grubundadır. Bu katılımcıların % 48,3’ü bekâr, % 51,7’si evlidir. Araştırmaya katılanların öğrenim düzeyleri ile ilgili elde edilen verilerde ise, % 36,3’ ünün lise mezunu, % 12,5’ inin önlisans mezunu, % 45,8’ inin lisans mezunu ve % 5,4’ ünün yüksek lisans mezunu olduğu görülmüştür. Katılımcıların görev dağılımları ile ilgili elde edilen verilerde ise, % 41,3’ ünün hasta danışmanı, % 6,7’ sinin uzman, % 29,2’ sinin hemşire, % 5,8’ inin bölüm şefi, % 14,2’ sinin memur/sağlık memuru, % 1,7’ sinin teknisyen ve % 1,3’ ünün bölüm müdürü olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcıların görev yeri dağılımlarında ise, % 41,3’ ünün hasta kabul biriminde, % 5,4’ ünün insan kaynakları, % 8,8’ inin muhasebe-satın alma, % 1,7’ sinin bilgi işlem, % 2,5’ inin tanıtım-pazarlama, % 2,9’ unun çağrı merkezi, % 2,5’ inin kalite ve eğitim merkezi ve % 35’ inin hemşirelik hizmetleri biriminde çalıştığı görülmüştür. Katılımcıların sektördeki çalışma sürelerine bakıldığında % 10’ unun 1 yıldan az süredir çalıştığı, % 22,9’ unun 1-3 yıldır çalıştığı, % 14,6’ sının 4-6 yıldır çalıştığı, % 10,4’ ünün 7-9 yıldır çalıştığı ve % 42,1’ inin 10 yıl ve üzeri yıldır çalıştığı görülmüştür. Son olarak, katılımcıların mevcut işyerlerindeki çalışma sürelerine bakıldığında % 14,2’ sinin 1 yıldan az süredir çalıştığı, % 30,8’ inin 1-3 yıldır çalıştığı, % 16,7’ sinin 4-6 yıldır çalıştığı, % 7,5’ inin 7-9 yıldır çalıştığı ve % 30,8’ inin 10 yıl ve üzeri bir süredir çalıştığı görülmüştür.

Araştırma kapsamında oluşturulan hipotezlerin 0,05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel açıdan farklılığının olup olmadığı da tespit edilmiştir. Bu tespit ikili değişkenler için Bağımsızlık Örneklem

T-Testi ile ikiden fazla değişkenler için Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi ile gerçekleştirilmiştir. Anova testi sonucu ortaya çıkan gruplar arası farklılaşmanın düzeyi ise varyansların eşit olduğu durumlarda kullanılan ve Post Hoc test yöntemlerinden biri olan Hochberg's GT2 testi ile çözümlenmiştir.

Yapılan çözümlenmeler sonucunda; "Cinsiyet" değişkenine göre, katılımcıların cam tavan engellerine yönelik görüşlerinin gruplar arasında anlamlı bir farklılık oluşturduğu ortaya çıkmıştır ($F(743)=238, p=.00$). Bu fark kadınlarda 2.69 iken erkeklerde 2.98 düzeyindedir. Bu verilerden yola çıkarak, erkek çalışanların cam tavan algılarının kadın çalışanlara göre daha yüksek olduğu ifade edilebilir.

"Yaş" değişkenine göre, katılımcıların cam tavan engellerine yönelik görüşlerinin gruplar arasında anlamlı bir farklılık oluşturduğu ortaya çıkmıştır ($F=3.738; p=.01$). Bu fark 18-28 yaş gruplarında 2.85; 29-38 yaş gruplarında 2.72; 39-48 yaş gruplarında 2.60 ve 49 ve üstü yaş gruplarında 2.60 düzeyindedir. Ortaya çıkan farklılığın, hangi gruplar arasında oluştuğunu tespit etmek amacı ile varyansların homojen (.863) olduğu ve gruplar arası katılımcı sayısının değişkenlik arz ettiği durumda kullanılan Post Hoc testlerinden Hochberg's GT2 testi gerçekleştirilmiştir. Buna göre, 18-28 yaş aralığında olan idari personelin cam tavan engellerine yönelik görüşleri ile 39-48 yaş aralığında olan idari personelin cam tavan engellerine yönelik görüşleri arasında fark olduğu ortaya çıkmıştır ($p=.01$). Bu verilere göre 18- 28 yaş grubunda olan çalışanlar için cam tavan algısının 39- 48 yaş grubundakilere göre daha yüksek olduğu ifade edilebilir.

"Medeni durum" değişkenine göre, katılımcıların cam tavan engellerine yönelik görüşlerinin gruplar arasında anlamlı bir farklılık oluşturduğu ortaya çıkmıştır ($F(.002)=238, p=.04$). Bu fark bekârlarda 2.82 iken evlilerde 2.70 olarak ortaya çıkmıştır. Bekârların cam tavan algılarının evlilere göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

"Öğrenim düzeyi" değişkenine göre, katılımcıların cam tavan engellerine yönelik görüşlerinin gruplar arasında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı ortaya çıkmıştır ($F=1.104, p=.35$). "Görev" değişkenine göre, katılımcıların cam tavan engellerine yönelik görüşlerinin gruplar arasında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı ortaya çıkmıştır ($F=.767, p=.60$).

"Görev yeri" değişkenine göre, katılımcıların cam tavan engellerine yönelik görüşlerinin gruplar arasında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı ortaya çıkmıştır ($F=1.189, p=.31$).

"Sektördeki çalışma süresi" değişkenine göre, katılımcıların cam tavan engellerine yönelik görüşlerinin gruplar arasında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı ortaya çıkmıştır ($F=1.856, p=.12$). Bu verilerden hareketle, öğrenim düzeyi, kurumdaki görev, görev yeri, ve sektördeki çalışma süresindeki farklılıkların cam tavan algısı üzerinde etkili olmadığı kanısına varılmıştır.

"Hastanedeki çalışma süresi" değişkenine göre, katılımcıların cam tavan engellerine yönelik görüşlerinin gruplar arasında anlamlı bir farklılık oluşturduğu ortaya çıkmıştır ($F=3.352, p=.01$). Bu fark, hastanedeki çalışma süresi 1 yıldan az olanlarda 2.87; 1-3 yıl olanlarda 2.82; 4-6 yıl olanlarda 2.77; 7-9 yıl olanlarda 2.84 ve 10 yıl ve üzeri olanlarda 2.62 düzeyindedir. Ortaya çıkan farklılığın, hangi gruplar arasında oluştuğunu tespit etmek amacı ile varyansların homojen (.62) olduğu ve gruplar arası katılımcı sayısının değişkenlik arz ettiği durumda kullanılan Post Hoc testlerinden Hochberg's GT2 testi gerçekleştirilmiştir. Buna göre, 10 yıl ve üzeri bir süredir çalışan idari personelin cam tavan engellerine yönelik görüşleri ile 1 yıldan az ve 1-3 yıl süreli çalışan idari personelin cam tavan engellerine yönelik görüşleri arasında fark olduğu görülmüştür ($p=.04; .03$). Buna göre bu özel hastanede çalışma süresi 1 yıldan az ve 1-3 yıl arasında olanlar kariyerde yükselme konusunda engeller olduğu algısına sahip olabilir, diyebiliriz. Hastanede çalışma süreleri 1 yıldan az ve 1-3 yıl olanların cam tavan algısının çalışma süresi 10 yıl ve üzeri olanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma boyutları açısından değerlendirildiğinde, verilen ifadelerden en yüksek düzeyli katılımı “kadının örgüt içerisinde var olan olumlu şartlar” boyutunda yer alan ifadelerle sağladığı ($\square=3,58$), bu boyutu da sırası ile “kadının konumu($\square=3,14$), “aile ve çalışma hayatı” ($\square=2,95$), “örgütsel stratejiler” ($\square=2,63$), “örgütsel engeller” ($\square=2,62$) ve “bireysel algı kaynaklı engeller” ($\square=2,35$) boyutlarının izlediği görülmüştür. Kadının örgüt içinde var olan olumlu şartlar boyutunda En fazla katılım sağlanan ifade “Ücret ve terfi konusunda kadın çalışanlar da erkek çalışanlarla eşit imkânlarla sahiptir.” ($\square=3,71$) olmuştur. İfadeye göre katılımcıların % 36,7’ sinin “katılıyorum” ve % 25,4’ ünün “kesinlikle katılıyorum” cevabını vererek önermeyi kabul ettikleri görülmüştür.

Kadının konumu boyutu incelendiğinde ise, “Sağlık sektörü insan ilişkilerinin önemli olduğu bir sektör olduğu için kadın yöneticiler yükselme konusunda avantajlı durumdadır.” İfadesi için de katılımcıların her ne kadar % 37,9’ unun “kararsızım” şeklinde cevap verdikleri ortaya çıksa da % 27,5’ inin “katılıyorum” ve % 10,8’ inin de “kesinlikle katılıyorum” şeklinde cevap vermeleri göz önüne alınırsa katılımcıların bu ifadeye katılım sağladığı ifade edilebilir($\square=3,2$). Bu boyutta incelenen “Hastane yönetiminde kadın yöneticiler erkek yöneticilere nazaran daha etkindir.” ifadesi için de katılımcıların her ne kadar % 42,9’ unun “kararsızım” şeklinde yanıtladıkları belirlense de % 18,8’ inin “katılıyorum” ve % 11,3’ ünün de “kesinlikle katılıyorum” şeklinde cevap vermeleri göz önüne alınırsa katılımcıların bu ifadeye katılım sağladığı ifade edilebilir ($\square=3,08$).

Aile ve çalışma hayatı boyutu içerisindeki önermelerden en yüksek katılımın “Kadın hem işte iyi bir yönetici hem de evde iyi bir anne ve/veya eş olabilir.” ($\square=4,31$) ifadesi ile sağladığı ortaya çıkmıştır. Ayrıca bu önermenin tüm önermeler içinde katılımcılar tarafından en fazla desteklenen önerme olduğu söylenebilir. Bu sonuca göre hastane çalışanları açısından kadınının hem iş hem de özel hayatında aynı derecede başarılı olabileceği, özel hayatında var olan dinamiklerin; evli ve/veya çocuklu olmanın kariyer önünde bir engel oluşturmayacağı görüşünün var olduğu ortaya çıkmaktadır.

Örgütsel stratejiler boyutu içerisindeki ifadelerden en çok katılım “Çalıştığım hastanede yüksek performans gösteren kadın çalışanlara kariyerinde ilerlemesi için destek verilmektedir.” önermesine sağlanmıştır ($\square=2,93$). Bu ifadede katılımcıların % 33,3’ ünün “kararsızım” tarzında cevap verdikleri görülmüştür. Bununla beraber, katılımcıların % 23,3’ ünün “katılmıyorum” ve % 12,5’ inin “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür. Boyutta yer alan diğer ifadelerle göre daha yüksek katılım sağlanan bu ifadenin değerlendirilmesine göre cam tavan engellerinin aşılabilmesi için hastanenin yüksek performans gösteren kadın çalışanlara kariyer hedeflerine ulaşmaları konusunda açık bir şekilde destek vermeleri gerekmektedir.

Örgütsel engeller boyutunda ise “Hastanelerin çalışma saatleri kadınların çalışmasına olumsuz etki etmektedir.” ifadesine katılımcıların % 20,8’ inin “kararsızım”, % 20’ sinin “katılmıyorum” ve % 15’ inin ise “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde cevap verdikleri ortaya çıkmıştır. Bu boyuttaki en düşük katılımın “Hastanelerde kadın çalışanlara ücretlendirmede ayrımcılık yapılmaktadır.” İfadesinde ($\square=2,28$) olduğu, katılımcıların % 32,5’ inin “katılmıyorum” ve % 30,4’ ünün “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür. Bu hastanede kadın çalışanlara ücretlendirme konusunda ayrımcılık yapılmadığı görüşü hakimdir.

Son olarak, bireysel algı kaynaklı engeller boyutu incelendiğinde, boyut içinde var olan ve tüm önermeler arasında en düşük katılım sağlanan ifadenin “Kadınlar iş hayatını geçici bir süreç olarak görürler.” ($\square=1,92$) ifadesine ait olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durum çalışanların kadınların iş hayatındaki sürekliliğini algıladıklarını açıklamaktadır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Bu veriler ışığında Ankara’ da faaliyette bulunan bu özel hastane ile ilgili cam tavan engelleri ile pek karşılaşılmadığı ifadelerine rastlanmıştır. Her ne kadar bu özel hastanede bu bulgulara rastlanılmamış olsa da cam tavan engelleri varlığını günümüzde halen hissettirmektedir.

Cam tavan engellerini kırabilmek adına çeşitli stratejiler uygulanabilir: İş hayatındaki kadınlara yönelik olumsuz önyargıların ortadan kaldırılabilmesi için kadınların eğitim seviyesini yükseltmesi ve mesleki eğitimlerle kendini geliştirmesi gerekmektedir (Yoğun Erçen,2008:33). Ayrıca erkek egemen çalışma hayatında kadınların hem cinslerine destek olması büyük önem taşımaktadır. Karşılaşılan güçlükleri aşabilmeleri konusunda kadınların onlara rehberlik eden bir mentordan yardım almaları cam tavan engellerini aşabilmelerini sağlayan bir başka stratejidir (Öztürk,2011:54). Sosyal aktivitelere katılıp, iletişim ağlarına dahil olmak kadınların iş yaşamına uyumunu kolaylaştırmakta ve kariyer basamaklarını tırmanmalarında yardımcı olmaktadır (Mayuk, 2013:64). Bunların yanı sıra yüksek performans göstermek de cam tavan sendromunun önlenmesini sağlayan bir başka strateji olarak tespit edilmiştir (Lockwood,2004:7).

KAYNAKÇA

Çetin A.,(2011) Kadın Yöneticilerin Cam Tavan Algısının Cam Tavanı Aşma Stratejilerine Etkisi: Bursa İli Tekstil Sektöründe Bir Alan Araştırması (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Dumlupınar Üniversitesi

Galloway, B.J. (2012). “Theglassceiling: examiningtheadvancement of women in the domain of athleticadministration”. McNairScholarsResearchJournal, 5(1), 51-62.

<https://pdfs.semanticscholar.org/320f/2dccb8507ff52a73d174dada464a207a2e25.pdf> (15.06.2017).

Gül, H. ve Oktay, E. (2009). “Türkiye Ve Dünya’da Kadınların Çalışma Hayatında Yaşadıkları Cam Tavan Algıları Üzerine Kavramsal Bir Çalışma”, SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, Cilt 9 sayı 18, 421-436. <http://dergipark.gov.tr/susead/issue/28417/302564> (16.06.2017)

<http://www.hedefbasari.com/kisisel-gelisim/kisisel-gelisim/61-kendi-kendine-celme-ogrenilmis-caresizlik> (12.06.2017)

https://en.wikipedia.org/wiki/Glass_ceiling (16.06.2017)

İnel, M., Garayev, V. ve Bakay A. (2014). “Kurum Yapısının Cam Tavana Etkisi: Türkiye’nin Ege Bölgesi Kurumlar”, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İİBF Dergisi, 1(1), 1-14.

<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/231933> (13.06.2017).

Irmak, R. (2010). “Cam Tavan Sendromu - Bir Hastane Uygulaması”. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi.

Kalaycı. Ş. (2005). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Ankara: Asil Yayın Dağıtım.

Karaca A. (2007). “Kadın Yöneticilere Cam Tavan Engelleri: Cam Tavan Sendromu Üzerine Uygulamalı Bir Araştırma”. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Selçuk Üniversitesi.

Karcıoğlu, F. ve Leblebici, Y. (2014). “Kadın Yöneticilerde Kariyer Engelleri: “Cam Tavan Sendromu” Üzerine Bir Uygulama”, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt: 28, Sayı: 4, 1-20.

- Lockwood, N. (2004) TheGlassCeiling: Domesticand International Perspectives. Human Resource Magazine ResearchQuarterly, 1-49.
- Mayuk, A. (2013). “Çalışma yaşamında kadın ve konaklama işletmelerinde kadın yöneticilerde cam tavan sendromunu önlemeye yönelik stratejiler: İstanbul örneği”. (Yayımlanmamış Yüksek lisans tezi).Balıkesir Üniversitesi.
- Örücü,E.,Kılıç,R. ve Kılıç,T.(2008). “Cam tavan sendromu ve kadınların üst düzey yönetici pozisyonuna yükselmelerindeki engeller: Balıkesir ili örneği”. *Celal Bayar Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(2),119.
- Öztürk Z. ve Bilkay T.A. (2016). Türkiye kamu hastaneleri kurumunda çalışan kadınların kariyer engelleri ve cam tavan sendromu algıları. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(6), 89-102. <http://dergipark.gov.tr/gusbd/issue/26626/299227> (08.05.2017)
- Öztürk, A. (2011). *Kadın öğretim elemanlarının cam tavan sendromu üzerine bir araştırma: Ankara Üniversitesi örneği*. (Yayımlanmamış Yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi.
- Sekman M. (2006).Her Şey Seninle Başlar. Ankara: Alfa.
- Sezen, B. (2008). “Örgütlerde Kadın Çalışanların Karşılaştıkları Cam Tavan Engeli:Orta ve Büyük Ölçekli Otel İşletmelerinde Bir Araştırma”. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Çanakkale: On Sekiz Mart Üniversitesi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> (07.05.2017)
- Smith, P. (2012) “ConnectionsBetweenWomen'sGlassCeilingBeliefs, Explanatory Style, Self-Efficacy, CareerLevelsAndSubjectiveSuccess”. (Yayımlanmamış Doktora Tezi).Wollongong Üniversitesi. <http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=4819&context=theses> (13.05.2017)
- Tran, T. T. T. (2014). “IdentifyingTheExistence Of TheGlassCeilingAndExaminingTheİmpact On TheParticipation Of FemaleExecutives İn TheVietnameseBankingSector”. (Yayımlanmamış Yüksek lisans Tezi) ThesisSubmittedInPartialFulfilment Of TheRequirementsForTheDegree Of Master Of Businessunitec, New Zealand. <http://unitec.researchbank.ac.nz/bitstream/handle/10652/2693/Thao%20Tran%20Thesis%2027.02.14%20V11.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (07.05.2017)
- Yamane, T. (2001). Temel Örneklem Yöntemleri, (Çev: A. Esin, M. A. Bakır, C. Aydın, E. Gürbüzsel) , İstanbul:Literatür Yayınları.
- Yoğun Erçen, A. E. (2008). “Kadınların Cam Tavani Aşma Stratejileri: Büyük Ölçekli Türk İşletmelerinde Bir İnceme”. Doktora tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Zel, U. (2002). İş arenasında kadın yöneticilerin algılanması ve kraliçe arı sendromu. *Amme İdaresi Dergisi*, 35(2), 39- 48.

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE TELE-TIP UYGULAMALARI: TELE-TIP UYGULAMA BOYUTLARINI İÇEREN BİR ARAŞTIRMA

TELEMEDICINE APPLICATIONS IN HEALTH SECTOR: A RESEARCH IN VOLVING TELEMEDICINE APPLICATION DIMENSIONS

Prof. Dr. Sezer KORKMAZ

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi

sezerk@gazi.edu.tr

orcid.org/0000-0001-9393-5136

İsmihan HOŞMAN

Gazi Üniversitesi

gulhanhosman@gmail.com

orcid.org/0000-0002-1652-1199

Makale gönderim-kabul tarihi (26.09.2018-18.11.2018)

Özet

Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlık hizmetlerini aynı seviyeye ulaştırmak ve tüm bireylere mümkün olduğunca hakkaniyete uygun şekilde hizmetin dağılmasını sağlamak amaçlanmıştır. Bu kapsamda uzaklığın önem kazandığı durumlarda hastalıkların teşhis ve tedavisi, kronik hastalıkların takibi, sağlık çalışanlarının eğitimi, toplum sağlığı çalışmalarının geliştirilmesi amacıyla, tıbbi veri iletimi ve paylaşımında etkinliği sağlamak adına tele-tıp uygulamaları kullanılmaya başlanmıştır. Tele-tıp uygulamalarının kullanılmaya başlanmasıyla birlikte, bu konuya sağlık hizmetinden yararlananların bilgi kalitesi ve memnuniyet, erişim, etkililik ve güven konuları kapsamında yaklaşımları araştırmalara konu olmuştur. Bu çalışmada da sağlık sektöründe tele-tıp uygulamaları tartışılmış ve sağlık hizmeti yararlananların tele-tıp uygulama boyutlarına bakış açılarını belirlemek amacıyla Muğla il merkezinde bulunan hastanelerden hizmet alan 189 kişiye anket uygulaması yapılmıştır. Çalışmada t testi, One Way ANOVA testi ve gruplar arası karşılaştırmalarda pos-hoc testlerinden Tukey testi yapılarak, analizler sonucunda; 56-65 yaş grubunda yer alan katılımcıların tele-tıp uygulamalarına güven duymadıkları belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Sektörü, Tele-tıp, Uygulama Boyutları

Abstract

Within the framework of Health Transformation Program in Turkey, it is aimed to reach the same level of health services and to ensure that all individuals are distributed as equitably as possible. In this context, tele-medicine applications were started to be used in the diagnosis and treatment of diseases, follow-up of chronic diseases, and training of health workers and development of public health studies in order to ensure efficiency in medical data transmission and sharing. With the introduction of telemedicine applications, the approaches of healthcare beneficiaries to information quality and satisfaction, access, effectiveness and trust issues have been the subject of research. In this study, telemedicine applications were discussed in the health sector and a questionnaire was applied to 189 people from Muğla city center in order to determine the perspectives of health service beneficiaries to telemedicine application dimensions. As a result of statistical analysis; It was determined that the participants in the 56-65 age groups did not trust the telemedicine practices.

Key Words: Health sector, Telemedicine, Application Dimensions,

GİRİŞ

Sağlıklı toplumların oluşmasında sağlıklı bireylerin rolü büyüktür. Bireylerin sağlıklarını korumak ve/veya bozulan sağlıklarını iyileştirmek için de sağlık hizmeti sunumunda en büyük rolü oynayan devlet çeşitli politikalar üretmektedir. Ülkemizde 1920 yılından beri sağlık alanında, çeşitli sağlık planlamaları yapılmış, sağlık politikaları üretilmiş kimileri uygulamaya konulmuş, kimileri de uygulanmak için gerekli ortamların hazır olmasını beklemiştir. Bu çalışmaların sonucusu, 2003 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) desteği ile başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programıdır.

Sağlıkta dönüşüm programının ana amaçlarından biri insan odaklı hizmet sunumu anlayışıdır. Bu anlayışın gerçekleşebilmesi için sağlık bakım hizmetlerinin yüksek kalitede olması hedeflenmiştir. Yüksek kaliteli sağlık hizmet sunumunun verilebilmesi için sağlık bilgi sistemlerine ihtiyaç duyulmuştur. Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında sağlık bilgi sistemlerinin alt yapısı Ulusal Sağlık Sistemi olan Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi (TSBS) çalışmaları ile başlatılmıştır. Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi (TSBS) çalışmaları içerisinde ülke genelinde erişim ve hizmet sunum etkinliğini artırmak, sağlıkla ilgili verilerin toplanmasını sağlamak, halk sağlığı ağlarının oluşturulması, sağlık tehditlerine karşı hızlı tedbirler alınması, elektronik sağlık kayıtlarının oluşturulması, saklanması, paylaşılması ve erişiminin sağlanması amaçlanmıştır. Sağlık bilgi sistemleri alanında yapılan bütün bu çalışmalar ile gelecekte kolay erişilebilen, kaliteli ve verimli sağlık hizmetleri sunulması hedeflenmektedir.

Günümüzde, teknoloji alanında yaşanan gelişmeler ve İnternet'in büyük bir hızla yaygınlaşması, sağlık hizmetlerinden yararlananların ve sağlık hizmeti sunanların rollerini önemli ölçüde etkileyebilecek uygulamaların geliştirilmesine yol açmıştır (Güleş ve Özata, 2005:111). Tele-tıp' da bu uygulamalardan birisi olarak sağlık hizmetleri sunum süreçlerinde yerini almıştır. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfusun artması, yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıkların artması, kırsal kesimde yaşayan insanların eşit ve adaletli bir şekilde sağlık hizmetine ulaşabilmeleri ve sağlık harcama maliyetlerindeki artışların kontrol edilebilirliğini sağlamak için tele-tıp uygulamalarının çözüm olacağı düşünülmektedir. Özellikle ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde, hastaların teşhis ve tedavi süreçlerinin tele-tıp uygulamaları sayesinde daha hızlı bir şekilde sonuçlandırılacağı düşünülmektedir. Söz konusu bu çalışmada sağlık sektöründe tele-tıp uygulamaları ve sağlık hizmetinden yararlananların tele-tıp uygulama boyutlarına bakış açıları ortaya konulmaya çalışılmıştır. Bu doğrultuda Muğla il merkezinde bulunan hastanelerden hizmet alan bireylere anket uygulanmış ve tele-tıp uygulamaları alt boyutlarından olan Bilgi Kalitesi ve Memnuniyet, Erişim, Etkililik ve Güven boyutlarına bakış açıları tespit edilmeye çalışılmıştır.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Hollandalı bir doktor olan William Eindhoven'ın 1905'te telefon hatları üzerinden Elektrokardiyografi (EKG) iletimini gerçekleştirmesiyle tele-tıp'tan söz edilmeye başlanmıştır (Musaoğlu, 2001) Amerikan Tele-tıp Derneğinin yaptığı tanıma göre; "Tele-tıp, sağlığın küresel olarak daha iyileşmesini, hastalıkla savaşımı, sağlık hizmetine katkıda bulunmayı, öte yandan eğitim, yönetim, sağlıkla ilgili araştırma yapmayı amaçlayan, bilişim ve iletişim teknolojilerini kullanarak uzaktan işlem yapma özelliğini içeren sağlıkla ilgili etkinlikler, hizmetler ve sistemlerdir" olarak tanımlanmıştır (www.atmeda.org; Kavuncubaşı, 2012). Amerika, Kanada, Avustralya, İngiltere, Almanya ve Hollanda tele-tıp uygulamalarının kullanımında önde gelen ülkelerdir. Amerika Birleşik Devletleri'nde tele-tıp uygulamaları konusunda ilk çalışmalar 1950'lerde Nebraska Psikiyatri Enstitüsü ile Eyalet Ruh Hastalıkları Hastanesi arasında kapalı devre televizyon sistemi ile başlamıştır. Dünyada Arpa net olarak bilinen ilk internetin 1969 yılında kurulumundan sonra tele-tıp çalışmaları hızla gelişme göstermeye başlamıştır (http://www.timurbeyan.files.wordpress.com/2013/11/yazc4b1_2005-12-askeri-teletc4b1p-bilgi-c3a7ac49fc4b1-muharebelerinde-askeri-sac49flc4b1k-hizmetleri.pdf).

Tele-tıp uygulamaları tele-radyoloji, tele-dermatoloji, tele-patoloji, tele-konsültasyon, tele-psikiyatri, tele-evde bakım ve tele-cerrahi gibi alanlarda kullanılmaktadır. Bu uygulama alanları aşağıda alt başlıklar halinde açıklanmıştır.

Tele-radyoloji; Tele-tıp denildiğinde radyolojik görüntülerin paylaşımı algılanması oldukça yüksek olmasına rağmen tele-radyoloji iki merkez arasında görüntü ve enformasyon iletimi değil, bir ağ içerisinde bilgi paylaşımı ve birlikte çalışmayı ifade etmektedir. Tele-radyoloji uygulamasının radyoloji raporlarına ve ikinci uzman görüşüne hızlı erişim, danışma, gelişmiş sağlık bakımı, bilgisayar destekli tanı, eğitim ve araştırma projelerini destekleme görevi olması nedeniyle kolaylaştırıcı rolü bulunmaktadır (Mendi, 2016:63).

Tele-dermatoloji; Bilişim teknolojileri kullanarak cilt hastalıkları ve bakımı konusunda uzaktan tedavi ve görüş sağlanması olarak tanımlanmaktadır (Mendi, 2016:65). Tele- dermatoloji, kırsal kesimde yaşayan hastalara uzak merkezlere gitmeden tedavi olma seçeneği sağlamaktadır.

Tele-patoloji ise; Mikroskopik görüntülerin telekomünikasyon ağları ile transfer edilmesini ifade etmektedir. Bu uygulamada patoloji uzmanı görüntüleri mikroskop yerine monitör aracılığı ile görebilmektedir (Mendi, 2016:154).

Tele-konsültasyon; İletişim araçları kullanılarak teşhis ve tedavi konusunda görüş alışverişi esasına dayanmaktadır. Tele-konsültasyon tele-tıp uygulamaları içerisinde önemli bir yere sahiptir (Güleş ve Özata, 2005:111) Tıbbın birçok dalında teşhis ve tedavi niteliği açısından önemli hatalara neden olmaksızın gerçekleştirilen ucuz bir hizmettir.

Tele-psikiyatri ile Telefon, elektronik posta, internet ve kısa mesaj, video konferans yöntemiyle psikolojik rahatsızlıkları olan hastaların psikolog veya psikiyatri uzmanından yardım alması ifade edilmektedir (Bal, Yılmaz, Tamam ve Çakmak, 2015).

Tele- evde bakım/sağlık; Bilgisayar yazılım programı ve akıllı telefon uygulamaları kanalı ile hastanın hayati bulgularının (kalp grafiği, şeker, tansiyon, ateş, nabız, cilt rengi, oksijen satürasyonu vb.) doktor veya doktora anlık olarak iletilme süreci olarak tanımlanmaktadır (<http://www.medisiva.com>).

Uzaktan ameliyat anlamına gelen *tele-cerrahi* üç farklı şekilde gerçekleştirilmektedir. Bunlar tele-tıp uygulaması yoluyla uzaktan cerrahi yardım, uzaktan cerrahi rehberlik ve tele-robotik cerrahi işlemler olarak sıralanmaktadır (Demirel, 2012:92).

Tele-tıp uygulamaları faydaları; Sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin sağlık hizmetine eşit olarak ulaşılabilirliği sağlanarak bölgesel farklılıkları ortadan kalkması söz konusu olacaktır. Bölgesel farklılıkların ortadan kalkmasıyla birlikte zaman, maliyet, bakım ve tedavi imkânlarında yaşanan gelişmeleri takip edilebilmesi mümkün olacaktır. Bireylerin hastalıklarıyla ilgili tedavileri sırasında bir veya birkaç uzmandan görüş alabilme olanağı sağlayan uygulama hayati öneme sahip hastalıklarda bekleme zamanını kısaltacaktır.

Tele-tıp uygulamalarının sağlık hizmetinden yararlanan bireylere faydaları olduğu gibi sağlık çalışanlarına ve sağlık kuruluşlarına yönelik faydaları da bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarına yeni gelişmeleri takip etme, doğru ve etkili karar verme, hasta bilgilerine çabuk ulaşma, becerilerini geliştirme ve sürekli eğitim fırsatı tanırken sağlık kurumları açısından yatak devir sürelerinin azalmasını sağlayarak doğrudan, yatış süreçleri maliyetlerine olumlu etkisi olacaktır. Hastaneler

arasında bilgilerin anında aktarılmasıyla acil durumlarda tele-tıp uygulamalarıyla bağlantı kurularak erken müdahale olasılığı sağlanacak ve bu durum özellikle küçük ölçekli hastanelerin hizmet kalitesinin artmasına yardımcı olacaktır (http://www.saglikplatformu.com/saglik_egitimi/showquestion.asp?faq=4&fldAuto=213).

Tele-tıp uygulamalarının birçok faydası olduğu gibi bazı sakıncaları da bulunmaktadır (Hjelm, 2005). Tele-tıp uygulamalarının sakıncaları;

- Doktorlar, sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki iletişim kurmada yaşanan zorluklar,
- Sağlık bilgilerinin kalitesi ile ilgili konular,
- Kurumsal ve bürokratik zorluklar, olarak karşımıza çıkmaktadır.

TELE-TIP UYGULAMA ALT BOYUTLARI

Araştırmamızın kapsamını oluşturan tele-tıp uygulamalarının alt boyutları aşağıda alt başlıklar halinde açıklanmıştır.

Bilgi Kalitesi ve Memnuniyet

Günümüzde yoğun olarak kullanılan bilgi teknolojileri sağlık kuruluşlarında yeni araştırma ve uygulamaların doğmasını sağlamıştır. Bu yeniliklerden birisi olan tele-tıp uygulamaları sağlık kuruluşlarında kullanılan teknolojik yeniliklerden birisi olarak sektörde yerini almıştır. Sağlık hizmetlerinde sağlık bilgi sistemleri sistematik olarak toplanan bilginin, geliştirilmesi, paylaşılması, depolanması ve farklı amaçlar için tekrar, tekrar kullanılabilir duruma getirmektedir. Tele-tıp uygulamalarında bilgi, daha önceden kaydedilmiş, statik bilgi ve gerçek zamanlı (real-time) bilgi olarak sınıflandırılabilir. Statik bilgi aktarımında; kayıtlı bilgiler, daha sonradan gönderilmek üzere çeşitli formatlarda saklanılarak istenildiği zaman gönderilebilir (sakla-gönder). Gerçek zamanlı uygulamalarda (video konferans gibi) toplanan bilgiler ise aynı anda doktor-doktor veya hasta-doktor arasında gönderilerek görüntülenebilir. Bu bilgiler, yazı, resim, ses, görüntü gibi çeşitli formatlarda olabilir. Depolanmış ve aktarılan bilgiler sağlık hizmeti sunumunda niteleyici faydaları beraberinde getirdiği gibi hasta-doktor, hasta-hastane, doktor-hastane arasında doğru, güncel, güvenilir, yeterli bilgiye ulaşma kolaylığı ve bilgiye ulaşma süreçlerinin kısalmasını sağlayacaktır (Yaman, 2011).

Memnuniyet ise, bireylerin yaşam tarzı, geçmiş deneyimleri, gelecekte beklenenleri ve bunun gibi pek çok faktörle etkileşim içerisinde olduğu süreçler bütünü olarak tanımlanabilir (Zaim ve Tarım,2010). Günümüzde insanların kaliteli sağlık hizmeti alma isteğinin yaygınlaşması ve bu hizmeti alma gereksinimi duymaları, seçici davranmalarına neden olmaktadır. Bu seçicilik bireylerin daha önceki deneyimleri, iyileşme durumları, hastanede kalış süreleri, randevu alma kolaylığı gibi pek çok kritere bağlı olarak değişebilmektedir. Bu bağlamda bilişim teknolojilerinin kullanımı sağlık sektöründe hizmet kalitesini artırırken, hasta memnuniyeti açısından da önemli bir gösterge ölçütü olarak karşımıza çıkmaktadır.

Erişim

Gelişen bilgi teknolojileri kanalıyla elektronik ortamlarda hastalıklarla ilgili farkındalık ve bilgi, yeni tedavi yöntemleri, sağlık hizmetinin maliyeti, sağlık hizmetine ulaşılabilirlik, sağlık hizmeti sağlayıcıları hakkında yapılan araştırmalar, sağlık hizmetinin nereden ve nasıl alınacağı konusunda belirleyici olabilir. Tele-tıp, özellikle uzak veya yetersiz alanlarda yaşayanlar için maliyetleri azaltabilir ve sağlık hizmetlerine erişimi artırabilir. Coğrafik olarak uzak ve ulaşılabilen bölgelerde yaşayan insanların tele-tıp uygulamaları sayesinde sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaşabileceği gibi teşhis ve tedavi amacıyla büyük şehirlere gitme zorunluluğunu ortadan kaldırarak hastaya verilen hizmetin kalitesinin üst düzeye çıkması beklenilmektedir (Alakuş, 2007).

Etkililik

Sağlık kurumlarında etkililik, gelişen bilişim teknolojileri yardımıyla elde edebilecek maksimum verimlilik' şeklinde ifade edilmektedir (Öncel ve Şimşek, 2011). Bu nedenle sağlık kurumları stratejik hedeflerine ve belirlenmiş amaçlarına ulaşmak için gerçekleştirdikleri faaliyetlerin sonucunda, söz konusu hedef ve amaçlara ne düzeyde ulaştıklarını ölçmek için etkinlik analizine ihtiyaç duymaktadır. Tele-tıp uygulamaları kullanımını geliştirilmesinin ana gerekçesi, sağlık hizmetlerine erişimi bir veya birçok nedenden dolayı kısıtlanan kişilere ülke genelinde eşit ve hakkaniyete uygun sağlık hizmeti sağlama arzusudur. Bu nedenle ülkemizde Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetine erişimi, hizmet sunumunun kalitesini ve etkinliğini arttırmak amacıyla tele-tıp uygulamaları kullanımını bakanlık ve bakanlığa bağlı tesislerde "dijital hastane" kavramı oluşturularak yaygınlaştırma çalışmalarına devam etmektedir (Öncel ve Şimşek, 2011).

Bilgi Güvenliği

Sağlık hizmeti sunumunda, hasta kayıtlarının bilgisayar ortamında yapılmaya başlanmasıyla sağlık kurumlarında bilişim teknolojilerinin yaygın olarak kullanılması ve internet kullanımı hasta bilgilerinin güvenliğinin sağlanması ile ilgili bilişim sorunlarını da beraberinde getirmiştir. Bilgi güvenliği, bilginin bir varlık olarak herhangi bir değişikliği maruz bırakılmadan, bütün olarak korunması, açığa vurulup, paylaşılmadan saklanması, yetkisiz ve izinsiz erişiminin engellenmesi çabalarının bütünüdür (Pesen, 2015). Bilgi güvenliğinin temel amacı; gizliliğin sağlanması, yetkisiz kişilerin erişiminin engellenmesi, doğru amaç ve doğru zamanda yetkili kişilere ulaşılabilirliğinin sağlanması ve bütün bunların herhangi bir değişikliğe maruz kalmadan korunmasıdır (Sevimli, 2018:25). Ülkemizde kişisel verilerin korunması, 2010 yılından itibaren açıkça anayasal bir hak olarak anayasanın 20.maddesiyle *"Herkes, kendisiyle ilgili kişisel verilerin korunmasını isteme hakkına sahiptir. Bu hak; kişinin kendisiyle ilgili kişisel veriler hakkında bilgilendirilme, bu verilere erişme, bunların düzeltilmesini veya silinmesini talep etme ve amaçları doğrultusunda kullanılıp kullanılmadığını öğrenmeyi de kapsar. Kişisel veriler, ancak kanunda öngörülen hallerde veya kişinin açık rızasıyla işlenebilir. Kişisel verilerin korunmasına ilişkin esas ve usuller kanunla düzenlenir"* ifadesiyle koruma altına alınmıştır. Anayasamızda bahsi geçen Kişisel Bilgilerin Korunması Kanunu 2016 yılından 6698 sayı ile yayınlanarak kişisel verilerin işlenmesi, aktarılması konuları düzenlenmiştir (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf>).

Araştırmanın Amacı

Söz konusu çalışmanın amacı; sağlık kurumlarından hizmet alan bireylerin tele - tıp uygulama alt boyutlarına yönelik bakış açılarını tespit etmektir. Bu amaç doğrultusunda Muğla İl merkezinde bulunan hastanelerden hizmet alan bireyler anket uygulanmış ve tele-tıp alt boyutlarından olan Bilgi Kalitesi ve Memnuniyet, Erişim, Etkililik ve Güven boyutlarına bakış açıları tespit edilmeye çalışılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri Aşağıdaki Gibidir;

- H1: Tele Tıp Uygulama Bilgi kalitesi ve memnuniyet boyutu demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.
H2: Tele Tıp Uygulama Erişim boyutu demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.
H3: Tele Tıp Uygulama Etkililik boyutu demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.
H4: Tele-tıp uygulama Güven boyutu demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmada araştırmanın evrenini 18-65 yaş aralığında Muğla merkezinde yaşayan ayakta tedavi gören 600 hasta oluşturmaktadır. Belirli bir yaş grubu ve il merkezinde oturan hastalarla kısıtlı olan

araştırmada belirtilen evren içerisinde tesadüfi örneklem yöntemi ile seçilen 214 katılımcıya anket uygulaması yapılmıştır. Gerekli örneklem hacminin belirlenmesinde; Örneklem büyüklüğü= $s^2 \times t^2 / \alpha^2$ (Hair, Black, Babin, Anderson ve Tatham, 2006) formülünden yararlanılmıştır. Örneklem hacminin hesaplanmasında S=1, T=3, $\alpha = 0,05$ değerleri kullanılmış ve örneklem hacmi 36 olarak hesaplanmıştır. Bu değer anket soru kâğıdında bulunan 3 farklı ölçek sayısı ile çarpılması sonucunda katılımcılara uygulanması gereken anket sayısının alt sınırı 108 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise 214 katılımcıya anket uygulaması yapılmıştır. Fakat yapılan değerlendirme sonucunda uygun olmayan 25 anket analiz dışı bırakılmıştır. Sonuç olarak 189 katılımcıya yapılan anket analiz edilmiştir.

Araştırmanın Kısıtları

Anket uygulaması, Muğla ilinde bulunan hastanelerden hizmet alan ve ayakta tedavi gören 18-65 yaş aralığındaki hastalar ile sınırlandırılmıştır. Ayrıca anket uygulaması iki aylık zaman diliminde, haftada iki gün gidilerek, iki saatlik süreçte ve Muğla merkezinde yaşayan hastalara uygulandığından zaman, uzaklık ve maliyet gibi kısıtları da içermektedir.

Verilerin Toplanması

Araştırmada verilere ulaşmak için anket yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak kullanılan anket 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde tele-tıp uygulamalarına katılımcıların bakış açılarını belirlemeye yönelik 22 adet soru, ikinci bölümde sağlık sorunları ile ilgili olarak internet üzerinden en fazla ve en az tercih edilen bilgi kaynağını tespit edebilmek amacıyla 1 adet sıralama ölçeği şeklinde soru, üçüncü bölümde ise 9 adet demografik soru sorulmuştur. Bu bağlamda anketimizde toplam 32 adet soru yer almıştır. Bu sorulardan 22 tanesi tele-tıp boyutlarını belirlemeye yönelik sorulardır. Ankette yer alan sorular (özellikle katılımcıların bakış açılarını belirlemeye yönelik sorular için) ‘‘Effect of Culture on Acceptance of Telemedicine in Middle Eastern Countries: Case Study of Jordan and Syria’’adlı Mohannad Alajlani ve Malcolm Clarke ait makaleden yararlanılarak oluşturulmuştur. Ayrıca Onur Mendi’nin 2013 yılında E-sağlık uygulamalarına ilişkin katılımcıların bakış açılarının belirlemeye yönelik çalışmasında kullandığı ölçekten de yararlanılmıştır. Ankete katılan katılımcıların tele-tıp uygulamaları ile ilgili görüşlerini belirlemeye yönelik sorularda 5’li likert ölçeği kullanılmıştır ((1) Kesinlikle katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Kısmen katılıyorum, (5) Kesinlikle katılıyorum) . Veriler hazır paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Verilerin Analizi

Çalışma kapsamında geliştirilen ‘‘Sağlık Sektöründe Tele-Tıp Uygulamalarına Bakış Açısı Ölçeği’’ için geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Analizlere başlamadan önce kayıp değerler, örneklem büyüklüğünün uygunluğu, uç değerler ve normallik varsayımları incelenmiştir. Veri setinde kayıp değere rastlanmamıştır. Geliştirilen ölçeğin faktör yapısının geçerliliğini belirlemek amacıyla Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) yapılmıştır. Ölçeklerden elde edilen puanların güvenilirliği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplanarak belirlenmiştir. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları incelendiğinde ise bilgi kalitesi ve memnuniyet boyutunun 0,873, erişim boyutunun 0,868, etkililik boyutunun 0,927, güven boyutunun 0,721 olarak bulunmuş olup güvenilirlik derecelerinin yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır (Özdamar, 2004).

Tablo 1. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett’s Küresellik Testi Sonuçları

KMO ve Bartlett Testi		
Kaiser-Meyer-Olkin Testi		0,885
Bartlett Küresellik Testi	Ki-Kare	2211,881
	Serbestlik Derecesi	190
	p	0,00000

Tablo 1. incelendiğinde, analiz sonucunda 189 kişilik çalışma grubunun KMO değeri 0.876 olarak belirlenmiştir. KMO için alt sınır 0,50'dir. 0,50'den küçük KMO değerine sahip veriler faktörlenemez. KMO değerinin 0.90'ın üstünde olması örneklem büyüklüğünün çok iyi, 0, 80-0, 90 Aralığında olması iyi olduğunun göstergesidir (Field, 2003). Küresellik testi istatistiksel olarak anlamlı olduğu için veri temel bileşenler analizi yapmaya uygundur ve çalışmanın örneklem büyüklüğü faktör eştirmeye uygundur.

Tablo 2. Tele-Tıp Uygulamaları Boyutları Faktör Analizi ve Geçerlilik, Güvenirlik Analizi Tablosu

Tele-tıp boyutlarına ilişkin İfadeler	Cronbach Alpha	Faktör Yükleri	Öz Değer	Kümülatif Varyans %	
Bilgi kalitesi ve memnuniyet (BKM)	BKM1	0,886	0, 696	7, 938	65, 407
	BKM2		0, 764		
	BKM3		0, 692		
	BKM4		0, 662		
	BKM5		0, 567		
	BKM6		0, 602		
	BKM7		0, 622		
	BKM8		0, 559		
Etkililik (ET)	ET1	0,883	0, 748	2, 288	
	ET2		0, 825		
	ET3		0, 872		
	ET4		0, 826		
Erişebilirlik (ER)	ER1	0,927	0, 669	1, 510	
	ER2		0, 742		
	ER3		0, 810		
	ER4		0, 813		
Güven (G)	G1	0,721	0, 637	1, 345	
	G2		0, 800		
	G3		0, 859		
	G4		0, 655		

Tele-tıp uygulamaları boyutları faktör analizi ilk faktörün özdeğerinin 7.938, faktörün toplam varyansa yaptığı katkının ise %39.691; ikinci faktörün özdeğeri 2.288, faktörün toplam varyansa yaptığı katkı %11.439; üçüncü faktörün özdeğeri 1.510, faktörün toplam varyansa yaptığı katkı %7.551; dördüncü faktörün özdeğeri 1.345, faktörün toplam varyansa yaptığı katkı %6.727'dir. Tüm faktörler birlikte varyansın %65.407'sini açıklamaktadır.

Ölçülmek istenen özellikte, ölçümleri etkileyen bütün özellikler değişmiyor ve tekrarlanan ölçümlerde hep aynı değerde ölçümler veriyorsa, ölçeğin güvenilirliği tamdır. Toplam cronbach alfa güvenirlilik 0, 886 olduğu ve ölçeğimizin $0,80 \leq \alpha \leq 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir olduğu görülmektedir. Alt faktörlere ait Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları incelendiğinde ise bilgi kalitesi ve memnuniyet boyutunun 0, 873, erişim boyutunun 0, 868, etkililik boyutunun 0, 927, güven boyutunun 0, 721 olarak bulunmuş olup güvenilirlik derecelerinin yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır (Özdamar, 2004).

Araştırmaya Katılan Katılımcıların Demografik Dağılımlarının Analizi

Araştırmaya katılan katılımcıların %58,7'si kadınlar, %41,3'ünü erkek katılımcıların oluşturduğu görülmektedir. Medeni durumlarına bakıldığında ise katılımcıların %53, 7'sinin evli, %46, 3'ünün ise bekâr katılımcılar olduğu görülürken, %20, 7'sini 18-25 yaş grubu, %20, 2'sini 26-35 yaş grubu, %28, 7'sini 36-45 yaş grubu, %22, 9'unu 46-55 yaş grubu ve %7, 4'ünü 56-65 yaş grubu oluşturmaktadır. Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında ise %44, 1'i lisans mezunu olup, %14, 4'ü lise, %25,

0'ı ön lisans, %12, 3'ü yüksek lisans ve %4, 2'si doktora eğitimi almış kişilerden oluşmaktadır. Gelir durumu dağılımına bakıldığında ise, %55, 6'lık kısmı 2000-5000 TL arasında gelire sahip katılımcılardan oluşurken, %18, 5'i 0-999 TL, %14, 8'i 1000-1999 TL, %9, 5'i 5000-10000 ve %1, 6'sı 10000 TL ve üzeri gelire sahip oldukları belirlenmiştir.

Tablo 3. Tele-Tıp Uygulama Bilgi Kalitesi ve Memnuniyet Boyutu Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

	Bilgi Kalitesi ve Memnuniyet			Test İst.	p	Post-Hoc
	n	Ort.	SS			
Cinsiyet¹						
Kadın	111	28,77	5,76	1,217	0,225	
Erkek	78	27,65	6,85			
Medeni durum¹						
Evli	101	28,91	6,02	1,465	0,145	
Bekâr	88	27,57	6,48			
Yaş²						
18-25	39	30	5,54	1,568	0,185	
26-35	38	27,24	6,00			
36-45	54	27,78	6,17			
46-55	43	27,67	6,24			
56-65	15	30,29	8,43			
Eğitim durumu²						
Lise	27	29,96	6,98	1,784	0,152	
Ön lisans	47	27,91	5,94			
Lisans	83	28,67	6,00			
Yüksek lisans	24	26,39	6,49			
Doktora	8	26,39	6,48			
Gelir durumu²						
0-999	35	29,2	5,47	1,637	0,182	
1000-1999	28	30,11	5,67			
2000-5000	105	27,78	6,49			
5000-10000	18	26,85	6,73			
10000 ve üzeri	3	27,65	6,53			

1:Bağımsız gruplar için t testi kullanıldı

2:Tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Farklılıklar Tukey testi ile değerlendirildi.

*:p<0.05, SS: Standart Sapma

Tablo 3'de bireylerin demografik özellikleri ile tele-tıp uygulamalarına bakış açısı ölçeği boyutlarından Bilgi kalitesi ve Memnuniyet boyutu puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Tablo 3'de görüldüğü üzere, bireylerin demografik özellikleri Bilgi kalitesi ve Memnuniyet boyutu toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 4.Tele-Tıp Uygulama Erişim Boyutu Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

	Erişim					Post-Hoc
	n	Ort.	SS	Test İst.	p	
Cinsiyet¹						
Kadın	111	13,77	3,72	0,036	0,971	
Erkek	78	13,76	2,98			
Medeni durum¹						
Evli	101	13,94	3,52	0,750	0,454	
Bekâr	88	13,56	3,34			
Yaş²						
18-25	39	14,62	3,03	0,998	0,410	
26-35	38	13,74	3,18			
36-45	54	13,46	3,78			
46-55	43	13,26	3,36			
56-65	15	14,21	4,00			
Eğitim durumu²						
Lise	27	14,44	3,07	1,302	0,275	
Ön lisans	47	13,11	3,77			
Lisans	83	14,07	3,45			
Yüksek lisans	24	13,35	3,09			
Doktora	8	13,35	3,09			
Gelir durumu²						
0-999	35	14,26	2,58	1,023	0,384	
1000-1999	28	14,43	3,89			
2000-5000	105	13,39	3,60			
5000-1000	18	13,95	3,14			
1000 ve üzeri	3	13,95	3,14			

1:Bağımsız gruplar için t testi kullanıldı

2:Tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Farklılıklar Tukey testi ile değerlendirildi. *:p<0.05, SS: Standart Sapma
Tablo 4’de bireylerin demografik özellikleri ile tele-tıp uygulamalarına bakış açısı ölçeği boyutlarından Erişim boyutu puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Tablo 4’de bakıldığında, bireylerin demografik özellikleri Erişim toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 5.Tele-Tıp Uygulama Etkililik Boyutu Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

	Etkililik					Post-Hoc
	n	Ort.	SS	Test İst.	p	
Cinsiyet¹						
Kadın	111	15,32	4,03	0,165	0,869	
Erkek	78	15,22	3,94			
Medeni durum¹						
Evli	101	15,65	3,98	1,341	0,182	
Bekâr	88	14,87	3,98			
Yaş²						
18-25	39	16,05	3,11	1,280	0,279	
26-35	38	14,39	4,16			
36-45	54	15,17	3,96			
46-55	43	15,12	4,61			
56-65	15	16,64	3,48			
Eğitim durumu²						
Lise	27	16,26	3,34	0,979	0,404	
Ön lisans	47	14,83	4,66			
Lisans	83	15,45	3,73			
Yüksek lisans	24	14,74	4,07			
Doktora	8	14,44	4,27			
Gelir durumu²						
0-999	35	16,23	3,04	0,891	0,447	
1000-1999	28	14,71	4,11			
2000-5000	105	15,18	4,12			
5000-10000	18	15,05	4,52			
10000 ve üzeri	3	14,21	3,91			

1:Bağımsız gruplar için t testi kullanıldı

2:Tek yönlü varyans analizi kullanıldı. Farklılıklar Tukey testi ile değerlendirildi.

*:p<0.05, SS: Standart Sapma

Tablo 5’de bireylerin demografik özellikleri ile tele-tıp uygulamalarına bakış açısı ölçeği boyutlarından Etkililik boyutu puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Tablo 5’de görüldüğü gibi, bireylerin demografik özellikleri Etkililik toplam puan ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 6. Tele-Tıp Uygulama Güven Boyutu Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

	Güven					Post-Hoc
	n	Ort.	SS	Test İst.	p	
Cinsiyet¹						
Kadın	111	11,92	3,11	1,389	0,166	
Erkek	78	11,27	3,25			
Medeni durum¹						
Evli	101	11,69	3,18	0,254	0,800	
Bekâr	88	11,57	3,19			
Yaş²						
18-25	39	11,82	3,72	3,095	0,017*	(56-65)-(36-45)
26-35	38	11,08	2,78			(56-65)-(46-55)
36-45	54	12,19	2,84			
46-55	43	12,07	2,73			
56-65	15	9,21	4,08			
Eğitim durumu²						
Lise	27	10,93	3,49	1,233	0,299	
Ön lisans	47	12,30	3,15			
Lisans	83	11,46	3,31			
Yüksek lisans	24	11,74	2,44			
Doktora	8					
Gelir durumu²						
0-999	35	11,46	2,98	0,395	0,757	
1000-1999	28	12,21	3,25			
2000-5000	105	11,52	3,28			
5000-10000	18	11,75	2,99			
10000 ve üzeri	3	11,57	3,27			

Tablo 6’da bireylerin demografik özellikleri ile tele-tıp uygulamalarına bakış açısı ölçeği boyutlarından Güven boyutu puan ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Tablo 6’da görüldüğü üzere, bireylerin demografik özellikleri ile tele-tıp uygulamalarına bakış açısı ölçeği boyutlarından güven boyutu puan ortalamaları karşılaştırılmış, yalnızca yaş düzeylerine göre ortalamalar arasında ki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Araştırma katılan bireylerden 56-65 yaş grubu katılımcıların tele-tıp uygulamalarına güven duymadıkları belirlenmiştir. Sonucun söz konusu yaş grubunda bu şekilde çıkmasının nedeni bu yaş grubunun teknoloji kabul ve kullanımlarının ve tele-tıp uygulamalarıyla ilgili sağlık okuryazarlıklarının yeterli düzeyde olmaması olabilir. Ayrıca, yeni bir teknolojik devrim olan tele tıp uygulamalarının yeterince açıklanmaması ve yaygınlaştırılmamış olması da sonucun bu şekilde çıkmasını etkilemiş olabilir.

Araştırmanın Hipotezlerinin Tablo Olarak Gösterimi

Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre, Tele-tıp uygulamaları bakış açısı ölçeği alt boyutları olan bilgi kalitesi ve memnuniyet, erişim, etkililik boyutlarının toplam puan ortalamaları karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). H1,H2,H3 hipotezleri bilgi kalitesi ve memnuniyet, erişim, etkililik boyutları ret olunmuştur.H4 hipotezi olan güven boyutu ve demografik bilgilerin karşılaştırılması sonucu p<0,05 için kabul edilmiştir.

Tablo 7. Hipotez Tablosu

Hipotez	Bilgi kalitesi ve memnuniyet	Erişim	Etkililik	Güven
H_{1,2,3,4}: Tele-Tıp Uygulama boyutları demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.				
Cinsiyet	Ret	Ret	Ret	Ret
Medeni Durum	Ret	Ret	Ret	Ret
Yaş	Ret	Ret	Ret	Kabul
Eğitim Durumu	Ret	Ret	Ret	Ret
Gelir Durumu	Ret	Ret	Ret	Ret

SONUÇ VE ÖNERİLER

Teknolojik gelişmeler, bilişim sistemlerinin her alanda kullanılması ile gizli tutulması gereken bilgilerin bir kaynaktan başka bir kaynağa aktarılması sırasında bilgi kaynağı sahipleri için ciddi sorunlar oluşturmaktadır. Sağlık kuruluşlarında depolanan hastalara ait bilgilerin farklı kaynaklar arasında paylaşılması sırasında yetkisiz erişimlere karşı tedbir alınması gerekmektedir. Sağlık kuruluşlarında bilgi güvenliği büyük önem taşıdığından, bilgi gizleme ve iletimi sırasında verilerin güvenli bir şekilde paylaşılmasını sağlayan kurallar ve sistemlere ihtiyaç duyulmaktadır. Tele-tıp uygulamalarının, geleneksel sağlık hizmeti sunumunun eksik kaldığı, uzaklığın sorun olduğu bölgelerde sağlık hizmetine erişebilmek için çözüm olacağı düşünülmektedir. Çalışmamızda yapmış olduğumuz araştırma sonucu tele-tıp uygulama boyutlarından biri olan güven boyutunda, araştırmaya katılanların yaş grupları arasında farklılıklar olduğu ve 56-65 yaş grubunda ki bireylerin tele-tıp uygulamalarını güvenli bulmadığı ortaya çıkmıştır. Bunun nedeni bu yaş grubunun teknolojik yeniliklere karşı bilgi yetersizliği olabileceği gibi yeni teknolojileri kabul etme süreçlerinin uzun sürmesi olabilir. Araştırmamızda ki bulgudan yola çıkılarak bu tür teknolojik yeniliklerin sağlık gibi her yaş grubunun hizmet aldığı bir konuda politika üretenler hedef kitleye yönelik stratejiler üretmelidir. Özellikle yaşam süresinin uzadığı ve yaşlı nüfusun arttığı ülkemizde yaşlıların teknolojik yenilikleri kullanma konusunda bilinçlendirilmesi ve bilgilendirilmesi onların daha sağlıklı, güvenli, katılımcı, bağımsız ve kaliteli yaşam sürmelerine neden olacaktır.

Araştırmadan elde edilen bu sonuç doğrultusunda tele-tıp uygulamalarında güvenlik etkinliğini sağlamak adına bir takım öneriler geliştirilmiştir.

Sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların güvenliği iki şekilde önemlidir; birincisi hastanın fiziksel güvenliğinin sağlanması, ikincisi ise; bilişim teknolojileri yoluyla hastaya ait verilerin aktarılması sırasında alınan güvenlik tedbirleridir. Tele-tıp uygulamalarının kabul edilmesi için hem hastanın fiziksel güvenliği hem de bilgi güvenliği önemlidir. Ülkemizde uygulanan klinik bağlamda tele-tıp kullanımı ile ilgili yasal politikalar ve hukuki konular hakkında bilgi eksikliği mevcuttur. Sağlık kuruluşları ve hastalar arasındaki güven ilişkisi için tele-tıp uygulamaları konusunda bilgi eksikliğinin giderilmesi için bilgilendirme içeren programların düzenlenmesi gerekir. Ayrıca, hem hizmet sunucularının hem de hizmetten yararlananların tele-tıp uygulamaları konusunda okuryazarlığının artırılması konusunda çalışmalar yapılmalıdır. Sağlık okuryazarlığı sağlık hizmetlerine ulaşım, kendine bakma ile sağlık hizmeti sunan sağlık personelleri ve birey arasındaki etkileşim olmak üzere üç ana unsurda sağlık sonuçlarını etkilemektedir.

Tele-Tıp'ın gelecekteki sağlık hizmetlerinin sağlanmasına yönelik niceliksel ve niteliksel birçok iyileşmeler sağlayacağı düşünülmektedir. Ancak, tele-tıp uygulamaları kullanımıyla ilgili standartların henüz mevcut olmadığını genel anlamda çıkarılmış yönetmelikler ve kanunların uygulamayı kullananların açısından süreçleri nasıl etkileyeceği bilinmemektedir. Bu nedenle mevcut haliyle yönetmelik ve kanunlar, tele-tıp uygulamalarının kullanımı için uygun görünmemektedir.

Sonuç olarak; Gelişmekte olan ve coğrafi açıdan geniş bir alana yayılmış ülkemizde tele-tıp uygulamalarının sağlık kurumları, hasta, sağlık personelini açısından çözüm olacağı düşünülmektedir.

Teknolojideki gelişmelerle birlikte sağlık alanında erişimi iyileştirmek, maliyetleri düşürmek ve etkinliği artırmak için tele-tıp uygulamaları hayata geçirilmiştir. Bu uygulamanın hastaların yaşam standartları ve sağlık bakım kalitesinin artmasına sebep olacağı düşünülse bile hasta güvenliğinin yokluğu, bakım kalitesini düşürebilecektir. Ayrıca güven duymayan hasta doğru ve tam bilgi vermeyerek teşhis ve tedavinin yanlış yapılmasına sebep olacaktır. Güven eksikliği, hastaların Tele-tıp uygulamalarını kullanımını etkileyeceği gibi yanlış ve eksik bilgi sağlık personeli açısından yasal sorumluluğa neden olabilecek olumsuzluklara sebep olacaktır. Bireylerin güven ve kullanım oranlarını yükseltmek için uygulanacak politikaların başında eğitim, kamu spotu gibi tanıtıcı ve eğitici faaliyetler gelmektedir. Bu yüzden tele-tıp uygulamalarına ilişkin olarak eğitim faaliyetlerinin planlanması ve bu kişilerin kullanım oranlarının artırılması bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durum sağlık kuruluşlarında yığılmaları önleyecek zaman kayıplarını azaltacaktır.

KAYNAKLAR

- Alakuş, M. (2007). Sağlık Bilimlerinde Bilgi Yönetimi, Sağlık bilimleri süreli yayıncılık, uv.tulakbim.gov.tr/tip/sempozyum5/page201-2011.pdf. adresinden 16 Ocak 2017'de alınmıştır.
- Bal, U., Yılmaz, E., Tamam, L. ve Çakmak, S. (2015). Tele Psikiyatri Şimdi ve Burda, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry, 7(2), 136-148.
- Beyan, T., http://www.timurbeyan.files.wordpress.com/2013/11/yazc4b1_2005-12-askeri-teletc4b1p-bilgi-c3a7ac49fc4b1-muharebelerinde-askeri-sac49flc4b1k-hizmetleri.pdf, adresinden 21.03.2017 tarihinde alınmıştır.
- Demirel, A. (2013). Sağlık Hizmetleri yönetiminde Sağlık Bilgi Sistemleri ve Kullanım Modülleri. Yüksek lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler, İstanbul.
- Güleş, H.K. & Özata, M. (2005). Sağlık Bilişim Sistemleri. (1. Baskı). İstanbul: Nobel Yayınevi.
- Hair, J., Black, W., Babin, B., Anderson, R. ve Tatham, R. (2006). Multivariate Data Analysis, Sixth Edition, Prentice Hall, New Jersey.
- Hjelm, N.M. (2005). 08.07.2018 tarihinde <https://pdfs.semanticscholar.org/d697/2bf795130a7c3d9d3c52ef634193e2219eef.pdf>.s.60-70 adresinden alınmıştır.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım S. (2011). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetim*. Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Mendi, B. (2016). Sağlık Bilişimi ve Güncel Uygulamalar. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri.
- Musaoğlu, E. (2001). İki binyıllar Türkiye'sinde sağlık bilgi sistemleri, <https://turkmla.org/arsiv/belgeler,s.64-65>, adresinden 25.08.2016 'de alınmıştır.
- Öncel, A. & Şimşek, S. (2011). Türkiye'de Bölgelerarası Kaynak Kullanım Etkinliğinin Veri Zarflama Analizi Yöntemiyle Analizi. Erciyes Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, (37): 87-119.
- Özdamar, K. (2004). *Tabloların Oluşturulması, Güvenirlik ve Soru Analizi*. Paket Programlarla İstatistiksel Veri Analizi. Eskişehir:Kaan Kitabevi.
- Pesen, M.M. (2015). 30.09.2018 tarihinde <https://www.sibergah.com/genel/bilgi-guvenligi-nedir-ve-nasil-siniflandirilir/> adresinden alınmıştır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Sevimli, E. (2018). Sağlık Yönetiminin Gelecekteki Paydaşlarından Bilgisayar Mühendisliği Öğrencilerinin Sağlık Bilgi Sistemlerini Bilgi Güvenliği ve Hasta Mahremiyeti Açısından Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

Uyanık, A. (2014). Tele-Tıp uygulamalarından Doğan Hukuki Sorumluluk, <http://www.literaturaktuel.com/tele-tip-uygulamalarindan-dogan-hukuki-sorumluluk>, adresinden 26 Mart 2017'de alınmıştır.

Yaman, Z. (2011). Tele-tıp ve Bilişim alt yapısı 10.04.2016 tarihinde http://www.saglikbilisimdernegei.org/makale-ler.php?mak_id=40, adresinden alınmıştır.

Zaim, H. & Tarım, M. (2010). Hasta Memnuniyeti: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Alan Araştırması, Sosyal Siyaset Konferansları, (59):1-24.

08.07.2018 tarihinde http://www.saglikplatformu.com/saglik_egitimi/showquestion.asp?faq=4&fldAuto=213., adresinden alınmıştır.

23.05.2018 tarihinde <http://www.medisiva.com>, adresinden alınmıştır.

27.9.2018 tarihinde <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf>., adresinden alınmıştır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Usaysad Derg, 2018; 4(3):264 -283 (Araştırma makalesi)

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE ARAÇ ROTALAMA İLE GÜZERGAHLARIN BELİRLENMESİ: DEVLET HASTANESİNDE BİR UYGULAMA

DETERMINING ROUTES BY VEHICLE ROTATION AT HOME HEALTHCARE SERVICES: A CASE STUDY IN STATE HOSPITAL

Cemre TAŞ

Kırıkkale Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, Endüstri Mühendisliği Bölümü

cemreetas@gmail.com

orcid.org/0000-0001-9482-3726

Neşet BEDİR

Kırıkkale Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, Endüstri Mühendisliği Bölümü

nstbdr@gmail.com

orcid.org/0000-0002-8906-9164

Tamer EREN

Kırıkkale Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, Endüstri Mühendisliği Bölümü

tamereren@gmail.com

orcid.org/0000-0001-5282-3138

Hacı Mehmet ALAKAŞ

Kırıkkale Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, Endüstri Mühendisliği Bölümü

hmalagas@gmail.com

orcid.org/0000-0002-9874-7588

Suna ÇETİN

Kırıkkale Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, Endüstri Mühendisliği Bölümü

sunacetin@kku.edu.tr

orcid.org/0000-0003-1016-6680

Makale gönderim-kabul tarihi (15.07.2018-11.09.2018)

Özet

Ülke nüfusumuzun giderek yaşlanması ve sağlık alanındaki gelişmelerle birlikte evde sağlık hizmetleri ülkenin her yerinde faaliyet göstermektedir. Evde sağlık bakımı yönlendirme ve zamanlama problemi, aynı coğrafi bölgede yaşayan ve evde tedavi edilmesi gereken hastaların bakımını gerçekleştirmektedir. Personeller ekipler halinde evde bakım hizmeti vermek üzere hastaların adreslerine giderek gerekli bakım ve tedavi hizmetini sunmaktadırlar. Bu çalışmada evde bakım ve tedavi hizmeti yapan araçların rotalama yapılmıştır. Çalışmada bakım ve tedavi hizmetleri için 155 hastası bulunan bir il ele alınmıştır. Bu ilin 94 hasta bulunan bir bölgesinde 4 araçlı rotalama problemi için matematiksel programlama modeli kurulmuştur. Model sonucunda hizmet için hangi aracın hangi sırayla, hangi hastaları ziyaret edeceği belirlenmiştir. Uygulama sonucunda araçların optimal rotalama belirlendiği için mevcut duruma göre daha az mesafe kat etmiş ve dolayısıyla maliyet azalmıştır.

Anahtar kelimeler: Evde sağlık hizmetleri, Matematiksel programlama modeli, Araç rotalama problemi

Abstract

With the increasing aging of our country's population and improvements in the field of health, the home healthcare service operates all over the country. Home health care orientation and scheduling problem is taking care of patients who live in the same geographical area and need to be treated at home. Personnel provide care and treatment services by going to the addresses of the patients to provide home care services in teams. In this study, the tools of home care and treatment services were routed. In the study, a province with 155 patients for

264

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(TAŞ,C/BEDİR,N/ EREN,T/ ALAKAŞ,H.M./ÇETİN,S)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

care and treatment services was dealt with. A mathematical programming model for the 4-vehicle locus problem was established in a region with 94 patients in this province. As a result of the model, it was determined which tool to visit and which patients to visit for the service. As a result of the application, the optimal route of the vehicles has been determined, so that it takes less distance than the current situation and therefore the cost is reduced.

Keywords: Home health care, mathematical programming model, vehicle locating problem

GİRİŞ

Ülkemiz son çeyrek asırda sağlık alanında büyük ilerlemeler kaydetmiştir. Bu alanda yapılan iyileştirmelerden evde sağlık hizmetleri, hastalar ve hasta yakınlarına çok büyük kolaylıklar sağlamıştır. İnsanların sağlığını korumak ve hastaların hastaneden ayrıldıktan sonra tedavilerine ev ortamında devam etmelerini sağlamak çok önemlidir.

Evde bakım hizmeti veya başka bir ifade ile; hastaya ev ortamında sağlık hizmetinin sunumu 19. yüzyıldan itibaren gerçek anlamda uygulanmaya başlanmıştır. Evde sağlık hizmeti kavramının gelişimi nüfusun yaşlanmasına, ailelerde sosyal değişimlere, kronik hastalıklara sahip insan sayısındaki artışa, tıbbi teknolojilerdeki gelişmelere, yeni ilaçların ortaya çıkmasına ve sağlık bakımını içeren hükümet baskısına dayandırılabilir. Amaç, insanlara, özellikle yaşlılara, fiziksel veya öğrenme engeli bulunan insanlara ve hastalıktan dolayı yardıma ihtiyacı olan kişilere kendi evlerinde mümkün olduğunca bağımsız yaşama yardımcı olmak için gereken bakım ve desteği sağlamaktır.

Evde sağlık hizmeti verilen hastaların ziyaretlerinin rotaları manuel olarak çıkartılmaktadır. Ancak her bir hasta için ne zaman, hangi aracın ziyaret edileceğini belirlerken uygun rotaların bulunması oldukça güçtür. Bu sebeple evde sağlık hizmetlerinde araç rotalama problemi büyük önem teşkil etmektedir. Evde sağlık hizmetlerinde araç rotalama problemi hem personelin mesaisini verimli kullanmasını hem de maliyetlerin en aza indirilmesini sağlamaktadır.

Çalışmada bir devlet hastanesinin kapsamında evde bakım hizmeti verilen bireylere ulaşımda personellerin hangi rotayı takip edeceği belirlenmiştir. Ele alınan uygulama kapsamında 94 hastanın bulunduğu bir bölgede ekiplerin rotalaması yapılmıştır. Hastane bünyesinde bulunan 4 aracın iki gün boyunca hangi sırayla kimleri ziyaret edeceği belirlenmiştir.

EVDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE STOKASTİK TALEPLİ ARAÇ ROTALAMA PROBLEMİ

Evde sağlık hizmeti; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık bakımı sürekliliğinin etkili biçimde sürdürülmesi amacıyla güden, birey ve aileye yaşadığı ortamda sunulan sağlık bakım hizmetleri yaklaşımıdır. Evde bakım hizmetlerinin tercih edilmesinin nedeni, gereksinim olduğu anda profesyonel sağlık ekibi üyelerinin hasta ve ailesine kendi ev ortamlarında sağlık hizmetini sunabilmesidir. Böylece hasta ve aile kendi ortamlarında takip edilecek ve ekip üyeleri onların gereksinimi olduğu sürece yanlarında olacaktır. Evde bakım hizmetleri, özelliği gereği üç açıdan sınıflandırılabilir. Birincisi; evde bakım, yalnızca tıbbi hizmetlerin verilmesi değil, aynı zamanda bireyin gereksinim duyabileceği sosyal hizmetleri de içine almaktadır. İkincisi; evde bakım, kısa süreli veya uzun süreli olarak sunulmaktadır ve hizmet kapsamları birbirinden farklı olabilmektedir. Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri, tıbbi hizmet ağırlıklıdır ve çoğunlukla hastalıktan sonra iyileşme dönemi içinde verilmektedir. Bu süre, genel olarak 30 gün ile sınırlandırılmıştır. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ise hem tıbbi hem de sosyal bakım hizmetlerini kapsamakla birlikte, sosyal bakım

ağırlıklıdır ve altı aydan daha fazla bakım gereksinim duyulması durumunda verilen hizmetleri kapsamaktadır. Üçüncüsü ise; farklı meslek alanlarındaki uzman ya da yarı uzman kişilerin verdikleri evde bakım ile aile bireylerinin verdikleri evde bakımdır. (Yılmaz vd., 2010;Özer ve Şantaş, 2012).

Evde sağlık bakımı yönlendirme ve zamanlama problemi aynı coğrafi bölgede yaşayan ve evde tedavi edilmesi gereken hastaların bakımını sağlayan bakım işçilerinin planlı ziyareti için rota tasarlamaktır. Burada amaçseyahat masrafları gibi giderleri en aza indirmek ve hastalara verilen hizmetin kalitesini en üst düzeye çıkartmaktır.

Stokastik seyahat zamanlı araç rotalama problemi ise belirsiz çevre şartlarında servis süreleri ve dolaşım sürelerinin rassal değişken olduğu problemidir. Ziyaret edilme durumu belirli olan müşterilerin taleplerini karşılayacak, toplam süreyi en küçükleyecek araç filosunun optimal rotalarını oluşturmak amaçlanır. Talebin belirsiz olduğu rotalama problemleri stokastik talepli araç rotalama problemi olarak modellenerek çözüme ulaşılabilir. Her i müşterisinin talebi t_i rastsal değişkendir. Talep değerlerinin hangi dağılıma uyduğu belirlenerek talep belirsizliği ortadan kaldırılabilir.

TAMSAYILI PROGRAMLAMA YÖNTEMİ

Tamsayılı programlama (TP), değişkenlerden bazılarının ya da tümünün tamsayı değerler aldığı bir programlama problemidir. Matematiksel programlama modellerinde kısıtlara bağlı olarak amaç fonksiyonunu en iyileyen çözümler aranır. Tamsayılı programlamanın matematiksel modeli, doğrusal programlama modeline, değişkenlerin tamsayı olma kısıtının eklendiği model olarak tanımlanabilir. Tamsayılı programlama problemlerinin çoğunda değişkenler bir veya sıfır olarak seçilir. Bunun sebebi değişkenlerin bir işin yapılması veya yapılmaması olarak tanımlanmasıdır (Patır, 2009).

Doğrusal programlama problemlerinde sonuçlar genellikle tam sayı olmayan rastgele pozitif sayılardır. Ancak gerçek hayat problemlerinde sonuçların tam sayı olmasını gerektiren durumlar mevcuttur. Örneğin; masa sandalye gibi üretilecek ürünlerin üretim miktarı tam sayı olarak ifade edilmelidir.

Tüm değişkenlerin tamsayı olduğu bir problemler tamsayılı programlama olarak isimlendirilir. Eğer değişkenlerin bazıları tamsayı, bazıları kesirli ise söz konusu sorun karma tamsayılı programlama adını alır. Bazı durumlarda tamsayı değişkenler sadece 0 veya 1 değerlerini alabilir. Bu tip sorunlar da karma 0-1 programlama veya karma ikili tamsayı programlama olarak isimlendirilir (Durmuş, 2018). Literatürde tam sayılı programlamanın kullanıldığı çeşitli uygulama alanları bulunmaktadır. Yorgancı ve Eren (2013) tek makineli çizelgelemede, Al ve Eren (2012); Altunay ve Eren (2016) ders programı çizelgelemede, Santos vd. (2016) hemşire basamak probleminde, Lara vd. (2018) elektrik güç altyapı planlamasında, De Bruecker vd. (2018) uçak bakım planlamasında, Pour vd. (2018) bakım ekibi çizelgelemede, de Kruijff vd. (2018) üretim planlamasında tamsayılı programlama kullanılmıştır.

Doğrusal programlamanın genel ifadesi (Schrijver,1998);

Amaç fonksiyonu,

$$z_{enb/enk} = \sum_{j=1}^n c_j X_j$$

Kısıtlar,

$$\sum_{j=1}^n a_{ij} x_{ij} (\leq; =; \geq) b_i \quad i = (1,2, \dots, m)$$

$$X_{ij} = 0 - 1$$



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

LİTERATÜRDE YER ALAN ÇALIŞMALAR

Hareket kısıtlılığı olan, yatağa bağımlı ya da ağır hastalığı olan hastalar için sağlık çalışanları ile sağlık hizmetinin ev şartlarında buluşturulması olarak tanımlanan evde sağlık hizmeti, literatürde son yıllarda önem kazanmaya başlamıştır. Araştırmacılar ele aldıkları problemin boyutu, yapısı ya da kısıtlarına göre çeşitli çözüm yaklaşımları geliştirmişlerdir. Tablo 1 incelendiğinde bu çözüm yaklaşımları sezgisel ve optimal yöntemler olarak çeşitlendiği görülmektedir. En iyi sonucun elde edildiği optimal yöntemlerin yanı sıra problemin boyutundan kaynaklı kısıtlamalar ile geliştirilen en iyiye yakın çözüm elde edilen sezgisel yöntemlerinde kullanıldığı görülmektedir. Hiermann vd. (2015) çalışması incelendiğinde evde sağlık hizmet için optimal bir yaklaşım geliştirildiği görülmektedir. Hastalara evde bakım personeli atamak ve hem hasta hem de personel memnuniyetini sağlamayı amaçlamışlardır. Ele aldıkları gerçek hayat problemi ile bu problem tipine çözüm sağlayan genel bir çerçeve geliştirmişlerdir. Böylece devam eden çalışmalar boyunca kurdukları modeli sürekli geliştirmeyi amaçlamışlardır. Aynı şekilde evde sağlık hizmetlerine olan talebi karşılayabilmek için faaliyetleri optimize etmeye odaklanan Braekers vd. (2016), evde bakım hizmetlerini yönlendirme ve çizelgeleme olarak iki boyutta ele almışlardır. Bu bağlamda operasyonel maliyetleri en aza indirgeyip personel ve hasta tercihlerini dikkate almaya çalışmışlardır. Çözüm sürecinde ise birbirleri ile çelişen çok sayıda hedefle karşı karşıya kalmışlardır.

Öte yandan problemin içerdiği belirsizlikleri ve birbirleri ile çelişen bu hedefleri çözüm sürecine yansıtmaya yardımcı olan sezgisel algoritmalar ise araştırmacılar tarafından son yıllarda tercih edilmeye başlanmıştır. Tablo 2 ve Tablo 3 birlikte incelendiğinde problem içerisinde bazı kısıtlara özellikle odaklanıldığı görülmektedir. Hastanın zaman penceresi, bakım görevlisinin zaman penceresi, çalışma zamanı ve yeterlilik kısıtlarına yoğunlaşmıştır. Her biri çözümü zorlaştıran kısıtlar olmak üzere çalışmalarda eş zamanlı olarak gerçekleştirilmek istenmiştir. Probleme makul zamanda optimal sonuca yakın sonuçlar elde edilmesini sağlayan sezgisel yöntemler çelişkilerin arttığı noktada tercih edilmektedir. Redjem ve Marcon (2016) problemlerinde bu çözüm zorluklarına dikkat çekmişler ve ele aldıkları problem için sezgisel algoritma önermişlerdir. Modelde hasta bakıcı başına düşen bakım faaliyetlerinin sayısı ile geçici bağımlılık oranları arasındaki bağlantıyı kanıtlamışlardır. Literatürde evde sağlık hizmeti ile ilgili yer alan çalışmalar çözüm yöntemlerine göre Tablo 1’de tasnif edilmiştir.

Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde çoğunlukta optimal yöntemlerin kullanıldığı gözlemlenmiştir. Sonrasında sezgisel, metasezgisel, optimal-metasezgisel çalışmalar sırasıyla yer almaktadır. Literatürde sıklıkla kullanılan kısıtlar Tablo 2’de gösterildiği gibidir. Kısıtların hangi çalışmalarda kullanıldığı ise Tablo 3’te detaylı bir şekilde verilmiştir.

Tablo 1 Literatürdeki çalışmaların çözüm yöntemleri

Yazar(lar)	Yıl	Çözüm Yöntemi	Yazar(lar)	Yıl	Çözüm Yöntemi
Fernandez vd.	1974	Tahmin	Liu vd.	2013	Sezgisel
Begur vd.	1997	Sezgisel	Mutingi Mbohwa &	2014	Metasezgisel
De Angelis	1998	Optimal	Bard vd.	2014	Optimal
Hindle vd.	2000	Sezgisel	Carello & Lanzarone	2014	Optimal
Bertels ve Fahle	2006	Metasezgisel	Mankowska vd.	2014	Optimal / Metasezgisel
Eveborn vd.	2006	Sezgisel	Mutingi Mbohwa &	2014	Metasezgisel
Akçiratıkarl vd.	2007	Metasezgisel (PSO)	Liu vd.	2014	Optimal
Ikegami & Uno	2007	Optimal	Trautsmawieser ve Hirsch	2014	Optimal
Bredström & Rönqvist	2008	Optimal / Metasezgisel	Lanzarone & Matta	2014	Optimal
Bachouch vd.	2009	Optimal	Hiermann vd.	2015	Optimal
Bräysy vd.	2009	Optimal	Duque vd.	2015	Optimal
Dohn vd.	2009	Optimal	Wirnitzer vd.	2015	Optimal
Hertz & Lahrichi	2009	Optimal / Metasezgisel (Tabu Arama)	Fikar & Hirsch	2015	Metasezgisel
Bennett & Erera	2011	Sezgisel	Bowers vd.	2015	Sezgisel / Benzetim
Trautsmawieser & Hirsch	2011	Optimal / Metasezgisel	Cappanera & Scutellá	2015	Optimal
Trautsmawieser vd.	2011	Optimal	Maya Duque vd.	2015	Metasezgisel
Rasmussen vd.	2012	Optimal	Rodriguez vd.	2015	Optimal
Koeleman vd.	2012	Metasezgisel	Mısır vd.	2015	Sezgisel
Barrera vd.	2012	Optimal / Metasezgisel	Yuan vd.	2015	Optimal
Rendl vd.	2012	Optimal	Issaoui vd.	2015	Optimal
Nickel vd.	2012	Metasezgisel	Braekers vd.	2016	Optimal
Shao vd.	2012	Optimal / Metasezgisel (GRASP)	Hewitt vd.	2016	ConRTR algoritması
Allaoua vd.	2013	Metasezgisel	Yalçındag vd.	2016	Optimal / Metasezgisel (GA)
Bard vd.	2013	Optimal	Redjem Marcon &	2016	Sezgisel
Bennett-Milburn & Spicer	2013	Metasezgisel	Rest & Hirsch	2016	Metasezgisel (Tabu Arama)
Cappanera & Scutellá	2013	Optimal	Liu vd.	2017	Optimal

PSO: Parçacık Sürüsü Optimizasyonu; GA: Genetik Algoritma

Tablo 2 Literatürde en çok kullanılan kısıtlar

Kısıt	Kısıt No	Kısıt Açıklama	Kısıt	Kısıt No	Kısıt Açıklama
HZP	1	Hastanın zaman penceresi	FM	7	Fazla mesai
BGZP	2	Bakım görevlisinin zaman penceresi	İD	8	İş gücü dengeleme
ÇZ	3	Çalışma zamanı	M	9	Mola
Y/B	4	Yeterlilik/Beceri	T	10	Tatiller
BS	5	Bakımın sürekliliği	B	11	Belirsizlik
Ö	6	Öncelikler	B	11	Belirsizlik

Tablo 3 Literatürde çalışmalarda kullanılan kısıtlar

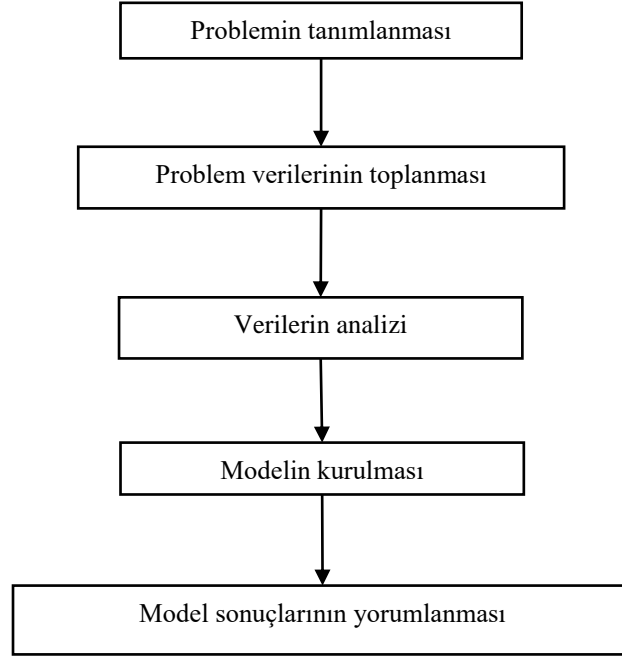
Yazar(lar)	Yıl	Kısıtlar											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Fernandez vd.	1974												X
Begur vd.	1997	X	X	X	X								
De Angelis	1998												
Hindle vd.	2000			X									
Bertels ve Fahle	2006	X	X	X	X								
Eveborn vd.	2006	X			X		X			X			
Akçiratıkarl vd.	2007	X		X									
Ikegami & Uno	2007		X			X							
Bredström & Rönnqvist	2008	X	X	X	X		X						X
Bachouch vd.	2009	X	X	X	X								
Bräysy vd.	2009	X		X									
Dohn vd.	2009	X	X		X								X
Hertz & Lahrachi	2009				X								
Bennett & Erera	2011	X	X	X									
Trautsmawieser & Hirsch	2011	X	X	X	X					X			
Trautsmawieser vd.	2011	X	X	X	X		X	X		X			X
Rasmussen vd.	2012	X	X		X								
Koeleman vd.	2012												
Barrera vd.	2012	X	X										
Rendl vd.	2012	X	X	X	X		X						

Tablo 3- Literatürde çalışmalarda kullanılan kısıtlar (Devamı)

Yazar(lar)	Yıl	Kısıtlar										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Nickel vd.	2012											
Shao vd.	2012	X	X		X					X		
Allaoua vd.	2013	X	X		X							
Bard vd.	2013		X	X			X			X	X	
Bennett-Milburn & Spicer	2013			X								
Cappanera & Scutellá	2013			X	X							
Liu vd.	2013	X	X									
Mutingi & Mbohwa	2014	X	X		X				X			
Bard vd.	2014		X	X			X			X	X	X
Carello & Lanzarone	2014			X	X	X						
Mankowska vd.	2014	X	X		X		X					
Mutingi & Mbohwa	2014	X	X		X							X
Liu vd.	2014	X				X						
Trautsmawieser & Hirsch	2014	X	X	X	X					X		
Lanzarone & Matta	2014			X	X							
Hiermann vd.	2015	X	X	X	X							X
Duque vd.	2015	X	X	X	X	X	X					
Wirnitzer vd.	2015											X
Fikar & Hirsch	2015	X	X	X	X					X		X
Bowers vd.	2015			X								
Cappanera & Scutellá	2015	X	X	X	X	X						
Maya Duque vd.	2015	X	X	X	X	X						
Rodriguez vd.	2015			X	X							X
Mısır vd.	2015	X	X	X	X							X
Yuan vd.	2015	X	X	X	X							
Issaoui vd.	2015	X		X	X							
Braekers vd.	2016	X	X	X	X		X	X	X			
Hewitt vd.	2016	X	X			X						
Yalçındag vd.	2016			X					X			
Redjem & Marcon	2016	X	X				X					
Rest & Hirsch	2016	X	X	X	X					X		
Liu vd.	2017	X	X		X					X		

UYGULAMA

Uygulamada bir devlet hastanesinin evde bakım hizmetlerinde görevli ekiplerin rota planları oluşturulmuştur. Uygulama akış şeması Şekil 1’de gösterilmektedir.



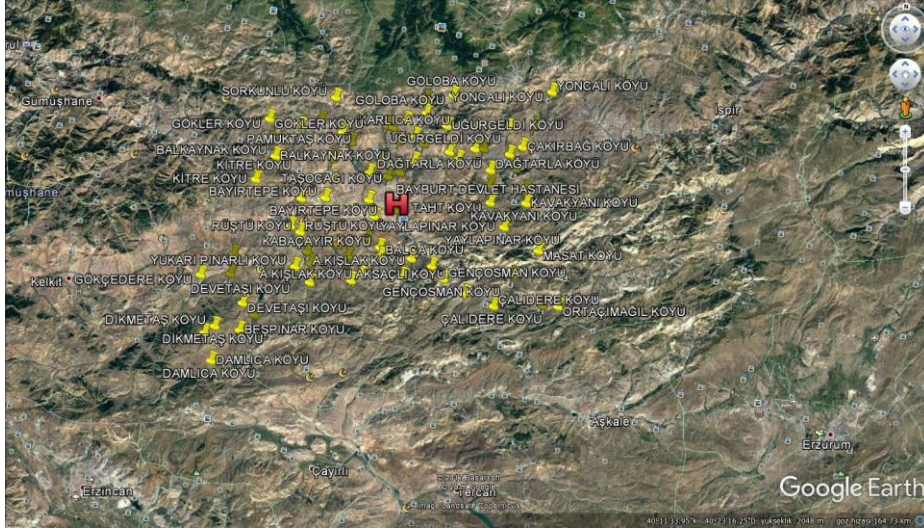
Şekil 1 Uygulama akış şeması

Problemin Tanımlanması

Evde bakım hizmeti Sağlık Bakanlığı tarafından hayata geçirilen “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” kapsamında 2011 yılı ocak ayı itibarıyla ülke genelinde uygulamaya geçirilmiştir. Uygulamada bir devlet hastanesi tarafından yürütülen evde bakım hizmeti veren personellerin izleyeceği rotanın bulunması araç rotalama problemi olarak ele alınmıştır. Birimde görevli 4 şoför, 6 hemşire, 4 sağlık memurunun hangi araçla hangi hastaya ne zaman gideceği belirlenmiştir.

Verilerin Toplaması

Devlet hastanesinde evde bakım hizmeti için tahsis edilmiş 2 ambulans ve 2 evde bakım hizmeti aracı bulunmaktadır. Her araçta 1 şoför, 1 hemşire ve 1 sağlık memuru bulunmaktadır. İlde evde bakım hizmeti almakta olan 156’sı köy ve beldelerde, 277’si şehir merkezinde olmak üzere toplamda 433 hasta bulunmaktadır. Çalışma kapsamında haftalık ziyaret edilmesi gereken ve köylerde yaşayan 94 hastanın bulunduğu bir bölgede rotalama yapılmıştır. Bölgedeki 94 hasta 40 köyde ikamet etmektedir. Bölgenin haritası Şekil 2’de gösterilmektedir.



Şekil 2. Köyler ve hastanenin haritadaki görünümü

Köylerin bulunduğu konumlar arası mesafeler ve konumlar arası süre Google Earth 7.1.8.3036 sürümü ile belirlenmiştir. Köylerdeki hasta sayıları Tablo 4’te gösterilmektedir. Belirlenen 40 köy 2’den 41’e kadar numaralandırılmıştır. 1 numaralı nokta hastane olarak belirlenmiştir.

Tablo 4. Köylerdeki hasta sayıları

Köy	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Hasta sayısı	2	5	2	1	3	1	3	3	2	2	5	1	3	
Köy	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
Hasta sayısı	3	3	2	2	4	2	4	2	1	2	3	4	1	
Köy	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
Hasta sayısı	3	2	1	1	1	1	2	3	5	2	1	1	4	1

Ekipler bir köye gittiğinde o köydeki bütün hastaların tedavilerini gerçekleştirdiği için köydeki hastaların tedavi süreleri toplamı alınmıştır. Her köy için tedavi ve hazırlık süreleri toplamı Tablo 5’te verilmiştir.

Tablo 5. Köylerdeki hastaların toplam tedavi süreleri

Konum	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Tedavi Süresi (dk)	54	155	58	31	81	30	84	93	58	52	145	27	90	
Konum	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
Tedavi Süresi (dk)	93	90	50	60	108	56	96	52	24	46	90	92	29	
Konum	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
Tedavi Süresi (dk)	75	48	30	25	24	26	52	87	125	60	31	31	108	23

Varsayımların Belirlenmesi

Problemin varsayımları şunlardır;

Hastaların tedavi sürelerinin 18-26 dakika arasında normal dağıldığı varsayılmıştır.

Her hasta için tedavi hazırlık süresinin 5 dakika olduğu varsayılmıştır.

Konumlar arası seyahat süresi Google Maps API geçmiş veri tahmin yöntemine göre belirlenmiştir.

İki konum arası gidiş ve dönüşlerin eşit mesafe olduğu varsayılmıştır.

Her ekibin her hastayı tedavi edebileceği varsayılmıştır.

Her aracın her hastayı ziyaret edebileceği varsayılmıştır.

Her ekibin 480 dakika çalıştığı ve mola vermediği varsayılmıştır.

Notasyon ve Parametreler

N =bütün düğümlerin kümesi	$N=\{0,1,\dots,N\}$
N_0 =hastaların bulunduğu düğümlerin kümesi	$N_0=\{1,\dots,N_0\}$
i,j,p =konum indisi	$i,j,p=1,2,\dots,N$
k =ekip indisi	$k=1,2,\dots,K$
m =gün indisi	$m=1,2,\dots,M$
d_{ij} = i. konum ile j. konum arası uzaklık	
z_{ij} = i. konumdan j. konuma gitmek için gerekli süre	
h_i = i. konumdaki hasta sayısı	
t_i = i. konumdaki hastaların hazırlık ve tedavi sürelerinin toplamı	

Karar Değişkenleri

u_i = i. konumdan sonra alt tur oluşmasını engelleyecek değer	$\forall i$
a_{km} = k. ekibin m. gün ziyaret ettiği hasta sayısı	$\forall k, m$
$X_{ijkm} = \begin{cases} 1, & \text{i. konumdan j. konuma k. ekip m. gün giderse} \\ 0, & \text{diğer durumda} \end{cases}$	$\forall i, j, k, m$

Matematiksel Model

Kısıtlar

Kısıt 1-2: Her bir konumun herhangi bir gün herhangi bir ekip tarafından ziyaret edilmesini sağlayan kısıtlar:

$$\sum_{i \neq j}^N \sum_{k=1}^K \sum_{m=1}^M X_{ijkm} = 1 \quad \forall j \quad (1)$$

$$\sum_{j \neq i}^N \sum_{k=1}^K \sum_{m=1}^M X_{ijkm} = 1 \quad \forall i \quad (2)$$

Kısıt 3-4: Her bir ekibin her gün hastaneden çıkış yapmasını ve tekrar hastaneye dönmesini sağlayan kısıtlar:

$$\sum_{j=1}^N X_{1jkm} = 1 \quad \forall k, m \quad (3)$$

$$\sum_{j=1}^N X_{i1km} = 1 \quad \forall k, m \quad (4)$$

Kısıt 5-6: Her bir ekibin hafta boyunca ziyaret ettiği toplam hasta sayılarını dengeleyen kısıtlar:

$$\sum_{i=1}^N \sum_{j=1}^M \sum_{m=1}^M X_{ijkm} = a_k \quad \forall k \quad (5)$$

$$a_k - a_{k+1} \leq 3 \quad \forall k \quad (6)$$

Kısıt 7: Çalışanların mesai kısıtı

$$\sum_{i=1}^N \sum_{j=1}^N (z_{ij} + t_i) * X_{ijkm} \leq 480 \quad \forall k, m \quad (7)$$

Kısıt 8: Turun akış kısıtı:

$$\sum_{i=1}^N X_{ipkm} - \sum_{j=1}^N X_{pjkm} = 0 \quad \forall k, m, p \quad (8)$$

Kısıt 9: Alt tur önleme kısıtı:

$$u_i - u_j + N \sum_{m=1}^M \sum_{k=1}^M X_{ijkm} \leq N - 1 \quad i, j \in N_o \quad (9)$$

Amaç fonksiyonu

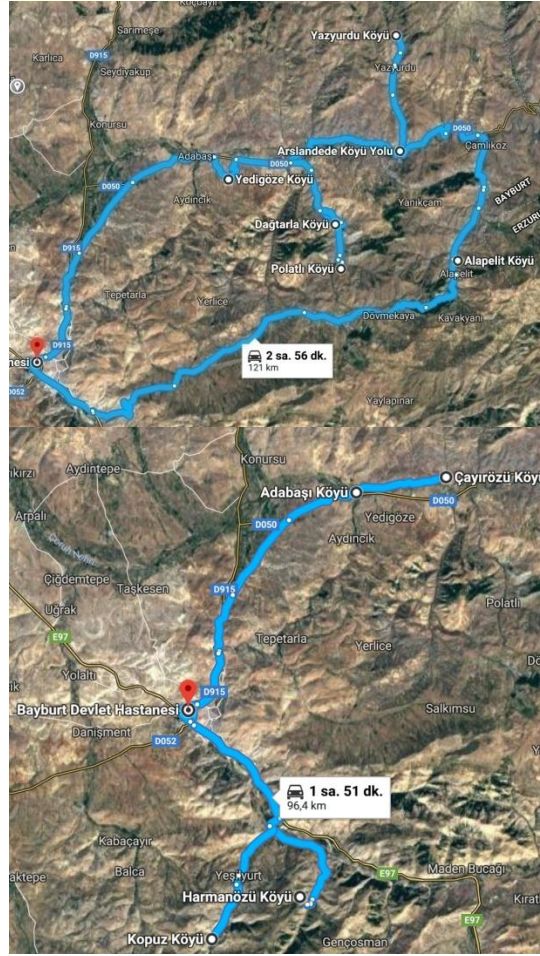
Çalışmanın amaç fonksiyonu toplam mesafelerin en azlanmasıdır. Problemin amaç fonksiyonu Eşitlik 10'da gösterilmektedir.

$$\sum_{i=1}^N \sum_{j=1}^N \sum_{k=1}^K \sum_{m=1}^M d_{ij} * X_{ijkm} \quad (10)$$

Model Sonucunun Yorumlanması

Uygulama sonucunda ekip 1'in ziyaret rotası Şekil 3'te gösterilmiştir. Şekilde 1. ve 2. gün için rotalar görülmektedir.

Atamalar sonucunda elde edilen genel sonuç Tablo 6'da gösterilmektedir. 1. gün ve 2. gün sırasıyla 11 ve 13 hastaya bakılmaktadır.

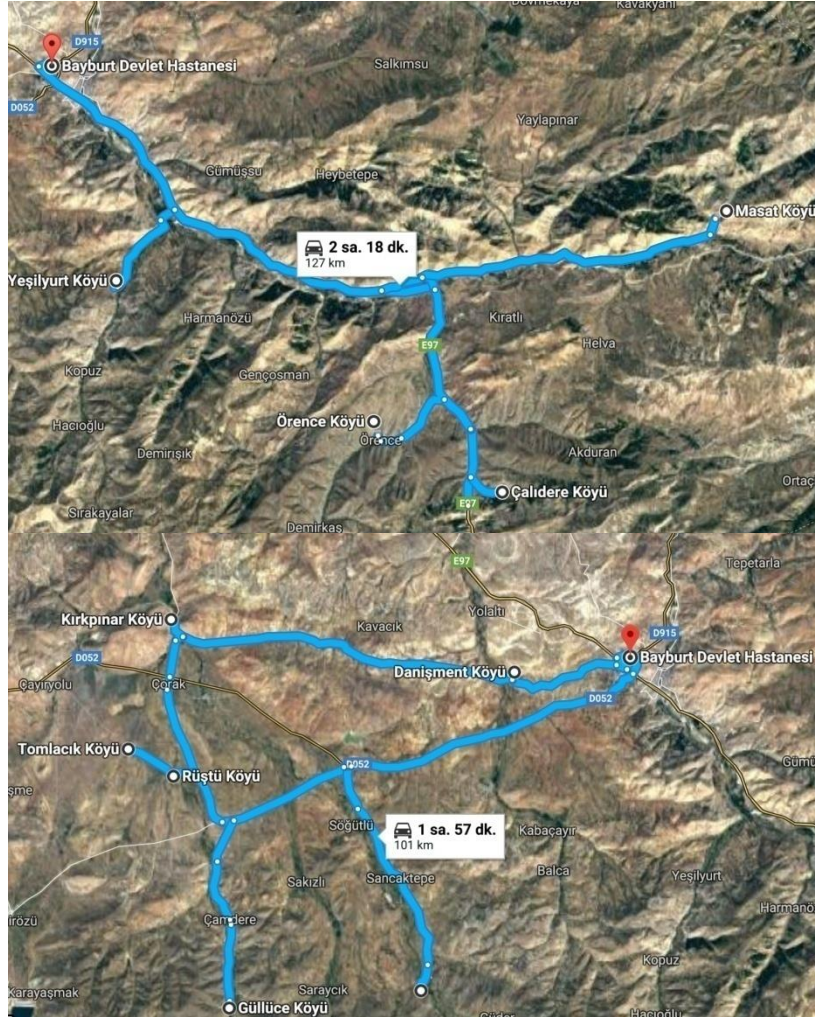


Şekil 3 Ekip 1'in rotası

Tablo 6 Ekip 1 için uygulama sonucu

EKİP-1	Toplam Hasta	Toplam (dk) seyahat süresi	Toplam (dk) tedavi süresi	Toplam Süre (dk)	Toplam Mesafe (km)
1.GÜN	11	174	306	480	121
2.GÜN	13	111	350	461	96,4

Ekip 2 için uygulama sonucunda elde edilen rota Şekil 4'te gösterildiği gibidir.



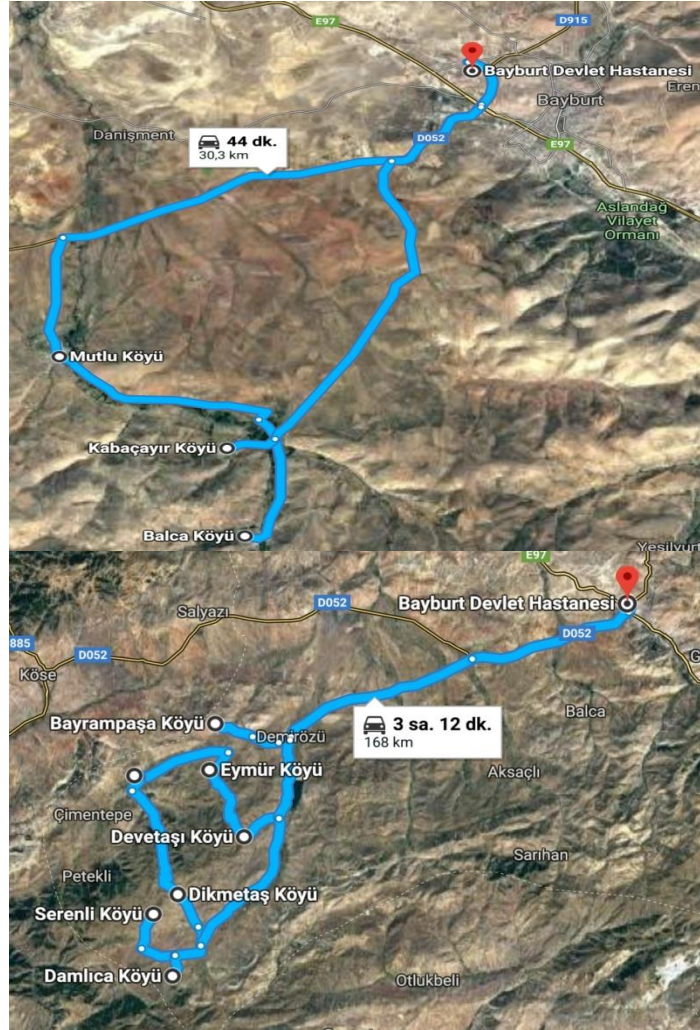
Şekil 4 Ekip 2'nin rotası

Ekip 2 için 2 günlük periyotta elde edilen veriler Tablo 7'de gösterildiği gibidir.

Tablo 7 Ekip 2'nin uygulama sonucu

EKİP-2	Toplam Hasta	Toplam (dk) seyahat süresi	Toplam (dk) tedavi süresi	Toplam Süre (dk)	Toplam Mesafe (km)
1.GÜN	13	117	362	479	101
2.GÜN	11	138	328	466	127

Ekip 3 için uygulama sonucunda elde edilen rota Şekil 5'te gösterildiği gibidir.



Şekil 5 Ekip 3 için uygulama sonucunda elde edilen rota

Uygulama sonucunda ekip 3'ün 1. ve 2. gün için elde edilen veriler Tablo 8'de gösterildiği gibidir. 1. gün 13 hastaya bakılırken 2. gün 9 hastaya bakılmasının sebebi seyahat ve tedavi sürelerindeki değişimdir.

Tablo 8 Ekip 3'ün uygulama sonucu

EKİP-3	Toplam Hasta	Toplam (dk) seyahat süresi	Toplam (dk) tedavi süresi	Toplam Süre (dk)	Toplam Mesafe (km)
1.GÜN	13	192	288	480	168
2.GÜN	9	86	243	329	30,3

Ekip 4 için uygulama sonucunda elde edilen rota Şekil 6'da gösterildiği gibidir.



Şekil 6 Ekip 4 için uygulama sonucundaki rota

Uygulama sonucunda elde edilen veriler Tablo 9'da gösterildiği gibidir.

Tablo 9 Ekip 4'ün uygulama sonucu

EKİP-4	Toplam Hasta	Toplam (dk) seyahat süresi	Toplam (dk) tedavi süresi	Toplam Süre (dk)	Toplam Mesafe (km)
1.GÜN	11	62	316	378	53,1
2.GÜN	13	109	329	438	80,4

Ekiplerin 2 günlük periyod için genel sonuçları Tablo 10’da gösterildiği gibidir. Uygulama sonucuna bakıldığında hastaların ekiplere dağılımının eşit olduğu gözlemlenmiştir. Mesai süreleri incelendiğinde 6.7 ve 7.8 arasında değiştiği görülmektedir. Bu durum kısıtlarımızın sağlandığını göstermektedir.

Tablo 10 Uygulama sonucu

	EKİP	Toplam hasta	Toplam (dk) seyahat süresi	Toplam (dk) tedavi süresi	Toplam Süre (dk)	Toplam Mesafe (km)
1. VE 2. GÜN	EKİP-1	24	285	656	941	217,4
	EKİP-2	24	255	690	945	228
	EKİP-3	22	278	531	809	198,3
	EKİP-4	24	171	645	816	133,5
	Toplam	94	989	2522	3511	777,2

SONUÇ

Ülke nüfusumuz giderek yaşlanmaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmetinin önemi gün geçtikçe artmıştır. Sağlıkta son yıllarda yaşanan gelişmeler sağlık hizmetlerinde alternatifler oluşturmuştur. Hastalara sunulan hizmet standartları artmıştır. Bu çalışmada bir devlet hastanesi evde sağlık hizmetleri için araç rotalama problemi ele alınmıştır. Problemin çözümünde 0-1 tamsayılı programlama yöntemi kullanılmıştır. Çalışma sonucunda birimde görevli 4 ekibin hangi gün hangi sırayla hangi hastaları ziyaret edeceği belirlenmiştir. Bu sayede hastalara daha kısa sürede ulaşılmış ve personellerin güzergahları daha doğru planlandığı için zaman ve maliyet tasarrufu sağlanmıştır. İleride yapılacak çalışmalarda; Sağlık Bakanlığı evde bakım hizmeti yönergesine göre planlama yapılabilir. Personellerin ücretleri çalışmaya dahil edilebilir. Kullanılacak ekipmanlar planlama kapsamına alınabilir. Personellerin mola ve yemek sürelerini içeren planlama yapılabilir. Personellerin yetkinlikleri dikkate alınarak planlama yapılabilir. Aynı zamanda hastaların durumuna göre ziyarette kullanılacak araç tipi modele eklenebilir.

KAYNAKÇA

Akçiratikarlı, C., Yenradee, P., & Drake, P. R. (2007). PSO-based algorithm for home care worker scheduling in the UK. Computers & Industrial Engineering, 53(4), 559-583.

Allaoua, H., Borne, S., Létocart, L., & Calvo, R. W. (2013). A matheuristic approach for solving a home health care problem. Electronic Notes in Discrete Mathematics, 41, 471-478.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Altunay, H.& Eren, T. (2016). Ders Programı Çizelgeleme Problemi için 0-1 Tamsayı Programlama Modeli ve Bir Örnek Uygulama. *Uludağ University Journal of The Faculty of Engineering*, 21 (2), 473-488.

Al A.& Eren T. (2012). Tamsayı programlama modeli ile ders çizelgeleme problemi: Bir örnek uygulama”, *Kırıkkale Üniversitesi Bilimde Gelişmeler Dergisi*, 1 (2), 47-55.

Bachouch, R. B., Guinet, A., & Hajri-Gabouj, S. (2011). A Decision-Making Tool for Home Health Care Nurses' Planning. Paper presented at the Supply Chain Forum: an International Journal.

Bard, J. F., Shao, Y., & Jarrah, A. I. (2014). A sequential GRASP for the therapist routing and scheduling problem. *Journal of Scheduling*, 17(2), 109-133.

Bard, J. F., Shao, Y., & Wang, H. (2013). Weekly scheduling models for traveling therapists. *Socio-Economic Planning Sciences*, 47(3), 191-204.

Barrera, D., Velasco, N., & Amaya, C. A. (2012). A network-based approach to the multi-activity combined timetabling and crew scheduling problem: Workforce scheduling for public health policy implementation. *Computers & Industrial Engineering*, 63(4), 802-812.

Begur, S. V., Miller, D. M., & Weaver, J. R. (1997). An integrated spatial DSS for scheduling and routing home-health-care nurses. *Interfaces*, 27(4), 35-48.

Bennett, A. R., & Erera, A. L. (2011). Dynamic periodic fixed appointment scheduling for home health. *IIE Transactions on Healthcare Systems Engineering*, 1(1), 6-19.

Bertels, S., & Fahle, T. (2006). A hybrid setup for a hybrid scenario: combining heuristics for the home health care problem. *Computers & Operations Research*, 33(10), 2866-2890.

Bowers, J., Cheyne, H., Mould, G., & Page, M. (2015). Continuity of care in community midwifery. *Health care management science*, 18(2), 195-204.

Braekers, K., Hartl, R. F., Parragh, S. N., & Tricoire, F. (2016). A bi-objective home care scheduling problem: Analyzing the trade-off between costs and client inconvenience. *European Journal of Operational Research*, 248(2), 428-443.

Bräysy, O., Dullaert, W., & Nakari, P. (2009). The potential of optimization in communal routing problems: case studies from Finland. *Journal of transport geography*, 17(6), 484-490.

Bredström, D., & Rönnqvist, M. (2008). Combined vehicle routing and scheduling with temporal precedence and synchronization constraints. *European Journal of Operational Research*, 191(1), 19-31.

Cappanera, P., & Scutellà, M. G. (2013). Home Care optimization: impact of pattern generation policies on scheduling and routing decisions. *Electronic Notes in Discrete Mathematics*, 41, 53-60.

Cappanera, P., & Scutellà, M. G. (2014). Joint assignment, scheduling, and routing models to home care optimization: a pattern-based approach. *Transportation Science*, 49(4), 830-852.

De Bruecker, P., Beliën, J., Van den Bergh, J., & Demeulemeester, E. (2018). A three-stage mixed integer programming approach for optimizing the skill mix and training schedules for aircraft maintenance. *European Journal of Operational Research*, 267(2), 439-452.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

De Kruijff, J. T., Hurkens, C. A., & de Kok, T. G. (2018). Integer programming models for mid-term production planning for high-tech low-volume supply chains. *European Journal of Operational Research*, 269(3), 984-997.

De Angelis, V. (1998). Planning home assistance for AIDS patients in the city of Rome, Italy. *Interfaces*, 28(3), 75-83.

Dohn, A., Kolind, E., & Clausen, J. (2009). The manpower allocation problem with time windows and job-teaming constraints: A branch-and-price approach. *Computers & Operations Research*, 36(4), 1145-1157.

Duque, P. M., Castro, M., Sørensen, K., & Goos, P. (2015). Home care service planning. The case of Landelijke Thuiszorg. *European Journal of Operational Research*, 243(1), 292-301.

Durmuş, B. (2018). Tamsayılı Programlamada Klasik Ve Greedy Sezgisel Algoritma Sonuçlarının Karşılaştırılması. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

Eveborn, P., Flisberg, P., & Rönnqvist, M. (2006). Laps Care—an operational system for staff planning of home care. *European Journal of Operational Research*, 171(3), 962-976.

Fernandez, A., Gregory, G., Hindle, A., & Lee, A. (1974). A model for community nursing in a rural county. *Operational Research Quarterly*, 231-239.

Fikar, C., & Hirsch, P. (2015). A matheuristic for routing real-world home service transport systems facilitating walking. *Journal of Cleaner Production*, 105, 300-310.

Hertz, A., & Lahrichi, N. (2009). A patient assignment algorithm for home care services. *Journal of the Operational Research Society*, 60(4), 481-495.

Hewitt, M., Nowak, M., & Nataraj, N. (2016). Planning Strategies for Home Health Care Delivery. *Asia-Pacific Journal of Operational Research*, 33(05), 1650041.

Hiermann, G., Prandtstetter, M., Rendl, A., Puchinger, J., & Raidl, G. R. (2015). Metaheuristics for solving a multimodal home-healthcare scheduling problem. *Central European Journal of Operations Research*, 23(1), 89-113.

Hindle, T., Hindle, A., & Spollen, M. (2000). Resource allocation modelling for home-based health and social care services in areas having differential population density levels: a case study in Northern Ireland. *Health services management research*, 13(3), 164-169.

Ikegami, A., & Uno, A. (2007). Bounds For Staff Size In Home Help Staff Scheduling (< Special Issue> the 50th Anniversary of the Operations Research Society of Japan). *Journal of the Operations Research Society of Japan*, 50(4), 563-575.

Issaoui, B., Zidi, I., Marcon, E., & Ghedira, K. (2015). New multi-objective approach for the home care service problem based on scheduling algorithms and variable neighborhood descent. *Electronic Notes in Discrete Mathematics*, 47, 181-188.

Koeleman, P. M., Bhulai, S., & van Meersbergen, M. (2012). Optimal patient and personnel scheduling policies for care-at-home service facilities. *European Journal of Operational Research*, 219(3), 557-563.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

- Lara, C. L., Mallapragada, D. S., Papageorgiou, D. J., Venkatesh, A., & Grossmann, I. E. (2018). Deterministic electric power infrastructure planning: Mixed-integer programming model and nested decomposition algorithm. *European Journal of Operational Research*, 271(3), 1037-1054.
- Liu, R., Yuan, B., & Jiang, Z. (2017). Mathematical model and exact algorithm for the home care worker scheduling and routing problem with lunch break requirements. *International Journal of Production Research*, 55(2), 558-575.
- Milburn, A. B., & Spicer, J. (2013). Multi-objective home health nurse routing with remote monitoring devices. *International Journal of Planning and Scheduling*, 1(4), 242-263.
- Mısır, M., Smet, P., & Berghe, G. V. (2015). An analysis of generalised heuristics for vehicle routing and personnel rostering problems. *Journal of the Operational Research Society*, 66(5), 858-870.
- Mutingi, M., & Mbohwa, C. (2014). Multi-objective homecare worker scheduling: A fuzzy simulated evolution algorithm approach. *IIE Transactions on Healthcare Systems Engineering*, 4(4), 209-216.
- Nickel, S., Schröder, M., & Steeg, J. (2012). Mid-term and short-term planning support for home health care services. *European Journal of Operational Research*, 219(3), 574-587.
- Özer, Ö., & Şantaş, F. (2012). Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 96-103.
- Patir, S. (2009). Tam Sayılı Programlama Ve Malatya Maksan Transformator İşletmesinde Bir Uygulama. *Ataturk University Journal of Economics & Administrative Sciences*, 23(1), 193-206.
- Pour, S. M., Drake, J. H., Ejlertsen, L. S., Rasmussen, K. M., & Burke, E. K. (2018). A hybrid Constraint Programming/Mixed Integer Programming framework for the preventive signaling maintenance crew scheduling problem. *European Journal of Operational Research*, 269(1), 341-352.
- Rasmussen, M. S., Justesen, T., Dohn, A., & Larsen, J. (2012). The home care crew scheduling problem: Preference-based visit clustering and temporal dependencies. *European Journal of Operational Research*, 219(3), 598-610.
- Redjem, R., & Marcon, E. (2016). Operations management in the home care services: a heuristic for the caregivers' routing problem. *Flexible Services and Manufacturing Journal*, 28(1-2), 280-303.
- Rendl, A., Prandtstetter, M., Hiermann, G., Puchinger, J., & Raidl, G. R. (2012). Hybrid Heuristics for Multimodal Homecare Scheduling. Paper presented at the CPAIOR.
- Rest, K.-D., & Hirsch, P. (2016). Daily scheduling of home health care services using time-dependent public transport. *Flexible Services and Manufacturing Journal*, 28(3), 495-525.
- Rodriguez, C., Garaix, T., Xie, X., & Augusto, V. (2015). Staff dimensioning in homecare services with uncertain demands. *International Journal of Production Research*, 53(24), 7396-7410.
- Santos, H. G., Toffolo, T. A., Gomes, R. A., & Ribas, S. (2016). Integer programming techniques for the nurse rostering problem. *Annals of Operations Research*, 239(1), 225-251.
- Shao, Y., Bard, J. F., & Jarrah, A. I. (2012). The therapist routing and scheduling problem. *Iie Transactions*, 44(10), 868-893.
- Schrijver, A. (1998). *Theory of linear and integer programming*. John Wiley & Sons.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 4 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2018 ISSN -2149-6161

Trautsamwieser, A., Gronalt, M., & Hirsch, P. (2011). Securing home health care in times of natural disasters. *OR spectrum*, 33(3), 787-813.

Trautsamwieser, A., & Hirsch, P. (2011). Optimization of daily scheduling for home health care services. *Journal of Applied Operational Research*, 3(3), 124-136.

Wirmitzer, J., Heckmann, I., Meyer, A., & Nickel, S. (2016). Patient-based nurse rostering in home care. *Operations Research for Health Care*, 8, 91-102.

Yalçındağ, S., Matta, A., Şahin, E., & Shanthikumar, J. G. (2016). The patient assignment problem in home health care: using a data-driven method to estimate the travel times of care givers. *Flexible Services and Manufacturing Journal*, 28(1-2), 304-335.

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

Yorgancı C.&Eren T. (2013). Tek makineli çizelgelemede takım değişikliği durumunda maksimum gecikme minimizasyonu: Tamsayı programlama modeli. *International Journal of Engineering Research and Development* 5 (1).

Yuan, B., Liu, R., & Jiang, Z. (2015). A branch-and-price algorithm for the home health care scheduling and routing problem with stochastic service times and skill requirements. *International Journal of Production Research*, 53(24), 7450-7464.