



HACETTEPE SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume 22

Sayı/Number 1

Yıl/Year 2019

Sağlık İşletmelerinde Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yönteminin Uygulanmasını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Cuma FİDAN, Sema AKPINAR

Ameliyathane Malzeme Yönetim Sisteminin Süreç Yönetimi Tekniği İle Değerlendirilmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği

Onur ÖZVERİ, Muhammet DAMAR, Alkan DURMUŞ

Özel Bir Hastanede Liderlik Stillерinin ve Çalışan Performansının İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma

Metin GELMEZ, Ebru AKÇA ÜRTÜRK

İİ Düzeyinde Görev Yapan Kamu Sağlık Yöneticilerinin Karar Verme Stilleri ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması

Nürşen ŞEN, Hacer ÖZGEN NARCI, Gülhan KALMUK

Sağlık İşletmelerinde Birim Maliyetleme: Bir Özel Hastane Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi Uygulaması

Cenk TEKER, Doğançan ÇAVMAK, Bilal YILDIRIM, Hakan AVCI

Medikal Turizm Alanında Faaliyet Gösteren Hastanelerdeki Mevcut Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Semra ALTSOY, İlknur TAŞTAN BOZ

Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma

Mustafa Said YILDIZ

Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışının İncelenmesi: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma

Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN, Gözde YEŞİLAYDIN, Ayça KARAHAN

Sağlık Kurumları, Paydaşları ile İletişimde Twitter’i Nasıl Kullanıyor?

Mahmut AKBOLAT, Mustafa AMARAT, Neslihan OTYILDIZ

Hekimlerde Tıbbi Hata Suçlamalarına Karşı Savunmacı Tıp Davranışları

Cuma SUNGUR

Türkiye’de Sağlık Alanında Veri Zarflama Analizi Yöntemi Kullanılarak Yapılan Makalelerin İncelenmesi

Sinem MUT, Gamze KUTLU, Meryem TURGUT

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp: Türkiye ve Seçilen Ülkelerinin İncelenmesi

İsmail BİÇER, Pınar YALÇIN BALÇIK

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ İKTİSADİ VE İDARİ BİLİMLER FAKÜLTESİ
SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜ**



HACETTEPE
SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume: 22

Sayı/Number: 1

2019

e-ISSN 2148-9041

Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi
Hacettepe Journal of Health Administration

Cilt: 22 Sayı: 1 Yıl: 2019

Derginin Sahibi/Publisher

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

Yayın Kurulu Başkanı/Editor

Gülsün ERİĞÜÇ

Yayın Kurulu Bşk. Yardımcısı/ Associate Editor

Pınar YALÇIN BALÇIK

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü/ Editorial Manager

Gamze BAYIN DONAR

Yayın Kurulu/Editorial Board

Sıdıka KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Gülsün ERİĞÜÇ	Hacettepe Üniversitesi
Mehmet TOP	Hacettepe Üniversitesi
Özgür UĞURLUOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Oğuz IŞIK	Hacettepe Üniversitesi
Ersen ALOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Pınar YALÇIN BALÇIK	Hacettepe Üniversitesi
Seda AYDAN	Hacettepe Üniversitesi

Dergi Tasarım

Nazan KARTAL
Murat KONCA
Birol YETİM
Gülnur HARMANCI İLGÜN

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

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

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

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

<i>Yayın Türü:</i>	Ulusal (Yerel) Akademik Dergi, Yılda 4 Sayı (Mart, Haziran, Eylül, Aralık)
<i>Yayının Yönetim Yeri:</i>	Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü 06800 Çankaya/Ankara, Tel No: 2976356-57-58
<i>Yayın Tarihi</i>	14.03.2019

Danışma Kurulu / Advisory Board

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

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

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

İÇİNDEKİLER

Araştırma

Sağlık İşletmelerinde Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yönteminin Uygulanmasını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi Determining of The Factors Influencing The Application of Activity Based Costing Method in Healthcare Enterprises.....	1-18
<i>Cuma FİDAN, Sema AKPINAR</i>	

Ameliyathane Malzeme Yönetim Sisteminin Süreç Yönetimi Tekniği İle Değerlendirilmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği Evaluation of Operating Room Material Management System with Process Management Technique: A Case Study of a University Hospital.....	19-50
<i>Onur ÖZVERİ, Muhammet DAMAR, Alkan DURMUŞ</i>	

Özel Bir Hastanede Liderlik Stilllerinin ve Çalışan Performansının İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma A Study To Examine Leadership Styles and Employees Performance In A Private Hospital.....	51-72
<i>Metin GELMEZ, Ebru AKÇA ÜRTÜRK</i>	

İl Düzeyinde Görev Yapan Kamu Sağlık Yöneticilerinin Karar Verme Stilleri ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması An Investigation of Decision-Making Styles and Associated Factors by Provincial Healthcare Managers in The Public Sector.....	73-96
<i>Nürşen ŞEN, Hacer ÖZGEN NARCI, Gülhan KALMUK</i>	

Sağlık İşletmelerinde Birim Maliyetleme: Bir Özel Hastane Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi Uygulaması Unit Costing in Healthcare: Case of a Private Hospital Intensive Care Unit.....	97-112
<i>Cenk TEKER, Doğançan ÇAVMAK, Bilal YILDIRIM, Hakan AVCI</i>	

Medikal Turizm Alanında Faaliyet Gösteren Hastanelerdeki Mevcut Sorunlar ve Çözüm Önerileri Available Problems in Hospitals Operating in The Field of Medical Tourism and Suggested Solutions.....	113-134
<i>Semra ALTSOY, İlknur TAŞTAN BOZ</i>	

Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma Violence Against Healthcare Professionals in Turkey: A Research in Ankara.....	135-156
<i>Mustafa Said YILDIZ</i>	

Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışının İncelenmesi: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma Investigation of Organizational Commitment and Organizational Citizenship Behaviour: A Research on Health Care.....	157-180
<i>Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN, Gözde YEŞİLAYDIN, Ayça KARAHAN</i>	

Sağlık Kurumları, Paydaşları ile İletişimde Twitter’i Nasıl Kullanıyor? How Health Institutions Use Twitter in Communication with Stakeholders?.....	181-190
<i>Mahmut AKBOLAT, Mustafa AMARAT, Neslihan OTYILDIZ</i>	

Derleme

Hekimlerde Tıbbi Hata Suçlamalarına Karşı Savunmacı Tıp Davranışları Defensive Medicine Behaviors Versus Medical Error Offenses in Physicians.....	191-206
<i>Cuma SUNGUR</i>	

Türkiye’de Sağlık Alanında Veri Zarflama Analizi Yöntemi Kullanılarak Yapılan Makalelerin İncelenmesi An Examination of The Articles Performed in The Health Field in Turkey by Using The Data Envelopment Analysis Method.....	207-244
<i>Sinem MUT, Gamze KUTLU, Meryem TURGUT</i>	

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp: Türkiye ve Seçilen Ülkelerinin İncelenmesi Traditional and Complementary Medicine: Investigation of Turkey and The Selected Countries.....	245-257
<i>İsmail BİÇER, Pınar YALÇIN BALÇIK</i>	

ARAŞTIRMA MAKALESİ

**SAĞLIK İŞLETMELERİNDE FAALİYET TABANLI
MALİYETLEME YÖNTEMİNİN UYGULANMASINI
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ***

Cuma FİDAN**
Sema AKPINAR***

ÖZ

Bu çalışmada, Türkiye’de faaliyet tabanlı maliyetleme (FTM) yönteminin sağlık işletmelerinde uygulanmasını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma tanımlayıcı durum çalışması deseninde nitel bir araştırma kapsamında gerçekleştirilmiştir. Araştırmada verilerin toplanmasında doküman incelemesi ve yarı yapılandırılmış mülakat yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada birden fazla veri toplama tekniğinin bir arada kullanılması ve bu yöntemlerden elde edilen verilerin güvenilirliği artırılmıştır. Türkiye’de FTM yöntemine yönelik ulaşılan akademik çalışmalar (47 araştırma makalesi, 48 yüksek lisans ve 18 doktora tez çalışması olmak üzere 113 araştırma) ve katılımcılar ile yapılan mülakatlara ait 26 adet yarı yapılandırılmış formdan elde edilen veriler çalışma kapsamına alınmıştır. Veriler içerik analizi ile analiz edilmiştir. Araştırmada elde edilen bulgulara göre, FTM yönteminin sağlık işletmelerinde uygulanmasını etkileyen faktörler; maliyet muhasebesi sisteminin olmaması veya yetersiz olması, sağlık işletmelerinin karmaşık yapıda sistemler olması, personelin muhasebe alanındaki bilgilerinin yetersiz olması, sağlık işletmelerinin veri paylaşımı konusunda endişelerinin olması, veri temininin zor olması, sağlık işletmelerinin ihtiyaç duyulan verileri paylaşmayı kabul etmemesi veya bir kısmını kabul etmesi, araştırma izninin alınamaması veya izin alma sürecinin uzun olması, maliyet çalışmalarının zaman ve maliyet gerektirmesi ve hizmet maliyetlerinin hesaplanmasının güç olması’dır. Analiz sonucunda, Türkiye’de FTM yönteminin sağlık kurumlarında uygulanmasını etkileyen faktörlerin çoğunluk ile maliyet muhasebesi sisteminin olmadığı veya yetersiz olduğu (% 21,70), sağlık işletmelerinin karmaşık yapıda sistemler olduğu (% 18,87) ve personelin muhasebe alanındaki bilgilerinin yetersiz olduğu (% 13,21) sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Faaliyet Tabanlı Maliyetleme, Sağlık İşletmeleri, Tanımlayıcı Durum Çalışması, İçerik Analizi, Yarı Yapılandırılmış Mülakat Yöntemi.

MAKALE HAKKINDA

*Bu çalışma, Cuma FİDAN’ın Dr. Öğr. Üyesi Sema AKPINAR’ın danışmanlığında hazırladığı “Sağlık İşletmelerinde Maliyet Yöntemlerinin Uygulanmasına Türk Akademisyenlerin Bakışı: Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemi Üzerine Bir Araştırma” başlıklı yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

** Arş. Gör., Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Yönetimi Bölümü, cmfdn91@gmail.com;

 <https://orcid.org/0000-0002-8581-5940>

*** Dr. Öğr. Üyesi, Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, semaulku@sakarya.edu.tr,

 <https://orcid.org/0000-0003-0797-1486>

Gönderim Tarihi: 30.01.2018

Kabul Tarihi: 24.01.2019

Atıfta Bulunmak İçin:

Fidan, C., Akpınar, S. (2019). Sağlık İşletmelerinde Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yönteminin Uygulanmasını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(1): 1-18.

DETERMINING OF THE FACTORS INFLUENCING THE APPLICATION OF ACTIVITY BASED COSTING METHOD IN HEALTHCARE ENTERPRISES*

Cuma FİDAN**
Sema AKPINAR***

ABSTRACT


In this study, it is aimed at determining the factors which affect application of costing methods in Healthcare Enterprises (ABC) in Turkey. The study was carried out with the illustrative case study pattern within the scope of a qualitative research. Document review and semi-structured interview method were used to collect data in the study. Use of more than one data collection technique and reliability of data obtained from these methods were increased in study. Academic studies for ABC method in Turkey (47 research papers, 48 master's thesis and 18 Ph.D. thesis studies) and data obtained from 26 semi-structured forms pertaining to interviews had with participants were included in study. Data were analysed with content analysis. According to the findings obtained in study, the factors influencing the application of ABC method in healthcare enterprises are as follows; lack and insufficiency of cost accounting system, complex structured systems of healthcare enterprises, lack of accounting information of personnel, concerns of health enterprises about data sharing, difficulty in data supply, acceptance or partial acceptance of sharing of needed data by healthcare enterprises, inability to obtain research survey permit or the lengthiness of process to take a permit, the cost and time requirements of cost studies and difficulty in the calculation of service costs. As a result of the analysis, it was concluded that the factors influencing the implementation of ABC method in healthcare institutions in Turkey were mostly nonexistence or insufficiency of cost accounting system (21,70%), complex structured systems of healthcare enterprises (18,87%) and lack of accounting information of personnel (13,21%).

Keywords: Activity Based Costing, Healthcare Enterprises, Illustrative Case Study, Content Analysis, Semi-Structured Interview Method.

ARTICLE INFO

* This study was prepared from the master's thesis named "Determining of The Factors Influencing The Application of Activity Based Costing Method In Healthcare Enterprises" which was prepared by Cuma FİDAN with his supervisor Assist. Prof. Dr. Sema AKPINAR.

** Muş Alparslan University, cmfdn91@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-8581-5940>

*** Sakarya University, semaulku@sakarya.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-0797-1486>

Received: 30.01.2018

Accepted: 24.01.2019

Cite This Paper:

Fidan, C., Akpınar, S. (2019). Sağlık İşletmelerinde Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yönteminin Uygulanmasını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 1-18.

I. GİRİŞ

Geleneksel maliyet muhasebesi sitemlerinin mamul ve hizmet üretimi sırasında ortaya çıkan faaliyetlerin maliyetlerini sağlıklı bir şekilde incelememesi, doğru mamul ve hizmet maliyet verisi sağlamakta başarısız olması, faaliyet tabanlı maliyetleme (FTM)'nin çıkış noktasını oluşturmaktadır (Karaca 2008). FTM, 90'lı yıllarda geliştirilen bir yöntem olarak ortaya çıkmış ve öncelikle üretim işletmeleri üzerinde ve özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde uygulamaya konulmuştur (Karacan, Aslanoğlu 2005). FTM sistemini ilk olarak başlatan ve popüler hale getiren Cooper ve Kaplan'dır (Cooper, Kaplan 1988). Ardından bankalar, taşımacılık şirketleri, sağlık işletmeleri gibi hizmet sektörüne ait işletmeler de FTM yöntemini kendi işletmelerine uyarlamaya başladılar (Öker 2003). Sistemin hizmet işletmelerinde uygulanabilirliği ise William Rotch tarafından sağlanmıştır (Karacan, Aslanoğlu 2005).

Sağlık sektörünün büyümesi ve özel hastane sayılarının artması hastane işletmelerinin daha gerçekçi maliyet verilerine sahip olmasını zorunlu kılmıştır (Bengü, Arslan 2009). İşletmeler için detaylı, doğru ve gerçeğe yakın maliyet bilgisi sağlayan FTM (Kaygusuz 2006) yöneticilerin karar verme süreçlerinde kullanılabilen bir araçtır (Forrest 1996). FTM yöntemi, çıktının tanımlanmasındaki zorluk ve çıktı çeşitliliğinden dolayı sağlık işletmelerinde maliyet analizlerinde de sıklıkla kullanılmaktadır. Bu yöntemi kullanan sağlık yöneticileri, maliyet kontrolünü çıktı olan hizmete değil faaliyetlere müdahale ederek sağlayabilirler (Özgülbaş 2014). FTM, bir sağlık işletmesinde yapılan faaliyetlerin maliyeti, performansı, kalitesi ve süresi ile ilgili yöneticilere bilgi sağlayarak, bu faaliyetlerin daha etkin hale getirilmesinde önemli rol oynar (Lawson 1996). Diğer yandan, bazı yöneticilerin performans ile ilgili problemlerinin açığa çıkmasından endişe etmelerinden dolayı maliyetlerin tam olarak bilinmesini istememeleri FTM'nin sağlık işletmelerinde uygulanmasında dezavantaj oluşturmaktadır (West 1996).

Uluslararası literatürde sağlık sektörü ile birlikte diğer sektörlerde FTM ile ilgili olarak yapılmış birçok çalışma mevcuttur. Ancak ulusal literatürde FTM yöntemi ile farklı sektörlerde çalışmalar yapılmasına rağmen sağlık sektöründe fazla çalışma yapılmadığı görülmüştür. Bu nedenle çalışmada, FTM yönteminin sağlık işletmelerinde uygulanmasını etkileyen faktörlerin neler olduğunun belirlenmesi amaçlanmıştır.

II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde, faaliyetlerin maliyetlerini sağlıklı bir şekilde inceleyerek doğru mamul ve hizmet maliyet verisi sağlayan FTM sisteminin tanımı, temel kavramları, amaçları, sistemin yapısı ve tasarımı açıklanmıştır.

2.1. Faaliyet Tabanlı Maliyet Sistemi

FTM kavramının temeli "*faaliyet tabanlı bilgi*" ve "*faaliyet tabanlı yönetim*" kavramlarına dayanmaktadır (Karacan, Aslanoğlu 2005). FTM faaliyetler aracılığı ile maliyetleri çıktılara yüklemektedir (Ostrange 1990). Rainborn et al. (1993) FTM'yi, bir organizasyon içerisinde meydana gelen değişik faaliyetleri tanımlayan ve bu faaliyetlerin temelini oluşturan maliyetleri bir araya getiren muhasebe sistemi olarak tanımlamışlardır.

FTM formal bir muhasebe sisteminden çok stratejik amaçlı bir araçtır (Cooper, Kaplan 1988). Başka bir ifade ile FTM, müşteri karlılığı, dağıtım kanalları, satıcılar, markalar, bölgeler ve bir işletmenin karlılığını doğrudan etkileyen diğer alanlar hakkında bilgi sağlayan bir yöntemdir (Babad, Balachandran 1993). Dolayısıyla FTM, ürün, hizmet ve

müşteri maliyetlerinin hesaplanmasında rasyonel bir yaklaşım sergileyerek işletmede yerine getirilen temel faaliyetleri belirlemektedir (Upchurch 2002).

FTM'nin daha iyi anlaşılması açısından, bu yaklaşımın içerisinde önemli araçlar olan temel kavramların tanımlanması ve açıklanması önemlilik arz etmektedir. Bu kavramlar: *kaynak*, *faaliyet*, *faaliyet analizi*, *faaliyet hiyerarşisi*, *maliyet havuzu*, *maliyet sürücü* ve *maliyet objesi*'dir.

- **Kaynak:** FTM sisteminin ilk finansal girdilerini sağlayan "*kaynaklar*", maliyetlerin temel kaynağını oluştururlar (Alkan 2005). Kaynaklar, bir mal veya hizmetin üretimi için gerekli olan parçalardır (Aslan, Varol 2010).
- **Faaliyet:** İşletmelerde değişik hammaddelerden her birinin mamul haline gelinceye kadar tabi tutulduğu işlemlerin her birine "*faaliyet*" adı verilir (Kocaoğlu 2014). Cokins (1996) ise faaliyetleri, kaynakların kullanımını gerektiren ve belirlenmiş bir servisin tamamlanması veya ürünün bir aşamadan diğerine fiziksel dönüşümü ile sonuçlanan görevler veya hizmetler olarak tanımlamıştır.
- **Faaliyet Analizi:** FTM ilk olarak "*faaliyet analizi*" ile başlamaktadır (Ülker, İskender 2005). Faaliyet analizi, işletmede gerçekleşen tüm faaliyetleri ve faaliyetler için kullanılan maliyetlerin daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır (Yükçü 1999).
- **Faaliyet Hiyerarşisi:** Faaliyetlere kimlik kazandırılması ile eş anlamda kullanılan "*faaliyet hiyerarşisi*", maliyetlerin ortaya çıktığı düzeye göre faaliyetlerin sınıflandırılması için oluşturulan bir çerçeve sunar (Arzova 2002).
- **Maliyet Havuzu:** Faaliyetlerin tükettiği kaynakların toplam tutarının faaliyetler itibariyle belirlenmesi işlemine "*maliyet havuzu*" oluşturma adı verilir (Aslan, Varol 2010).
- **Maliyet Sürücü:** FTM ile literatüre giren "*maliyet sürücü*", geleneksel maliyetlemedeki dağıtım anahtarı yerine (Akın 2014) ve faaliyet maliyetlerini mamullere aktarmada kullanılmaktadır (Alkan 2005).
- **Maliyet Objesi:** Bir faaliyetin yerine getirilme nedeni olan "*maliyet objesi*" (Küçük 2005), FTM'nin maliyet bakış açısının en alt kısmında yer alır (Arzova 2002). Diğer bir ifade ile maliyet objesi, muhasebede maliyeti saptanan şeydir (Büyükmirza 2006).

Mamul maliyetine yönelik olarak genel üretim maliyetinin ortaya çıkmasına neden olan faaliyet maliyeti ile o faaliyetin oluşumunu gerekli kılan mamulü ilişkilendirmek, FTM'nin temel amacını oluşturmaktadır (Ersoy 1996). FTM sisteminin amacı stok değerlemesi, kapasite fazlası ve sapma analizleri ile maliyet yönetiminin sağlanması amacıyla gütme (Edward et al. 1991). Sağlık işletmelerinde maliyet analizi yapılmasının temel amacı ise maliyetlerin azaltılması, etkililik, verimlilik, performans artışlarının sağlanması ve daha kaliteli sağlık hizmetleri sunumunun gerçekleştirilmesi olarak söylenebilir (Yiğit, Ağırbaş 2004).

2.2. Faaliyet Tabanlı Maliyet Sisteminin Yapısı ve Sistemin Tasarlanması

FTM yöntemi temel olarak işletmelerdeki faaliyetlere odaklanan bir sistemdir. Kaynak-faaliyet- mamul arasındaki ilişki, maliyetlerin tespiti ve performansın değerlendirilmesini içeren bir model üzerinde incelenmektedir (Kaygusuz, Dokur 2005). FTM sistemi, ürün veya hizmetlere doğrudan yüklenebilen endirekt maliyetlerle ilgilenmektedir ve tüm endirekt giderleri değişken olarak kabul etmektedir (Hacırustemoğlu 2000). FTM sistemi, genel üretim giderlerini başta organizasyonun her bir faaliyet içerisinde toplayan ve daha sonra bu faaliyet merkezlerindeki maliyetleri, faaliyetleri kullanan mamul, hizmet ve diğer maliyet nesnelere yükleyen bir sistemdir (Horngren, Sundem 1993).

Öker (2003)'e göre FTM sistemi iki aşamadan oluşmaktadır. İlk aşama, işletmedeki tüm üretim faaliyetlerini amaca uygun olacak bir şekilde (ürün bazında, müşteri bazında vb.) belirlemek ve bu faaliyetleri ortak faaliyet havuzlarında topladıktan sonra bu faaliyetlerin maliyetlerinin belirlenmesidir. Faaliyetlerin maliyetleri belirlendikten sonra ikinci aşama, bu maliyetlerin ürünlere aktarılma aşamasıdır. Bu nedenle FTM sisteminin tasarım adımları genel olarak beş adımda oluşturulabilir (Öker 2003). Bu adımlar: *faaliyetlerin belirlenmesi, faaliyetlerin gruplandırılması, faaliyetlerin maliyetlendirilmesi, maliyet sürücülerinin seçimi ve maliyetlerin ürünlere yüklenmesi*'dir.

Sağlık işletmelerinde FTM sistemi, hastalar (ürünler) veya benzer hasta gruplarının (ürün hatlarının) maliyetlerini belirlemektir. Bir hastane departmanında, FTM sistemi, aşağıdaki gibi uygulanabilir (Esmeray 2006):

- 1. Adım:** Departmanın tüm önemli faaliyetleri tanımlanır.
- 2. Adım:** Katma değerli hizmetler sağlayacak faaliyetleri tanımlamak için anahtar faaliyetlerin akış şeması oluşturulur. Katma değer sağlamayan faaliyetler elimine edilir ya da minimuma indirilir.
- 3. Adım:** Birinci adımda tanımlanan faaliyetlerin maliyet kategorileri oluşturulur. Bazı maliyetler doğrudan faaliyetlere yüklenebilirken, diğerleri uygun maliyet yönlendiricileri kullanılarak dağıtılır. Bulunan maliyet rakamları departman faaliyetlerinin maliyetini gösterir.
- 4. Adım:** Departmanların maliyetleri hastalara yüklenir. Örneğin, solunum cihazı tedavisi, hastalara bağlanma sayısı ile ve hasta kayıtlarının bakımı, tedavi sayısı ile yüklenebilir.
- 5. Adım:** Faaliyet maliyetlerinin dağıtımı hastalara yüklenmez. Örneğin, denetim maliyetleri en uygun bir dağıtım anahtarı ile (alınan tedavi saati, hasta günü sayısı veya direkt maliyetin bir yüzdesi gibi) dağıtılır.

FTM sisteminin temel varsayımı faaliyetlerin kaynakları tüketmesidir (Ülker, İskender 2005). FTM, endirekt maliyetleri önce faaliyetlere sonra da ürün, hizmet ve müşterilere dağıtan, faaliyetlerin yönetimine odaklanmış bir tür maliyet muhasebesi tekniğidir (Huijuan et al. 2011). FTM yönteminin temel prensibi organizasyon faaliyetlerini tanımlamak ve her bir faaliyetin maliyetini ve ardından faaliyetlerin tüketimine dayanarak ürün maliyetini hesaplamaktır (Erkol, Ağırbaş 2011). Bu prensibe dayanılarak FTM sisteminin uygulama aşamaları şu şekilde özetlenebilir (Aslan 2008):

- İşletmede yer alan faaliyetler belirlenir,
- Her temel faaliyet için maliyet dağıtım anahtarları belirlenir,
- Her bir maliyet havuzunda toplanan genel üretim maliyetleri ile ilgili olduğu ürünler arasında dağıtılır.

III. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada, Türkiye'de FTM yöntemi kapsamında üretim, hizmet ve sağlık sektöründe yapılan akademik çalışmalar ve katılımcılar ile yapılan mülakatların formlarının incelenerek, FTM yönteminin sağlık işletmelerinde uygulanmasını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu nedenle araştırma, tanımlayıcı durum çalışması deseninde nitel bir araştırma kapsamında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın amacından hareketle çalışmada aşağıdaki 7 araştırma sorusuna cevap aranmaya çalışılacaktır:

- 1. Türkiye'de FTM yönteminin sağlık işletmelerinde uygulanmasını etkileyen faktörlere göre dağılımı nedir?**

2. Türkiye’de FTM yöntemi kapsamında yapılan çalışmaların yayın türüne göre dağılımı nedir?
3. Türkiye’de FTM yöntemi kapsamında yapılan çalışmaların yayın yılına göre dağılımı nedir?
4. Türkiye’de FTM yöntemi kapsamında yapılan çalışmaların amaçlarına göre dağılımı nedir?
5. Türkiye’de FTM yöntemi kapsamında yapılan çalışmaların sektörlere göre dağılımı nedir?
6. Türkiye’de FTM yöntemi kapsamında yapılan çalışmaların önemine göre dağılımı nedir?
7. Türkiye’de FTM yönteminin sağlık işletmelerinde daha verimli bir şekilde uygulanmasının çözüm önerilerine göre dağılımı nedir?

3.1. Veri Toplama Süreci

Araştırmada veri toplama tekniği olarak doküman incelemesi ve yarı yapılandırılmış mülakat yöntemi kullanılmıştır. Doküman incelemesi kapsamında, Türkiye’de FTM yöntemi kapsamında gerçekleştirilen çalışmalar veri tabanları (EBSCOhost, ULAKBİM, ASOS index ve YÖK Tez Merkezi) aracılığıyla incelenmiştir. Türkiye’de FTM kapsamındaki ilk yayına 1996 yılında rastlandığı için bu araştırmanın verileri 1996-2015 yılları ile sınırlandırılmıştır. İncelemede “*faaliyet tabanlı maliyetleme*” ve “*faaliyete dayalı yönetim*” anahtar kelimeleri kullanılmıştır. Veri kaynaklarının seçiminde çalışmaların Türkiye’de yapılmış olması, çalışmaların araştırma ve/veya uygulama konusunun FTM yöntemi olması, tez çalışmalarından üretilen araştırma makalelerinin çalışma kapsamına alınmaması, bunun yerine ilgili teze ulaşılmaya çalışılması, makale çalışmalarının yayınlandığı dergilerin seçilmesi, tez çalışmaları için ise Yüksek Öğretim Kurulu Tez Tarama sayfasında yer alan ve erişime açık olan tezlerin seçilmesi veya ilgili üniversitelerin web sitelerinden ulaşılmaya çalışılması ölçüt olarak belirlenmiştir. Bu ölçütlere göre 47 makale, 48 yüksek lisans tezi ve 18 doktora tez çalışması olmak üzere toplamda 113 araştırma çalışma kapsamına alınmıştır.

Yapılan mülakatlar, sağlık işletmelerinde maliyet muhasebesi alanında çalışmalar yapan ve sağlık kurumları yönetimi alanında lisansüstü eğitim alan katılımcılar (akademisyen, yüksek lisans ve doktora öğrencisi) ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında hazırlanan yarı yapılandırılmış mülakat formlarında, katılımcıların demografik özelliklerinin yanı sıra, katılımcıların sağlık işletmelerinde FTM yöntemi alanında çalışma yapmasındaki amaçları, çalışmaları süresince karşılaştıkları zorlukları ve sağlık işletmelerinde FTM çalışmalarının daha verimli bir şekilde yapılabilmesi için çözüm önerilerini belirlemeye yönelik sorular hazırlanmıştır. Ayrıca, sağlık kurumları yönetimi alanında lisansüstü eğitim almış katılımcıların sağlık işletmelerinde maliyet muhasebesi alanında özellikle FTM yöntemi alanında çalışma yapmayı tercih etmemesinin nedenini belirlemeye yönelik soru hazırlayarak, sağlık işletmelerinde neden çalışma yapamadıklarını ortaya koymak amaçlanmıştır.

Araştırma kapsamında sağlık işletmelerinde muhasebe ve finansman alanında çalışmalar yapan ve sağlık kurumları yönetimi üzerine lisansüstü eğitim aldığı belirlenen 50 katılımcı ile iletişime geçilerek araştırmaya katılmaları istenmiştir. Ancak, araştırma kapsamında yapılan mülakatlar sağlık kurumları yönetimi alanında muhasebe ve finansman alanında özellikle FTM yöntemi alanında 11 katılımcı ve sağlık kurumları yönetimi üzerine lisansüstü eğitim almış 15 katılımcı (akademisyen, yüksek lisans ve doktora öğrencisi) olmak üzere toplamda 26 katılımcı ile yüz yüze iletişime geçilerek yapılmıştır. Geriye kalan 24 katılımcı ise yapılacak olan mülakata katılmak istemediklerini beyan etmişlerdir.

Belirlenen katılımcıların farklı illerde (Ankara, Kırıkkale, Konya, Muğla, Sakarya ve İstanbul) ve ilçelerde ikamet ettiği belirlenmiştir. Mülakatların yapılmasında araştırmanın yürütülebilmesi için 1.116 TL (ulaşım + konaklama + günlük harcama + kırtasiye gideri) bütçe planlanmıştır. Araştırma kapsamına Türkiye’de FTM yöntemi kapsamında yapılan 113 akademik çalışma ve 26 adet yarı yapılandırılmış formdan elde edilen veriler alınmıştır.

3.2. Veri Analiz Süreci

Verilerin analizi Microsoft Office Excel programı kullanılarak yapılmıştır. Bu süreçte Türkiye’de FTM yöntemi kapsamında gerçekleştirilen çalışmaların ve katılımcılar ile yapılan mülakatların formlarının içerik analizi yapılmıştır. Araştırma kapsamında verilerin incelenmesi sonucunda temalar belirlenmiştir. Araştırmada incelenen veriler ile “alan, yayın türü, yayın yılı, dergi adları ve sayıları, sektör, amaç, FTM yönteminin uygulanmasını etkileyen faktörler, FTM yönteminin önemi ve çözüm önerileri” temaları çalışmanın ana temalarını oluşturmuştur.

Çalışmada, Türkiye’de FTM yöntemi kapsamında yapılan akademik çalışmaların ve katılımcılar ile yapılan mülakatların formlarının incelenmesi sonucu ulaşılan bulgular konsolide edilerek, ana tema ve alt temaları ile birlikte dağılımlarını gösteren tablolar oluşturulmuştur.

3.3. Araştırmanın Güvenirliği

Triangulation (Çeşitleme) olarak isimlendirilen ve birden fazla veri toplama yöntem ve tekniğinin bir arada kullanıldığı bir yaklaşımla (Yıldırım, Şimşek 2013); doküman incelemesi ve yarı yapılandırılmış mülakat yönteminden elde edilen verilerin güvenirligi artırılmıştır. Araştırmanın güvenirliginin belirlenmesinde bu alandaki uzman görüşlerinden yararlanılmıştır. Uzmanların çalışmada belirlenen temalara ilişkin görüşleri alınmıştır. Araştırmacılar ve uzmanlar arasındaki görüş, birlik ve farklılıkların sayısı tespit edilerek Miles ve Huberman’ın (1994) güvenirlilik=görüş birliği/(görüş birliği + görüş ayrılığı) formülü kullanılarak çalışmanın güvenirligi %90 olarak hesaplanmıştır.

IV. BULGULAR

Araştırma kapsamında incelenen makale ve tezlerin yazarlarının, tez danışmanlarının ve araştırmaya katılan katılımcıların alanlarına göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. İncelenen Makalelerin/Tezlerin Yazarlarının, Tez Danışmanlarının ve Katılımcıların Alanlarına Göre Dağılımları

Alan	Sayı	Yüzde
Muhasebe ve Finansman Bölümü	128	79,01
Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü	26	16,05
Endüstri Mühendisliği Bölümü	3	1,85
Dış Ticaret Bölümü	1	0,62
Toptan ve Parakende Satış Programı	1	0,62
Bankacılık ve Sigortacılık Programı	1	0,62
Girişimcilik Bölümü	1	0,62
Lojistik Hizmetleri Bölümü	1	0,62
Toplam	162	100,00

Tablo 1’de görüldüğü gibi, yazarların, tez danışmanlarının ve katılımcıların alanları; *Muhasebe ve Finansman Bölümü, Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü, Endüstri Mühendisliği Bölümü, Dış Ticaret Bölümü, Toptan ve Parakende Satış Programı, Bankacılık ve Sigortacılık Programı, Girişimcilik Programı ve Lojistik Hizmetleri Bölümü* alt temaları altında toplanmıştır. Araştırma kapsamında yapılan analiz sonucunda, Türkiye’de FTM yöntemi alanında çalışanların alanları % 79,01 çoğunluk ile Muhasebe ve Finansman olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yine yapılan incelemede, Sağlık Kurumları Yönetimi alanında çalışan 11 kişinin Sağlık Kurumları Yönetimi Bölümü altında Muhasebe ve Finansman alanında çalıştığı ve 15 kişinin ise Sağlık Kurumları Yönetimi alanında çalıştığı yapılan inceleme sonucunda görülmüştür. Diğer yandan, Sağlık Kurumları Yönetimi alanında çalışan 15 katılımcının araştırmaya dâhil edilmesinin nedeni, sağlık işletmelerinde maliyet muhasebesi alanında, özellikle FTM alanında, çalışma yapmayı tercih etmemesinin nedenlerinin belirlenmesidir.

Araştırma kapsamında incelenen çalışmaların yayın türüne göre dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Araştırma Kapsamında İncelenen Çalışmaların Yayın Türüne Göre Dağılımları

Yayın Türü	Sayı	Yüzde
Yüksek Lisans Tezi	48	42,48
Makale	47	41,59
Doktora Tezi	18	15,93
Toplam	113	100,00

Tablo 2’de görüldüğü gibi, araştırma kapsamını oluşturan akademik çalışmalar *makale, yüksek lisans tezi ve doktora tezi* alt temaları altında toplanmıştır. Araştırma kapsamında yapılan analiz sonucunda, Türkiye’de FTM yöntemi kapsamında yapılan çalışmaların çoğunluk ile makale (% 42,48) ve yüksek lisans tez çalışması (% 41,59) olduğu, doktora tez çalışmalarının (% 15,93) ise az olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Türkiye’de FTM yöntemi kapsamında incelenen makalelerin yayınlandığı hakemli dergilerin adları ve çalışma sayıları Tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 3’te görüldüğü gibi, araştırma kapsamında incelenen makalelerin araştırma konusu ve uygulama konusu FTM olan toplamda 47 makale incelenmiştir. FTM yöntemi kapsamında yapılan makale çalışmaların çoğunluğu % 29,79 ile Muhasebe ve Finansman Dergisi’nde ve % 25,53 ile Muhasebe ve Denetime Bakış Dergisi’nde yayınlanmıştır. Araştırma kapsamında yapılan analiz sonucunda, Türkiye’de FTM yönteminin sağlık işletmelerinde uygulanmasına yönelik yayınlanmış makale çalışmasının sağlık alanında bir tane dergide (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası) yayınlanmış olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 3. Araştırma Kapsamında İncelenen Makalelerin Yayınlandığı Dergi Adları ve Sayılarına Göre Dağılımları

Dergi Adı	Sayı	Yüzde
Muhasebe ve Finansman Dergisi	14	29,79
Muhasebe ve Denetime Bakış Dergisi	12	25,53
Mali Çözüm Dergisi	4	8,51
Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi	3	6,38
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası	1	2,13
Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi	1	2,13
Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi	1	2,13
Celal Bayar Üniversitesi Yönetim ve Ekonomi Dergisi	1	2,13
Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi	1	2,13
Finans Politik & Ekonomik Yorumlar Dergisi	1	2,13
Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi	1	2,13
Muhasebe Öğretim Üyeleri Bilim ve Dayanışma Vakfı Dergisi	1	2,13
Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi	1	2,13
Sakarya Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi	1	2,13
Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi	1	2,13
Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi	1	2,13
Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi	1	2,13
Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi	1	2,13
Toplam	47	100,00

Türkiye’de FTM yöntemi kapsamında yapılan çalışmaların yıllara göre dağılımı Tablo 4’te gösterilmiştir.

Tablo 4. Araştırma Kapsamında İncelenen Çalışmaların Yıllara Göre Dağılımı

Yıl	1996	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Toplam
Sayı	1	1	4	3	11	9	15	13	8	4	12	12	6	4	6	4	113
Yüzde	0,88	0,88	3,54	2,65	9,73	7,96	13,27	11,50	7,08	3,54	10,62	10,62	5,31	3,54	5,31	3,54	100,00

Tablo 4’te görüldüğü gibi, Türkiye’de FTM yöntemi kapsamında yapılan çalışmalar; 1996, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014 ve 2015 yıllarında yapıldığı görülmektedir. Araştırma kapsamında yapılan analiz sonucunda, Türkiye’de FTM yöntemi kapsamında yapılan çalışmaların % 13,27 ile 2006, % 11,50 ile 2007 ve % 10,62 ile 2010-11 yıllarında çoğunluk ile yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Yine yapılan analiz sonucunda, FTM yöntemi kapsamında yapılan çalışmaların çoğunluk ile 2006, 2007, 2010 ve 2011 yıllarında yapılmasının nedenin bu yıllarda çoğunluk ile yüksek lisans ve doktora tez çalışmalarının yapılmış olduğu sonucuna varılmıştır.

Türkiye’de FTM yöntemi kapsamında yapılan çalışmaların amaçları ve 11 katılımcının “Sağlık işletmelerinde FTM yöntemi alanında çalışma yapmanızın amacı nedir?” sorusuna verdikleri cevaplar birlikte ele alınarak Tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5. Türkiye’de FTM Yöntemi Kapsamında Yapılan Çalışmaların Amaçlarına Göre Dağılımı

Amaç	Sayı	Yüzde
FTM yönteminin uygulanabilirliğini araştırmak*	43	51,81
FTM yöntemini kullanmak*	29	34,94
FTM yöntemi modeli oluşturmak	6	7,23
FTM yöntemini tanıtmak	4	4,82
FTM yöntemine neden ihtiyaç duyulduğunu açıklamak	1	1,20
Toplam	83	100,00

(*) Araştırma kapsamında incelenen verilerde birden fazla çalışma amacı yer almaktadır.

Tablo 5’te görüldüğü gibi, *Türkiye’de FTM yöntemi kapsamında yapılan çalışmaların amaçları; FTM yönteminin uygulanabilirliğini araştırmak, FTM yöntemini kullanmak, FTM yöntemi modeli oluşturmak, FTM yöntemini tanıtmak ve FTM yöntemine neden ihtiyaç duyulduğunu açıklamak* alt temaları altında toplanmıştır. Araştırma kapsamında yapılan analiz sonucunda, FTM yöntemi kapsamında yapılan çalışmalar çoğunluk ile FTM yönteminin uygulanabilirliğini araştırmak (%51,81) ve FTM yöntemini kullanmak (%34,94) amacıyla yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Türkiye’de FTM yöntemi kapsamında yapılan çalışmalar, sağlık sektörü hizmet sektöründen ayrı ele alınarak, üretim, hizmet ve sağlık sektörü temel alınarak incelenmiştir. Araştırma kapsamında incelenen çalışmaların sektörlere göre dağılımı Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6. Türkiye’de FTM Yöntemi Kapsamında İncelenen alışmaların Sektörlere Göre Dağılımı

Sektör	Sağlık Hizmeti	Diğer Hizmetler	Sanayi Üretimi	Toplam
Sayı	18	31	64	113
Yüzde	15,93	27,43	56,64	100,00

Tablo 6’da görüldüğü gibi, Türkiye’de FTM yöntemi kapsamında yapılan çalışmaların sektörleri; *sağlık hizmeti, diğer hizmetler ve sanayi üretimi sektörü* alt temaları altında toplanmıştır. Araştırma kapsamında yapılan analiz sonucunda, Türkiye’de FTM yöntemi kapsamında yapılan çalışmalar % 56,64 çoğunluk ile sanayi üretimi sektöründe yapıldığı görülmektedir. Yine yapılan analiz sonucunda, Türkiye’de FTM yöntemi kapsamında sağlık hizmeti sektöründe yapılan çalışmaların (% 15,93) diğer sektörlere oranla az sayıda yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Türkiye’de FTM yöntemi kapsamında sağlık işletmelerini konu alan akademik çalışmaların kısıtları, 15 katılımcının “*Sağlık işletmelerinde maliyet muhasebesi alanında çalışma yapmayı tercih etmemenizin nedeni nedir?*” sorusuna ve 11 katılımcının; “*Sağlık işletmelerinde yapmış olduğunuz FTM çalışmalarında ve verileri elde etme sürecinde karşılaştığınız sorunlar nelerdir*”, “*Sağlık işletmelerinde FTM alışmaları neden yapılamamaktadır veya diğer sektörlere oranla daha az yapılmaktadır?*” sorularına verdikleri cevaplar birlikte ele alınarak FTM yönteminin sağlık işletmelerinde uygulanmasını etkileyen faktörlere göre dağılımı Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Türkiye’de FTM Yönteminin Sağlık İşletmelerinde Uygulanmasını Etkileyen Faktörlere Göre Dağılımı

FTM Yönteminin Sağlık İşletmelerinde Uygulanmasını Etkileyen Faktörler	Sayı	Yüzde
Maliyet muhasebesi sisteminin olmaması veya yetersiz olması*	23	21,70
Sağlık işletmelerinin karmaşık yapıda sistemler olması*	20	18,87
Personelin muhasebe alanındaki bilgilerinin yetersiz olması*	14	13,21
Sağlık işletmelerinin veri paylaşımı konusunda endişelerinin olması*	12	11,32
Veri temininin zor olması*	11	10,38
Sağlık işletmelerinin ihtiyaç duyulan verileri paylaşmayı kabul etmemesi veya bir kısmını kabul etmesi*	11	10,38
Araştırma izninin alınamaması veya izin alma sürecinin uzun olması	5	4,72
Maliyet çalışmalarının zaman ve maliyet gerektirmesi	5	4,72
Hizmet maliyetlerinin hesaplanmasının güç olması	5	4,72
Toplam	106	100,00

(*) Araştırma kapsamında incelenen verilerde birden fazla Türkiye’de FTM yönteminin sağlık işletmelerinde uygulanmasını etkileyen faktör yer almaktadır.

Tablo 7’de görüldüğü gibi, *FTM yönteminin sağlık işletmelerinde uygulanmasını etkileyen faktörler; maliyet muhasebesi sisteminin olmaması veya yetersiz olması, sağlık işletmelerinin karmaşık yapıda sistemler olması, personelin muhasebe alanındaki bilgilerinin yetersiz olması, sağlık işletmelerinin veri paylaşımı konusunda endişelerinin olması, veri temininin zor olması, sağlık işletmelerinin ihtiyaç duyulan verileri paylaşmayı kabul etmemesi veya bir kısmını kabul etmesi, araştırma izninin alınamaması veya izin alma sürecinin uzun olması, maliyet çalışmalarının zaman ve maliyet gerektirmesi ve hizmet maliyetlerinin hesaplanmasının güç olması* alt temaları altında toplanmıştır.

Araştırma kapsamında yapılan analiz sonucunda, Türkiye’de FTM yönteminin sağlık işletmelerinde uygulanmasını etkileyen faktörlerin çoğunluk ile maliyet muhasebesi sisteminin olmaması veya yetersiz olması (% 21,70) ve sağlık işletmelerinin karmaşık yapıda sistemler olması (% 18,87) sonucuna ulaşılmıştır. Yine yapılan analiz sonucunda, araştırmaya katılan sağlık kurumları yönetimi alanında lisansüstü eğitim alan 15 katılımcının; sağlık işletmelerinin veri paylaşımı konusunda endişelerinin olması, veri temininin zor olması, sağlık işletmelerinin ihtiyaç duyulan verileri paylaşmayı kabul etmemesi veya bir kısmını kabul etmesi ve araştırma izninin alınamaması veya izin alma sürecinin uzun olması gerekçeleri ile sağlık işletmelerinde maliyet muhasebesi alanında özellikle FTM yöntemi alanında çalışma yapmayı tercih etmediklerini belirtmiş oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 7).

Türkiye’de FTM yöntemi kapsamında incelenen akademik çalışmaların vurguları ve 11 katılımcının “*Sağlık işletmelerinde FTM yöntemi kapsamında çalışmalar yapılmasının önemi nedir?*” sorusuna verdikleri cevaplar birlikte ele alınarak FTM yönteminin önemi ana teması altında toplanarak Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Türkiye’de FTM Yöntemi Kapsamında Yapılan Çalışmaların Öneme Göre Dağılımı

FTM Yönteminin Önemi	Sayı	Yüzde
FTM yöntemi ile detaylı, doğru ve gerçeğe yakın maliyet bilgilerine ulaşılması*	47	35,61
FTM yönteminin uygulanabilirliği*	34	25,76
FTM yönteminin işletmeler açısından sağladığı faydalar*	33	25,00
FTM yöntemi ile hizmetlerin maliyetlerinin belirlenebilmesi ve maliyet kontrolünün yapılabilmesi*	10	7,58
FTM yöntemi ile kaynakların etkin yönetilebilmesi	4	3,03
FTM yöntemi ile maliyet yönetim sisteminin oluşturulması	4	3,03
Toplam	132	100,00

(*) Araştırma kapsamında incelenen verilerde birden fazla FTM yönteminin önemi teması yer almaktadır.

Tablo 8’de görüldüğü gibi, FTM yönteminin önemi; *FTM yöntemi ile detaylı, doğru ve gerçeğe yakın maliyet bilgilerine ulaşılması, FTM yönteminin uygulanabilirliği, FTM yönteminin işletmeler açısından sağladığı faydalar, FTM yöntemi ile hizmetlerin maliyetlerinin belirlenebilmesi ve maliyet kontrolünün yapılabilmesi, FTM yöntemi ile sağlık sektörüne ayrılan kaynakların etkin yönetilebilmesi, FTM yöntemi ile kaynakların etkin yönetilebilmesi ve FTM yöntemi ile maliyet yönetim sisteminin oluşturulması* alt temaları altında toplanmıştır. Araştırma kapsamında yapılan analiz sonucunda, FTM yöntemi çoğunluk ile; FTM yöntemi ile detaylı, doğru ve gerçeğe yakın maliyet bilgilerine ulaşılması (% 35,61), FTM yönteminin uygulanabilirliği (% 25,76) ve FTM yönteminin işletmeler açısından sağladığı faydalar (% 25,00) açısından önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma kapsamında hazırlanan yarı yapılandırılmış mülakat formlarında yer alan “Sağlık işletmelerinde FTM çalışmalarının daha verimli bir şekilde yapılabilmesi için çözüm önerileriniz nelerdir?” sorusuna 11 katılımcı cevap vermiştir. 11 katılımcının cevapları çözüm önerileri ana teması altında toplanarak dağılımları Tablo 9’da yer verilmiştir.

Tablo 9. FTM Yönteminin Sağlık İşletmelerinde Daha Verimli Bir Şekilde Uygulanmasının Çözüm Önerilerine Göre Dağılımı

Çözüm Önerileri	Sayı	Yüzde
Nitelikli personel geliştirilmeli veya sayıca arttırılmalı*	7	36,84
Maliyet çalışmalarına teşvik edilmeli ve destek olunmalı*	5	26,32
Maliyet muhasebesi sistemi oluşturulmalı veya geliştirilmeli	4	21,05
İşletmeler verileri paylaşma konusunda açık olmalı	3	15,79
Toplam	19	100,00

(*) Araştırma kapsamında incelenen yarı yapılandırılmış mülakat formlarında belirtilen soruya ilişkin birden fazla çözüm önerileri temaları yer almaktadır.

Tablo 9’da görüldüğü gibi, FTM yönteminin sağlık işletmelerinde daha verimli bir şekilde uygulanmasının çözüm önerileri; *nitelikli personel geliştirilmeli veya sayıca arttırılmalı, maliyet çalışmalarına teşvik edilmeli ve destek olunmalı, maliyet muhasebesi sistemi oluşturulmalı veya geliştirilmeli ve işletmeler verileri paylaşma konusunda açık olmalı* alt temaları altında toplanmıştır. Araştırma kapsamında yapılan analiz sonucunda, FTM yönteminin sağlık işletmelerinde daha verimli bir şekilde uygulanması için katılımcıların belirttikleri çözüm önerilerinin çoğunluk ile nitelikli personel geliştirilmeli veya sayıca arttırılmalı (% 36,84) ve maliyet çalışmalarına teşvik edilmeli ve destek olunmalı (% 26,32) alt temalarının olduğu sonucuna varılmıştır.

V. BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Türkiye’de FTM yönteminin sağlık işletmelerinde uygulanmasını etkileyen faktörlerin; çoğunluk ile maliyet muhasebesi sisteminin olmaması veya yetersiz olması (% 21,70) ve sağlık işletmelerinin karmaşık yapıda sistemler olması (% 18,87) sonucuna ulaşılmıştır. Literatürde yer alan FTM yöntemi kapsamında yapılan çalışmalara bakıldığında, araştırmada yapılan analiz sonucunda ulaşılan FTM yönteminin sağlık işletmelerinde uygulanmasını etkileyen faktörleri destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Bu çalışmalardan bazılarında aşağıda yer verilmiştir.

Baker (1995) çalışmasında, *“bazı sağlık yöneticilerinin performans ile ilgili problemlerinin açığa çıkmasından endişe etmelerinden dolayı maliyetlerin tam olarak bilinmesini istememeleri”* FTM yönteminin sağlık işletmelerinde uygulanmasını etkilediğini belirtmiştir. Udpa (1996) çalışmasında, FTM yönteminin sağlık işletmelerinde uygulanmasını etkileyen faktörler arasında *“gerekli verilerin toplanmasında harcanan zamanın fazlalığı ve ona eşlik eden toplama maliyetinin yüksekliği, veri toplamanın zorluğu ya da imkânsızlığı ve mevcut muhasebe sisteminin yetersizliği”* faktörlerini sıralamıştır. Dowless (1997) çalışmasında, *“FTM yönteminin uygulanması sırasında deneyimli personele ihtiyaç duyulacağını”* ifade etmiştir. Özcan (2006) çalışmasında, *“hastanelerde maliyet muhasebesi sistemlerinin mevcut olmaması, personelin bilgi eksikliği ve gerekli verilerin elde edilmesinde zorlukların yaşanması”* yöntemin sağlık işletmelerinde uygulanmasını etkilediğini belirtmiştir. Ildır (2008) ise çalışmasında, *“FTM yönteminin departmanların tükettiği kaynakların maliyetlerini tam ve doğru olarak belirleyememesi”* ve bunun sonucu olarak bölümlere ait gelir ve giderlerin takibinin yapılamaması yöntemin uygulanmasını etkileyen faktörler arasında yer aldığını belirtmiştir.

Cannavacciuolo et al. (2015) çalışmalarında, *“FTM yönteminin sağlık işletmelerinde uygulanmasını kültürel, organizasyonel ve teknik engellerin yöntemin uygulanmasını olumsuz etkilediğini”* belirtmişlerdir. Kültürel engeller; daha çok güçlü profesyonel özerkliklerinden dolayı klinik kararları kontrol etmeye çalışan veya destekleyen yönetim araçlarına şüpheyle yaklaşan klinisyenlerle, organizasyonel engeller sağlık sektörünün fonksiyonel işleyişindeki karmaşayla; teknik engeller ise ihtiyaç duyulan verilerin sağlanamaması ile ilgilidir. Anıl Keskin ve Billerlioğlu (2017) ise yaptıkları çalışmalarında, *“sağlık işletmelerinde oluşturulan maliyet muhasebesi sisteminde veri kayıt alışkanlığı oluşturulmadığı takdirde FTM yöntemi ile yapılacak olan çalışmaların gerçekçi sonuçlar vermeyeceğini”* belirtmişlerdir.

FTM yöntemi ile detaylı, doğru ve gerçeğe yakın maliyet bilgilerine ulaşılması (% 35,61), FTM yönteminin uygulanabilirliği (% 25,76) ve FTM yönteminin işletmeler açısından sağladığı faydalar (% 25,00) açısından önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öker (2003) ve Özgülbaş (2014) sağlık işletmelerinde FTM yönteminin uygulanmasının önemini şu şekilde açıklamaktadır:

“FTM yöntemi, çıktının tanımlanmasındaki zorluk ve çıktı çeşitliliğinin fazla olduğu ortamlarda bu çıktıların işletmenin kaynaklarını farklı şekilde tüketeceği varsayılarak bu tür işletmelerin özellikle sağlık işletmelerinin FTM sistemine daha fazla ihtiyaç duyulacağı düşünülmektedir.”

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin etkin yönetiminin sağlanabilmesi için maliyet muhasebesi yöntemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Maliyet muhasebesi yöntemleri üretilen mal ve hizmetlerin maliyetleri konusunda bilgi sağlamaktadır. Maliyet muhasebesi

yöntemleri arasında yer alan FTM yöntemi, detaylı, doğru ve gerçeğe yakın maliyet bilgilerini vermektedir. FTM yöntemi işletmeler açısından ar-ge, pazarlama, lojistik faaliyetleri, kalite çalışmaları, fiyat belirleme ve karar verme gibi alanlarda birtakım stratejik faydalar sağlamaktadır. FTM yöntemi faaliyetlerin birden fazla ve çeşitli olmasından dolayı sağlık kurumlarında maliyet analizlerinde kullanılan bir yöntemdir. FTM yöntemi sağlık yöneticilerine planlama, karar verme ve kontrol açılarından faydalar sağlamaktadır.

Türkiye’de FTM yönteminin sağlık işletmelerinde uygulanmasını etkileyen faktörlerin; *“maliyet muhasebesi sisteminin olmaması veya yetersiz olması, sağlık işletmelerinin karmaşık yapıda sistemler olması, personelin muhasebe alanındaki bilgilerinin yetersiz olması, sağlık işletmelerinin veri paylaşımı konusunda endişelerinin olması, veri temininin zor olması, sağlık işletmelerinin ihtiyaç duyulan verileri paylaşmayı kabul etmemesi veya bir kısmını kabul etmesi, araştırma izninin alınamaması veya izin alma sürecinin uzun olması, maliyet çalışmalarının zaman ve maliyet gerektirmesi ve hizmet maliyetlerinin hesaplanmasının güç olması”* alt temalarından oluştuğu yapılan analiz sonucunda ulaşılmıştır.

FTM yönteminin işletmelerde uygulanmasında en önemli sorun işletmelerde maliyet muhasebesi sisteminin olmaması veya yetersiz olması ve çalışanların maliyet muhasebesi alanındaki bilgilerin yetersiz olmasıdır. İşletmelerde etkin bir maliyet muhasebesi sisteminin kurulması, maliyet muhasebesi alanında nitelikli iş gücünün artırılması ve iş gücünün sisteme adaptasyonu ile bu sorunların çözüleceği düşünülmektedir. Aynı zamanda, işletmelerde kurulacak maliyet muhasebesi sisteminin bölümlere ait düzenli veri kaydının yapılabilmesine olanak sağlaması gerekmektedir. Ancak bu sayede hem bölümlere ait gelir ve giderlerin takibinin yapılabilmesi hem de verilerin güncelliği ve doğruluğunun sağlanabilmesi ile mümkün olabilmektedir.

Sağlık işletmelerinin karmaşık yapıda sistemler olması, kullanılan teknolojinin farklı olması, hastane ve çevresinin farklı olması, birden fazla faaliyetin olması ve faaliyetlerin çeşitli olması sağlık kurumlarında FTM yönteminin uygulanmasını etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Diğer yandan, sağlık işletmelerinin bu özellikleri FTM yönteminin uygulanması ihtiyacını arttırmaktadır. Aynı zamanda, sağlık kurumlarında sunulan hizmetlerin en iyi şekilde değerlendirilip planlanması, denetimi ve fiyatlandırılması açısından maliyetlerin belirlenmesi maliyet muhasebesi ile mümkün olmaktadır.

Sağlık işletmelerinde FTM yöntemi alanında çalışmaların daha verimli yapılabilmesi için sağlık kurumlarında maliyet çalışmalarının yapılma amacı ve önemi algısının oluşturulması gerekmektedir. Bu algının örgüt kültürüne dönüşümünün sağlanması ile hem FTM yönteminin hem de maliyet muhasebesi yöntemlerinin sağlık kurumlarında istenilen seviyelerde uygulanması sağlanabilir.

Sağlık işletmelerinde FTM yöntemi çalışmaları özellikle *“sağlık işletmelerinin veri paylaşımı konusunda endişelerinin olması, veri temininin zor olması, sağlık işletmelerinin ihtiyaç duyulan verileri paylaşmayı kabul etmemesi veya bir kısmını kabul etmesi ve araştırma izninin alınamaması veya izin alma sürecinin uzun olması”* gerekçeleri yöntemin sağlık kurumlarında uygulanmasını etkilemektedir. Bu nedenle, sağlık işletmeleri maliyet çalışmalarına teşvikte bulunmalı ve destek olmalı, maliyet çalışmalarının yapılabilmesi için gerekli izinleri vermeli ve maliyet çalışmalarında ihtiyaç duyulan verileri araştırmacı ile paylaşma konusunda açık olmalıdır. Ancak bu sayede sağlık hizmetlerinin minimum maliyet ve maksimum kalite ile sunumunun gerçekleştirilebileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla, sağlık işletmelerinde FTM yöntemi alanında yapılacak çalışmalar ile alandaki çalışma açığı kapatılabilecektir.

Sonuç olarak, bu çalışmanın hem araştırmacılara hem uygulayıcılara hem de sağlık işletmelerine yol göstereceği ve sosyal bilimlerde muhasebe ve finansman alanında da nitel çalışmaların yapılabileceğine yönelik bir fikrin oluşmasında yardımcı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akın O. (2014) Çağdaş Maliyet Yaklaşımlarından Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Sistemi ve Ekmek Üretim İşletmesinde Bir Uygulama. **Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi** 12(24): 117-134.
2. Alkan A.T. (2005) Faaliyet Tabanlı Maliyet Sistemi ve Bir Uygulama. **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** (13): 39-56.
3. Anıl Keskin D. ve Billerlioğlu H. (2017) Sağlık İşletmelerinde Sezaryen Ameliyatı Faaliyetinin Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemine Göre Analizi. **Muhasebe Bilim Dünyası Dergisi** 19(1): 207-245.
4. Arzova S. B. (2002) **Faaliyet Tabanlı Maliyet Yönetimi**. Türkmen Kitabevi, İstanbul.
5. Aslan S. (2008) Kalite Maliyetlerinin Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Sistemine Entegrasyonu. **Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi** 25(2): 521-534.
6. Aslan S. ve Varol N. B. (2010) Lojistik Zincirinde Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemine Göre Depolama Maliyetleri ve Bir Örnek Uygulama. **Muhasebe ve Denetim Bakış Dergisi** 69-88.
7. Babad Y. M. and Balachandran B. V. (1993) Cost Driver Optimization in Activity-Based Costing. **The Accounting Review** 68(3): 563-575.
8. Baker J. J. (1995) **Characteristics and Managed Care/Competition Environmental Factors Associated with Hospital Use of Costing Systems**. Santa Barbara.
9. Bengü H. ve Arslan S. (2009) Hastane İşletmesinde Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Uygulaması. **Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi** 10(2): 55-78.
10. Büyükmirza K. (2006) **Maliyet ve Yönetim Muhasebesi: Tekdüzene Uygun Bir Sistem Yaklaşımı**. 10. Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara.
11. Cannavacciuolo L., Illario M., Ippolito A. and Ponsiglione C. (2015) An Activity-Based Costing Approach for Detecting in Efficiencies of Healthcare Processes. **Business Process Management Journal** 21(1): 55-79.
12. Cokins G. (1996) **Activity Based Cost Management**. Irwing Professional Publishing, Buss Ridge.
13. Cooper R. and Kaplan R. S. (1988) Measure Costs Right: The Right Decisions. **Harvard Business Review** 66(5): 96-103.
14. Dowless R. (1997) Using ABC to Guide Strategic Decision Making. **Healthcare Financial Management** 51(6): 35-44.

15. Edward K. J., Campell T. I. and Baxendale S. J. (1991) **Management Accounting**. Harcourt Brace Javanovich Inc., San Diego.
16. Erkol Ü. ve Ağırbaş İ. (2011) Hastanelerde Maliyet Analizi ve Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemine Dayalı Bir Uygulama. **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası** 64(2): 87-95.
17. Ersoy A. (1996) **Tek Düzen Maliyet Sisteminin Çağdaş Gelişmeler ve Amaçlar Açısından Değerlendirilmesi**. Nadir Kitap, Ankara.
18. Esmeray A. (2006) **Hastanelerde Maliyetleme ve Faaliyete Dayalı Maliyetlemeye İlişkin Bir Uygulama**. Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, Kayseri.
19. Forrest E. (1996) **Activity- Based Management**. McGraw-Hill Companies.
20. Hacıüstemoğlu R. (2000) **Maliyet Muhasebesi**. Türkmen Kitabevi, İstanbul.
21. Horngren C. T. and Sundem G. L. (1993) **Introduction to Management Accounting**. Prentice-Hall, New Jersey.
22. Huijuan L., Yuqian L. and Guoping Z. (2011) Demonstration The Application of Activity-Based Costing to Erp Management System. **Information Technology and Artificial Intelligence Conferance (Itaic)**, 6 th IEE Joint International 1, IEEE.
23. Ildır A. (2008) **Faaliyet Tabanlı Maliyetleme ile Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi ve Performans Yönetimi**. Birinci Basım, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
24. Karaca N. (2008) **Faaliyet Tabanlı Bütçeleme Modellemesi ve Bir Üretim İşletmesi Uygulaması**. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, Sakarya.
25. Karacan S. ve Aslanoğlu S. (2005) Faaliyet Tabanlı Maliyet Yönteminin Temel Mali Tablolar Üzerindeki Etkileri. **Muhasebe ve Denetime Bakış Dergisi** 23.
26. Kaygusuz S. Y. (2006) Faaliyet Tabanlı Maliyet Yöntemine Göre Genel Üretim Giderleri Fark Analizi. **Muhasebe ve Finansman Dergisi** 30: 152-161.
27. Kaygusuz S. Y. ve Dokur Ş. (2005) Faaliyet Tabanlı Maliyet Yönteminin Temel Mali Tablolar Üzerindeki Etkileri. **E-Yaklaşım** 18: 1-12.
28. Kocaoğlu S. Ü. (2014) **Sağlık İşletmelerinde Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemi ve Ağız Diş Sağlığı Polikliniğinde Örnek Uygulama**. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
29. Küçük E. (2005) Yeni üretim Ortamında Genel Üretim Maliyetleri ve Kayseri'deki Bazı Uygulamalara İlişkin Bir Araştırma. **Erciyes Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi** 25: 130-154.
30. Lawson R. A. (1996) Activity-Based Costing For Hospitals Management. **CMA Management Magazine** 68.
31. Miles M. and Huberman A. M. (1994) **Qualitative Data Analysis**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, London.

32. Ostrange M. R. (1990) The Focal Point of Total Cost Management. **Management Accounting**.
33. Öker F. (2003) **Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Üretim ve Hizmet İşletmelerinde Uygulamalar**. Literatür Yayınları, İstanbul.
34. Özcan F. (2006) **Faaliyet Tabanlı Maliyetleme ve Tıbbi Laboratuvar Uygulaması**. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli
35. Özgülbaş N. (2014) **Sağlık Sektöründe Hizmet ve Hastalık Maliyet Analizi**. Siyasal Kitabevi, Ankara.
36. Rainborn C. A., Barfield J. T. and Kinney M. R. (1993) **Managerial Accounting**. West Publishing Company, Minneapolis.
37. Udpa S. (1996) Activity Based Costing for Hospitals. **Healthcare Management Review** 21(3): 83-96.
38. Upchurch A. (2002) **Cost Accounting: Principles and Practice**. Prentice Hall.
39. Ülker Y. ve İskender H. (2005) Doğru Maliyet Hesaplamada Güvenilir Bir Sistem: Faaliyet Tabanlı Maliyetleme ve John Deere Örneği. **Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 8(13): 190-217.
40. West T. D. (1996) Constrasting RCC, RVU and ABC for Managed Care Decisions. **Healthcare Financial Management**, 50(8): 54-62.
41. Yıldırım A. ve Şimşek H. (2013) **Sosyal Bilimlere Nitel Araştırma Yöntemleri**. 9. Basım, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
42. Yiğit V. ve Ağırbaş İ. (2004) Hastane İşletmelerinde Hastalık Tedavi Maliyeti: Sağlık Bakanlığı Tokat Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama. **Modern Hastane Yönetimi Dergisi** 8(1): 141-162.
43. Yükçü S. (1999) **Yönetim Açısından Maliyet Muhasebesi**. Cem Ofset, İzmir.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

**AMELİYATHANE MALZEME YÖNETİM SİSTEMİNİN
SÜREÇ YÖNETİMİ TEKNİĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ:
BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Onur ÖZVERİ*
Muhammet DAMAR**
Alkan DURMUŞ***


ÖZ

Sağlık hizmetlerinin insan sağlığına yönelik olması sebebiyle tedavi ve operasyonlar sırasında malzeme kısıtlamasına gitmek oldukça güçtür. Fakat malzemelerin etkin kullanımına ve saklanmasına dönük faaliyetler yürütülebilir. Malzemelerin düşük maliyetle ve zamanında temin edilmesi, etkin ve verimli kaynak yönetiminin sağlanabilmesi, malzeme yönetim faaliyetlerinin kişilerden bağımsız sağlanabilmesi için, kurum içi süreç iyileştirme ve geliştirme çalışmaları, gerçekleştirilebilir. Çalışma, hastaneler için malzeme teminin ve yönetiminin belki de diğer birimlere göre en kritik olduğu noktada, ameliyathaneye malzeme temin eden birim içinde, malzeme yönetimini, süreç yönetimi tekniği ile incelemeye almaktadır. Uygulama sahası, yıllık 35695 ameliyatın gerçekleştiği ve bu ameliyatlar sırasında 639 farklı ürünün kullanıldığı, 21 adet eş zamanlı operasyona hizmet sağlayan bir üniversite hastanesinin ameliyat depo birimidir. Çalışmada, beyin fırtınası, neden-sonuç diyagramı, pareto analizi, dağılım diyagramları, süreç haritaları, kıyaslama gibi süreç iyileştirme tekniklerinden faydalanılmıştır. Çalışmada gerçekleştirilen toplantılar ve saha incelemeleri sonrasında beyin fırtınası ile 14 ana sorunun ortaya çıktığı görülmüştür. Bu sorunlardan 5 tanesi pareto analizi için değerlendirilmeye alınmamış, kalan 9 sorun uzmanlar tarafından incelenmiştir. Analizler sonrasında, en çok hataya neden olan durumun, stok yönetiminde bir model kullanılmaması ve buna ilişkin sorunlar olduğu görülmüştür. Çözüm olarak sunulan ABC analizi ve ekonomik sipariş miktarı yöntemi ile malzemelerin temini ve depolanmasında zaman tasarrufu sağlanmıştır. Mevcut süreçte ameliyathane malzeme temin ve depolama süreci; 372 dakika iken önerilen süreçte toplam işlem süresi 291 dakikaya düşmüştür. Çalışmanın, ameliyathane malzeme depo birimindeki işleyişi, kapsamlı ve süreç yönetimi tekniği ile değerlendirilmesi, elde edilen bulgular ve çalışmanın barındırdığı yöntemsel çeşitlilik ile hastane yöneticilerine ve araştırmacılara değerli bilgiler sunduğu ifade edilebilir. Sağlık politikalarını yürüten kural koyucuların ve yürütücülerin, bürokrat ve üst düzey yöneticilerin, özellikle giriş bölümünde verilen Türkiye'nin sağlık harcamaları ve harcama dokusu ile ilgili istatistiksel değerleri ve gelecek nüfus yapısını dikkate almaları önerilebilir. Ülke kaynaklarının daha etkin ve verimli kullanılabilmesi adına, kaynakların profesyonelce yönetilebilmesi gerekmekte ve yöneticilerin bu yönde strateji geliştirmeleri önerilebilir.


Anahtar Kelimeler: Kalite, Süreç Yönetimi, Ameliyathane, Malzeme Yönetim

MAKALE HAKKINDA


* Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi İİBF Sayısal Yöntemler Anabilim Dalı, onur.ozveri@deu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-9203-917X>

** Doktora Öğrencisi, Dokuz Eylül Üniversitesi, muhammet.damar@deu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-3985-3073>

*** Doktora Öğrencisi, Dokuz Eylül Üniversitesi, alkan.durmus@deu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5806-9962>

Gönderim Tarihi: 16.05.2018

Kabul Tarihi: 17.01.2019

Atıfta Bulunmak İçin:

Özveri, O., Damar, M., Durmuş, A. (2019). Ameliyathane Malzeme Yönetim Sisteminin Süreç Yönetimi Tekniği İle Değerlendirilmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 19-50.

EVALUATION OF OPERATING ROOM MATERIAL MANAGEMENT SYSTEM WITH PROCESS MANAGEMENT TECHNIQUE: A CASE STUDY OF A UNIVERSITY HOSPITAL

Onur ÖZVERİ*
Muhammet DAMAR**
Alkan DURMUŞ***

ABSTRACT

Due to the fact that health services are directed towards human health, it is very difficult to limit material during treatment and operations. However, activities for the effective use and storage of materials can be carried out. In-house process improvement and development activities can be realized in order to provide materials at low cost and in a timely manner, to ensure efficient and efficient resource management, and to ensure material management activities independent from persons. The study examines the material management in the material supplying unit to the operating room, where the supply and management of hospitals are perhaps the most critical than the other units. The field of application is the operation depot of a university hospital that provides service to 21 simultaneous operations, with an annual 35695 operation and 639 different products during these operations. In the study, process improvement techniques such as brainstorming, cause-effect diagram, pareto analysis, distribution diagrams, process maps, benchmarking have been used. After the meetings and the field investigations, 14 main problems emerged with brainstorming. 5 of these problems were not evaluated for pareto analysis and the remaining 9 problems were examined by experts. After the analyses, it was seen that the most common cause of failure was not using a model in stock management and related problems. The ABC analysis and economic order quantity method presented as a solution saves time in the supply and storage of materials. The process of supplying and storing the operating room in the present process; in the proposed process, the total processing time decreased to 291 minutes while 372 minutes. It can be stated that the study provides valuable information to hospital managers and researchers with its operation in the operating room material warehouse unit, evaluation with comprehensive and process management techniques, the findings obtained and the methodological diversity of the study. Health policy-makers and executive rules of conduct, bureaucrats and senior managers, in particular the introduction of statistical value related to Turkey's health expenditures and expenditures structure and advised to take into consideration the future population structure. In order to use country resources more effectively and efficiently, resources need to be managed professionally and managers may be advised to develop strategies in this direction.


Keywords: Quality, Process Management, Operating Room, Material Management

ARTICLE INFO


* Dokuz Eylül University, onur.ozveri@deu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-9203-917X>

** Dokuz Eylül University, muhammet.damar@deu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-3985-3073>

*** Dokuz Eylül University, alkan.durmus@deu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5806-9962>

Received: 16.05.2018

Accepted: 17.01.2019

Cite This Paper:

Özveri, O., Damar, M., Durmuş, A. (2019). Ameliyathane Malzeme Yönetim Sisteminin Süreç Yönetimi Tekniği İle Değerlendirilmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 19-50.

I. GİRİŞ

İnsanların kanunlarla garanti altına alınan temel haklarından biri sağlık hakkıdır ve devletler halkların refahı, sağlığın korunması ve iyileştirilmesi adına politikalar yürütmektedir. İçinde bulunduğumuz yüzyılda önemli bir sektör haline gelen ve hızla büyüyen sağlık sektörü, toplumların sosyoekonomik kalkınmışlık düzeyi için önemli bir göstergesi olarak ifade edilebilir. Mandıracıoğlu'na (2010) göre gelecek yıllarda dünya nüfusunun yaş yapısındaki en önemli değişim çocuk ve yaşlı sayılarında gerçekleşecek ve 2050 yılına gelindiğinde tarihte ilk defa yaşlı sayısı, çocuk sayısı ile aynı olacaktır. Telatar ve Terzi (2010) nüfusun giderek yaşlanmasını, üretkenliğin ve gelişmişlik seviyesinin devamlılığının sağlanmasında ciddi bir tehdit unsuru olarak görmektedir. Yaşlanan ve artan nüfus düşünüldüğünde, ilerleyen yıllarda sağlık hizmetlerinin, ülkeler, kanun yapıcılar ve politikacılar için stratejik öneminin artacağı ifade edilebilir ve sağlık alanında, gerçekleştirilecek süreç iyileştirme ve süreçlerde verimlilik artışı çalışmaları daha önemli kılacaktır.

Sağlık hizmetinin sunumu ve üretimi esnasında, tüm süreçlerde yoğun malzeme kullanılmaktadır. Hizmetin niteliği değerlendirildiğinde, bu malzemelerin, istenilen noktada, istenilen zamanda ve gereken miktarda hazır bulunması için yapılan çalışmalar malzeme yönetiminin kapsamı altında değerlendirilmektedir (Tengilimoğlu ve diğerleri 2017). Aynı zamanda hastane giderleri arasında tıbbi malzeme ve ilaçlar, personel giderleri ve diğer giderler ile kıyaslandığında toplam gider grubu içinde önemli bir yer tutmaktadır. Malzeme giderleri, toplam hastane giderlerinin büyük ve önemli bölümünü oluşturmaktadır, bu durum bilimsel yöntemleri kullanan profesyonel bir süreç yönetimini gerekli kılmaktadır (Poyraz 2015). Sağlık hizmetlerinin insan sağlığına yönelik olması sebebiyle tedavi ve operasyonlar sürecinde bir kısıtlamaya gitmek oldukça güçtür. Fakat malzemelerin etkin kullanımına ve saklanmasına dönük faaliyetler yürütülebilir. Malzemelerin düşük maliyetle ve zamanında temin edilmesi, etkin ve verimli kaynak yönetiminin sağlanabilmesi için kurum içi süreç iyileştirme ve geliştirme çalışmaları gerçekleştirilebilir.

Araştırma sahası olarak seçilen kurum, Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'dir. Üniversite hastaneleri, sağlık sistemimizce ileri derecede sağlık hizmeti sunulabilen kurumlar olarak ifade edilebilir ve aynı zamanda ileri teknolojinin kullanıldığı ve ileri tedavi hizmetlerinin alınabileceği kurumlardır. Tüzemen (2014) ameliyathane malzeme yönetim ile gerçekleştirdiği benzer bir çalışmada, araştırma alanı olarak malzeme yönetim konusunun seçilmesinin başlıca nedeni olarak, kamu ve özel hastanelerde malzemeye büyük miktarda bütçe ayrılmasına rağmen, yöneticilerin, modern malzeme yönetim teknikleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları nedeniyle, malzeme yönetim hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmediğini ifade etmişlerdir. Bu bilgiler ışığında, üniversite hastaneleri personel, kapasite ve taşıdığı sayısız nitelik ile araştırma için doğru bir desen oluşturacağı, süreç yaklaşımı ile ameliyathane malzeme temini süreçlerinin incelenmesinin sağlık alanında çalışan araştırmacılar ve hastane yöneticileri için faydalı bilgiler sunacağı düşünülmektedir.

İkinci Dünya Savaşı sonrasında Japonya'da başlayan kalite arayışları ve sürekli iyileştirme yaklaşımı, Dünya'da ve Türkiye'de giderek yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu yaklaşımlarının temelinde süreç yaklaşımı mantığı vardır. Süreç yönetimi, süreçlerin nasıl çalıştığını anlamak ve iyileştirebilmek için incelenen sistem veya saha ile ilgili incelemeler ve süreç paydaşları ile toplantılar gerçekleştirilmektedir. Tüm süreçler belirlenip tanımlanmakta ve süreçlerin belgelenmesi ve sahiplerinin belirlenmesi sağlanmaktadır. Sürecin etkinliğini ölçmeyi sağlayacak performans göstergeleri belirlenmekte, izlenip değerlendirilmesi ve gerektiğinde küçük iyileştirmelerin ya da yeniden tasarımının yapılması sağlanmaktadır (Soydan 2006). Süreç yönetim tekniği altında pek çok yöntem uygulanabilmektedir. Çalışmanın amacı; hastanenin ameliyathane malzeme temin

süreçlerini, süreç yaklaşımı ile ele almak, süreçleri optimize ederek hastane içinde stok maliyetini askeri seviyede tutabilecek sipariş miktarını ortaya koyabilmek, olası hata ve eksiklikler konusunda çözüm önerisi sunmak, uygulamanın yapıldığı hastaneye ve konuyu ele alışı yöntemi ile diğer hastanelerin yöneticilerinin karar alma süreçlerine destek sağlamak ve literatür çerçevesinde konuyu tartışmaktır. Bu kapsamda sırasıyla; Türkiye’de hastane ve ameliyathanelerin durumu ile ilgili çeşitli bilgiler verilmiş, sağlık hizmetleri ile ilgili süreç yönetimi çalışmaları ile hastanelerde gerçekleştirilmiş malzeme yönetimi ile ilişkili çalışmalar değerlendirilmiştir. Çalışmanın uygulama başlığı altında, inceleme alanı hakkında bilgi verilmiş, süreç yönetim tekniği ile süreçler incelenerek elde edilen bulgular ortaya konulmuş, malzeme temin ve depolama süreçleri ile malzeme kullanım süreçlerine odaklanılmış, süreçlerde yaşanan aksaklıklar ortaya konularak ve bu aksaklıklar için çözüm önerisi sunulmuştur. Sonuç bölümünde çalışmanın daha önceki çalışmalardan farkı, çalışmanın genel bir değerlendirmesi ve alana sunmuş olduğu katkı ortaya konulmuştur.

II. TÜRKİYE’DE HASTANE VE AMELİYATHANELER

Ülkemizde insan sağlığını koruyacak ve geliştirecek çabaların birince derecede sorumlusu devlettir ve sağlık kuruluşlarının tek elden yönetilmesini, planlama yapılıp hizmet verilmesini, kaynak tahsisinden sorumludur (Orhaner 2006). Devlet, sağlık hizmetlerinin sunulması için hastaneler, aile hekimliği, verem savaş dispanseri gibi kurumlardan faydalanmaktadır. Bu kurumların en temel amaçlarından birisi toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetini, istenilen kalitede, istenilen zamanda ve en düşük maliyette sunmaktır. Sağlık sistemi içinde, hizmet alanlar müşteri olarak değerlendirildiğinde, müşteri tatmini açısından en sorunlu hizmet alanlarından birisidir ve sunulan hizmetin insan sağlığına etkisi düşünüldüğünde, hizmetin yüksek kalitede olması gereklidir (Tutar, Kılınç 2007). Sisteminin en önemli parçası olan hastaneler, karmaşık işlemlerin ortaya konulduğu kurumlardır. Bu durum hastanelerin dört ana sağlık işlevini gerçekleştirmelerinden kaynaklanır. Bu hizmetler sırasıyla; tedavi hizmeti, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmeti, rehabilite edici sağlık hizmeti, eğitim ve araştırma hizmeti şeklinde ifade edilmektedir (Yılmaz 2008). Dünya Sağlık Örgütü hastaneleri, sadece tanı ve tedavi hizmetinin sunulduğu yerler değil, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklarından korunma uygulamalarının gerçekleştirildiği merkezler olarak değerlendirilmektedir (WHO 2007).

Türkiye İstatistik Kurumu’nun raporuna göre (TÜİK 2018b) toplam sağlık harcamaları 2017 Yılı itibarıyla toplam 140.647 milyon TL’dir ve toplam cari sağlık harcaması 130.647 milyon TL iken, toplam yatırım harcaması 9.666 milyon TL’dir. Cari sağlık harcamalarının 69.636 milyon TL (% 53,30)’sini devlet hastaneleri, 12.810 milyon TL (% 9,81)’si özel hastaneler tarafından gerçekleştirilmiştir. Bunlara ek olarak Türkiye’de 31 Aralık 2017 itibarıyla 80.810.525 kişi yaşamakta ve demografik göstergelerdeki mevcut eğilimler devam ettiği takdirde, 2023 yılında 86.907.367 kişiye, 2040 yılında ise 100.331.233 kişiye ulaşması beklenmektedir. Nüfusun 2069 yılına kadar artarak 107.664.079 kişiyle en yüksek değerine ulaşması tahmin edilmektedir. Tüm bunlara ek olarak, ülkemizde doğuştan beklenen yaşam süresi artmakta ve nüfusumuz yaşlanmaya devam etmektedir. Nüfusun yaş yapısının önemli bir göstergesi olan ortanca yaşın 2018 yılında 32, 2023’te 33,5, 2040’da 38,5, 2060’da 42,3, 2080’de ise 45 olması beklenmektedir (TÜİK 2018a). Bu bilgiler ışığında ilerleyen yıllarda, Türkiye’nin nüfus artış gösterirken, nüfusunun her geçen yıl yaşlanmaya devam edeceği, daha fazla sağlık hizmeti sunulması gerekeceği ve bu yönde sağlık harcamalarının ülke ekonomisi içindeki etkisinin her geçen gün artacağı ön görülebilir.

Finansal olarak sağlık hizmetleri, ülkelerin ekonomileri üzerinde bir gider kalemi oluşturmaktadır. Bu hizmetin finansmanı için ekonomiden alınacak pay her ülkede tartışılmakta ve sağlık politikaları açısından önemli gündem maddeleri arasında yer almaktadır. Bu payın belirlenmesinde etkili olan birçok faktöre ek olarak, yaşlanan nüfus,

teknolojiye ayak uydurma ve hastalıkların yapısındaki değişim nedeniyle hızla yükselen sağlık harcamaları için çeşitli çalışmalar yapılmaktadır (Tatar 2011; Uğurluoğlu, Çelik 2005). Türkiye’de 2017 yılında, hastane sayısı 1.518, hastane yatak sayısı 225.863, yoğun bakım yatak sayısı 36.240 şeklindedir. Son iki yıl değerlendirildiğinde; 2016 yılında Sağlık Bakanlığı hastane sayısı 876 iken 2017 yılında 879’a ulaşmıştır. Üniversite hastane sayısı 68, özel hastane sayısı ise 571 olmuştur. Bunlara ek olarak Sağlık Bakanlığı hastane yatağı sayısı 2016 yılında 132.921 iken 2017 yılında 135.339 olmuştur. Üniversite ve özel sektörün hastane yatağı sayıları 2016 yılında sırasıyla 37.707 ve 47.143 iken 2017 yılında 41.324 ve 49.200’e ulaşmıştır. 2016 yılında toplam hekime müracaat sayısı 686 milyon seviyelerinde iken 2017 yılında 718 milyon seviyelerine ulaşmıştır (Bora Başara, Soyutan Çağlar 2018). Tüm bu bilgiler Türkiye’de sağlık hizmetlerinin geliştiğinin ve hizmetten faydalanan vatandaş sayısının arttığına göstergesi olarak ifade edilebileceği gibi, ülke bütçesi içinde sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların arttığına göstergesi olarak da ifade edilebilir.

Hastaneye cerrahi işlem yapmak üzere yatışı gerçekleşen hastayla ilişkili tüm alanlar ameliyathane departmanını içerir. Departman; ameliyathane, ameliyat sonrası bakım ünitesi, faz 2 iyileşme salonu, cerrahi yoğun bakım ve günlük cerrahi alanlarından oluşur ve eğitim alanı veya alanları içerebilir. Ameliyathaneler ileri teknoloji araç ve gereçlerin kullanılabilirdiği, yeni ve ileri bilginin ışığında birçok cerrahi teknik ve yöntemlerin uygulanabildiği, ekip olarak çalışılan ve kararların doğru şekilde ve hızlı alınıp uygulandığı yerlerdir (SAD 2014). Ameliyatlar, özellikle ameliyatlar ve girişimler (A sınıfı), özel ameliyatlar ve girişimler (B sınıfı), büyük ameliyatlar ve girişimler (C Sınıfı), orta ameliyatlar ve girişimler (D Sınıfı), küçük ameliyatlar ve girişimler (E sınıfı) şeklinde sınıflandırılmaktadır. Türkiye’de yapılan A-B-C grubu ameliyat sayıları, 2002-2015 yılları arasında Tablo 1 üzerinde gösterilmektedir. İlgili ameliyatların sektörlere göre dağılımı 2015 yılı için, A Grubu ameliyatlarda 215.042 (% 42), sağlık bakanlığı, 121.067 (% 24) üniversite, 171.080 (% 34) özel hastanelerde; B grubu ameliyatlar için 783.703 (% 48), sağlık bakanlığı, 310.219 (% 19) üniversite, 538.564 (% 33) özel hastanelerde; C grubu ameliyatlar için 1.365.850 (% 52), sağlık bakanlığı, 370.138 (% 14) üniversite, 894.482 (% 34) özel hastanelerde gerçekleştirilmektedir (TKHK 2016). Üniversite hastaneleri 2015 yılı itibariyle toplam A-B-C grubu ameliyatların %17’sini oluşturmaktadır.

Tablo 1. A-B-C Grubu Ameliyat Sayıları, 2002-2015 (TKHK 2016)

	2002	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Sağlık Bakanlığı	1072417	1829919	2039021	2209326	2298393	2414538	2445424	2364595
Üniversite	307108	546903	576547	617477	664695	715889	765549	801424
Özel	218837	1131431	1215159	1373774	1446630	1553810	1587973	1604126
Toplam	1598362	3508253	3830727	4200577	4409718	4684237	4798946	4770145

Tüm bu verilere ek olarak Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (2017), “Her Branşta İlk 100 Hastane” raporuna göre Ocak-Ekim 2017 döneminde en çok A-B-C grubu ameliyat yapan hastaneler ve ameliyat sayıları incelendiğinde bu dönem içinde en fazla ameliyat gerçekleştiren ilk 3 hastane sırasıyla, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (26.422), Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi (25.309), İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi (22.723) olduğu görülmektedir. A-B-C grubu ameliyat sayılarında ilk 100 hastane incelendiğinde, ilk üç sırada üniversite hastaneleri yer aldığı gibi, ilk 100 hastane içinde yoğunlukla üniversite hastaneleri yer almaktadır. Süreçler, tanımlı olsun veya olmasın tüm kurumların ve örgütlerin değişik katmanları içerisinde

mevcuttur. Bu nedenle süreçler üzerinde iyileştirme, örgütsel amaçlara uygun, etkin ve verimlilik esas alınarak değer akışı referans alınarak gerçekleştirilmesi önem arz etmektedir (Kılıç, Aydınli 2015). Tüm bu bilgilerin çalışma sahası için bir üniversite hastanesi seçiminin ve hastanenin ameliyathane malzeme temin, depolama ve kullanım süreçlerinin süreç yönetim teknikleri ile ele alınmanın uygun bir karar olduğunu desteklediği ifade edilebilir.

III. SÜREÇ YÖNETİMİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ

Türkiye, Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatına uyum için stratejik planlamasını 2001'de gerçekleştirmiş, 2003 yılında ise sağlıkta dönüşüm programını uygulamaya koymuştur (TCSB 2007). Programın amacı, çağa uygun sağlık hizmetlerini kaliteli, adil ve hakkaniyet içerisinde vatandaşa sunan, yüksek sağlık harcamalarına karşı vatandaşa etkili mali koruma sağlayan ve finansal olarak sürdürülebilir bir sistem inşa etmektir. Hedefler doğrultusunda 2003-2010 dönemi içinde, sağlık hizmeti sunum ve finansmanı alanında önemli reformlar yapılmış ve bu süreç halen devam etmektedir (Sülkü 2011).

Gün geçtikçe sağlık kurumları daha karmaşık organizasyonlara dönüşmekte, kaliteli hizmet arayışları ve maliyetleri artmaktadır (Rachmania, Basri 2013). Kurumlar, bu hizmet sürecinde oluşacak maliyetleri azaltmak zorunda ve bu durum kamu veya özel sağlık kurumları için değişmemektedir. Gerek kamu gerekse devlete bağlı sağlık kurumları, hasta bakımını iyileştirirken, masrafları azaltma konusunda giderek daha fazla baskı altına girmektedir (Nabelsi, Gagnon 2017). Kurumlar, gittikçe zorlaşan bir değer zinciri ortamında, bakım hizmetlerinin kalitesini ve operasyonel verimliliği artırma çabası içerisindeyken, maliyetleri düşürmek için de fırsat arama baskısı altında kalmaktadırlar (Hanna, Sethuraman 2005). Diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörü de rekabetin yoğun yaşandığı; girdileri işleyen süreçlerin ve süreçler sonrası ortaya çıkan çıktıların düzenli ve detaylı kontrol edilmesini, en az girdi ile en fazla çıktı elde edilmesinin zorunlu olduğu bir sektördür (Karagöz, Yıldız 2015). Yoğun rekabet ortamında değişken müşteri ihtiyaçlarına cevap verebilmek için verilen hizmetin yüksek kalitede, düşük maliyette, geniş çeşitlilikte olması gerekmektedir. Bu ihtiyacın giderilebilmesi için maliyetlerin doğru hesaplanması ve tutarlı ve doğru maliyet hesaplama yöntemleri gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır (Yılmaz 2008). Bu noktada maliyetlerin minimize edilmesini ve kalitenin ön plana çıkmasını sağlayan, sürekli iyileştirme felsefesi ile değişkenliklere ayak uydurmayı kolaylaştıran süreç yönetim teknikleri, karşımıza çözüm olarak çıktığı ifade edilebilir.

Yaşayan bir organizma olarak ifade edilen organizasyonlar, gelişimleri için sürekli değişime uğramaktadır ve değişim sürecinde olan kuruluşlar, gelecekte başarılarını sürdürme şansına sahiplerdir (Yıldırım, Bakır 2014). Sağlık hizmetlerinin önemli servis noktalarından birisi olarak ifade edilebilecek hastanelerde yaşayan büyük bir organizasyon olarak ifade edilebilir. Değişime ve gelişime odaklanan organizasyonlar, gelişim ihtiyaçlarının farkındadır. Organizasyonlarda gelişim gerçekleşmediği bir gün bile olmamalıdır ve süreç yönetimi bunu gerektirir (Imai 2003). Süreç, hedeflenen çıktıya ulaşmak için yararlanılan girdiler üzerinde değer yaratan faaliyetler olarak ifade edilmektedir. Süreçler, girdilerin çıktılara dönüşümünü sağlayan ilişkili işlemler zinciri (Soydan 2006) ve ilişkili iş faaliyetleri kümesidir (Carr 1992). Girdilerin alındığı ve bu girdilerden müşteriler için değer oluşturan çıktının oluşturulduğu iş akışıdır (Simpson et al. 1999). Geleneksel yönetimin gelişiminde, iş bölümü ve hiyerarşi ile karakterize edilen yapısından kaynaklanan engeller, süreç yönetimi ile aşılabılır. Süreçlerin etkin olarak işlenebilmesi için sahip olması gereken özellikler; tanımlanabilir, ölçülebilir, yinelenebilir, tutarlı, geri beslemeli, kontrol edilebilen ve katma değer yaratabilen niteliklerde olmasıdır (Champy, Hammer 2002). Her sürecin bir sorumlusu olmalı ve süreç sorumluları, süreçlerdeki diğer görevlilerle mevcut akışı oluşturmalı ve değer

yaratan, gecikmeye, kalite sorunlarına ve israfa neden olan eylemleri ortaya koymalı, bunlara yanıtlar araması gerekmektedir (Jones, Womack 2002).

İşler yapılırken gelişmenin etkin yollarını bulmak organizasyonların en büyük sorumluluklarından biridir. Organizasyonların yaşamlarını sürdürebilmeleri için süreç yönetimine geçmeleri ve bu sayede değişime ayak uydurarak rekabetçiliği sağlamaları gerekmektedir (Collins, Porras 1997). Süreçlerin yönetimi bu yönde pek çok metodu içinde barındıran, aktif iş süreçlerinin dizaynını, sürdürülmesini, analizini ve kontrolünü sağlayan, metod ve araç kümesidir (BPM Basics 2008). Sağlık hizmetlerinin verildiği kamu ve özel işletmeler, sektörün dinamik bir sektör olması ve insan hayatıyla doğrudan ilgisinin bulunması gibi önemli unsurlardan dolayı, diğer endüstri ve hizmet işletmelerinden ayrılmaktadır (Aslan, Demir 2005). Uzmanlar; sağlık hizmeti servisinde bir değişim gerçekleştirilebilmesi için öncelikli olarak hizmeti nasıl sunduğumuza, sunulan hizmeti nasıl değerlendirdiğimize ve nasıl iyileştirebileceğimiz sorularına cevap aranması gerektiğini vurgulamaktadır (Aslantekin ve diğerleri 2007).

Sağlık kurumlarının süreç özellikleri; yapılan işlerin karmaşıklığı ve değişkenliğinin yanında, çok sayıda amacı bir arada gerçekleştirmesi, tanı ve tedavi hizmetlerinin yanında eğitim ve araştırma hizmetlerini de içermektedir. Verilen hizmetlerin büyük kısmı acil ve ertelenemez, hizmet alma talebinin geri çevrilmesi bilimsel, hukuksal ve etik açıdan olanaklı değildir. Verilen hizmet sırasında gerçekleşebilecek olası hatalar, insan hayatı ile örtüştüğünden düzeltilmesi mümkün olmayabilir (Kılıç, Aydın 2015). Hastaneler, kalite iyileştirme hususunda işbirlikçi bir tarz benimsendiğinde, kalite sorunlarını daha iyi kavrayabilir, kontrol edebilir ve bu sayede sunulan hizmetleri iyileştirebilmektedir (Yıldırım 2014). Stefanelli (2004) çalışmasında, sağlık hizmetlerinin sunulduğu örgütler için, sağlık alanındaki bilgi yönetiminde ve sağlık hizmetlerinin sunum ve yönetiminde, bakım süreçlerinin yönetimlerinde, örgütlerin performansında sürekli artışa yol açabilecek değerli stratejik noktaların bulunduğunu ve bu noktaların işlenmesi gerektiğini ifade etmiştir.

Süreç yönetim teknikleri sağlık sektöründe pek çok alanda kullanılabilir. Davari ve diğerlerinin (2018) bir üniversite hastanesinin acil servisi için geliştirdikleri süreç yönetimi modeli ile insan kaynaklarındaki değişikliklerde hasta bekleme sürelerinin azaltılması hedeflenmiştir. Andellini ve diğerleri (2017) organ transplantasyonu üzerine gerçekleştirmiş oldukları süreç yönetimi çalışmalarında, klinik ortamlarda uygun bir mimari ve iyi tanımlanmış süreçlerin tanımlanmasının, kaynak optimizasyonu ile etkinliği ve kalite iyileştirmesi açısından faydalı bulmaktadırlar. Aynı zamanda çalışmalarında, süreç yönetim tekniklerinin sağlık hizmetlerinde kullanımını yenilikçi olduğunu ifade etmektedirler. Dunkel ve Kramp (2012) sağlık ve ekonomi disiplinleri alanındaki çok disiplinli çalışmaların sağlık alanındaki iş akışlarına yeni bakış açısı sağladığını ifade etmişler ve çok modelli ağrı terapisi uygulamasında süreç yönetimini tekniklerini uygulamışlardır. Ryan ve diğerleri (2017) bir hastanede gerçekleştirdikleri çalışmalarında, perioperatif süreçleri incelemeye almışlar, tüm süreç boyunca performans ve hedef iyileştirme fırsatlarını ölçmek için iş süreci yönetimini mümkün kılmak amacıyla sürecin her aşamasında temel performans göstergeleri olarak dengeli puan kart metrikleri geliştirilmesi ve kullanımı ile ilgili çalışma gerçekleştirilmiştir.

Sağlık işletmeleri, diğer işletmeler gibi müşteri ihtiyaçlarına zamanında cevap verebilmek ve üretim faaliyetlerinin aralıksız sürdürülebilmesi için hizmet üretim süreçlerinin çeşitli noktalarında çeşitli malzemelerin depolanması gerekmektedir. Malzeme depolarının etkin yönetimi, üretim işletmelerinde olduğu kadar, hizmet işletmelerinde de kritik bir öneme sahiptir. İşletmelerin faaliyetleri sırasında ihtiyaç duyulan malzeme gereksinimlerinin ne zaman, nerede ve ne kadar bulundurulması gerektiğine cevap aramakta ve olası hatalara tolerans hassastır (Yalçiner ve diğerleri 2015). Düzenli malzeme depolanmasının ve malzeme

yönetiminin çalışmayı kolaylaştırıp malzeme hareketlerinin süratini hızlandırırken bu süreçlerin düzensiz gerçekleştirilmesi ise; malzemeyi bulma güçlüğü, zaman kaybı, malzemelerin birbirini hasara uğratması, stokların fazlaşması, stoklara bağlanan sermayenin artması, iş kazaları, fazla personel çalıştırma zorunluluğu, alan ve yer kaybı sakıncalar oluşturabilmektedir (Tüzemen 2014). Bu anlamda çalışma, hastaneler için malzeme temininin ve yönetiminin belki de diğer birimlere göre en kritik olduğu noktada, ameliyathaneye malzeme temin eden birim içinde, malzeme yönetimini, süreç yönetimi tekniği ile incelemeye almaktadır. Süreç iyileştirmesinde kullanılabilecek temel araçlar; pareto analizi, beyin fırtınası, sebep-sonuç diyagramı, histogram, serpilme diyagramı, istatistiksel kontrol grafikleridir (Okur 2014). Çalışmada, bir üniversite hastanesinde, ameliyathane depo birimi kapsamlı bir şekilde süreç yönetim teknikleri ile ele alınmakta, sorunların tespiti, içinde bulunulan süreçlerin tanımlanması ve belgelenmesi, süreç sahiplerinin atanması ve süreçlerin tekrar tasarlanması sürecinde, beyin fırtınası, pareto analizi, süreç haritaları, sebep sonuç diyagramları gibi süreç yönetiminde kullanılan pek çok araç inceleme alanında kullanılmaktadır.

IV. HASTANELER, MALZEME VE STOK YÖNETİMİ

Sağlık işletmeleri açısından malzeme veya stok yönetimi, kritik, önemli ve yerine getirilmesi gereken bir fonksiyondur. Sağlıkta dönüşüm programı ile ülkemizde stok ve malzeme yönetimi açısından önemli gelişmeler sağlanmıştır. Hastaneler içinde stok, toplam aktifler içinde önemli bir paya sahiptir ve hastaneleri verimlilik ve rekabet gücü açısından önemli düzeyde etkilemektedir. Stok yönetim çalışmaları, malzemelerin ihtiyaç duyulduğu zamanda, yerde ve miktarda bulunması için gerçekleştirilmektedir. Sağlık alanında kullanılan malzemeler ve bunların stok durumları, hastaların hayatı ve hastane bütçesi için kritik ve öncelikli öneme sahiptir (Yeşilyurt ve diğerleri 2015).

Yıldırım (2015) çalışmasında, sağlık hizmeti üretiminde kullanılan her türlü ticari nitelikli malı, ilk maddeyi, yarı mamulü ve mamulü malzeme olarak belirtmiş ve hastanelerin önemli malzeme kaynaklarını ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin oluşturduğunu ifade etmiştir. Malzeme ve stok yönetimi kavramları birbiriyle karıştırılabilen iki farklı kavramdır. Stok, belli bir zaman noktasında bir organizasyonun elinde bulunan, ölçülebilen ve gözle görülebilen mallar (hammaddeler, yarı işlenmiş mallar, nihai mallar, hazır parçalar, yardımcı malzemeler) ile bunların parasal değeri olarak ifade edilmekte, stok yönetimi ise işletmelerin, üretim, satış ve finans durumlarını göz önüne alarak, işletmenin yapısına uygun en ekonomik stok miktarını belirlenmesini ifade etmektedir (Sulak 2008). Malzeme yönetimi ise malzeme ihtiyaçlarının planlanması, malzeme gereksinimlerinin belirlenmesi, tedariki ve satın alınması, malzemelerin stoklanması ve stokların yönetimi, malzemelerin kurum içindeki hareketlerinin kayıt altına alınması gibi pek çok aşamadan oluştuğu ifade edilebilir. Koçak (2008) gerçekleştirdiği çalışmasında malzeme yönetiminde temel amacın, ihtiyaç duyulan malzemenin, ihtiyaç duyulan zamanda, yerde ve miktarda bulunmasını sağlamak olarak ifade etmişlerdir. Tengilimoğlu ve Yiğit (2013) malzeme yönetimi bir örgütün malzeme hareketlerinin en uygun zaman, yer, yöntem ve olanaklarla planlanması, uygulanması ve denetim süreci olarak ifade etmişlerdir. Malzeme yönetimi, stok yönetimini içine alan daha geniş bir kavramı ifade etmektedir. Daha dar kapsamda ameliyathane malzeme yönetimi ise Tüzemen (2014) tarafından, operasyonel hizmetlerin sunulmasında kullanılan ilaç, tıbbi malzeme ve tıbbi sarf malzemesi gibi ihtiyaçların belirlenmesi, ana depolardan tedarik edilmesi, stoklanması, muhafazası, dağıtımı, kullanımı ve envanter işlemlerini kapsadığını ifade edilmektedir.

Sağlık sektörüne özel sektörün girmesi ile kamu ve özel hastaneler arasında önemli bir rekabet ortamı oluşmuştur. Oluşan bu rekabet ortamı yöneticilere kaliteden ödün vermeden maliyetleri düşürme yönünde baskı oluşturmaktadır. Hastaneler için temel maliyetler

personel, amortisman, ilaç ve tıbbi malzeme giderleri gösterilebilir. Hastanelerin kapasitesine, iş yoğunluğuna ve tedarik kolaylığına göre optimum düzeyde malzeme tutmaları veya stok bulundurma üzerine çalışmalar yapmaları, strateji belirlemeleri gerekmektedir (Kısakürek, Elden 2011).

Süreç iyileştirme çalışmaları işletmenin performansını artırmak, maliyetleri azaltmak, kaliteyi iyileştirmek ve hızı artırmak için yapılabilmektedir. Süreç iyileştirme çalışmaları sonucunda gelirlerde, verimlilikte, varlıkların etkin kullanımında ve müşteriye sunulan hizmetler hususunda verimlilik artmakta, diğer taraftan malzeme yönetiminde ve stoklar üzerinde maliyetlerde azalma, malzeme kayıplarında azalma, malzeme yönetimine bağlı diğer hataların azalması sağlanabilmektedir (Kaygusuz, Kaygusuz 2014). Süreçlerde gerçekleşen işleri ve akışı ifade eden ve anlaşılmasını kolaylaştıran ve süreci görselleştiren süreç haritaları kullanılabilir. Süreç haritası, süreçte tanımlanmış olan aktivite ve karar noktalarını göstermektedir. Bu şekilde belirlenen organizasyon hedeflerine göre, sürecin hangi aşamalarına odaklanılacağı veya değiştirilmesi gerektiği, hangi aşamalarının destekleneceği veya hangi adımların kaldırılması gerektiği gibi kararlar alınmaktadır (Poyraz 2015). Çalışmada bu yönde süreç paydaşlarının da içinde bulunduğu toplantılar gerçekleştirilerek, hastanenin ameliyathane malzeme depo biriminin yürüttüğü süreçler haritalandırılarak, yürütülen süreçler üzerinde etkin bir düşünme ortamı yaratılabilmiş, ameliyathane malzeme deponun malzeme temin ve depolama süreçleri üzerinde paydaşların da katılımı ile aksayan noktaların giderilmesine çalışılmıştır. Uygulama başlığı altında süreç yönetim tekniği ile konu ele alınarak, ortaya konulan yeni süreçler ve çözüm olarak sunulan stok yönetim tekniği detaylı olarak açıklanmaktadır.

Hastane içinde sunulan hizmetler sırasında kullanılan malzeme çeşitliliği çok ve malzeme sayısı büyük miktarlar ile ifade edilebilir. Bu durum üniversite hastaneleri için gerçekleştirilen operasyon çeşitliliği ve özellikleri dikkate alındığı çok daha fazla olabilmektedir. Bu büyüklükteki malzeme stoku hastaneler için önemli bir bütçe kalemi oluşturmaktadır. Bu durum dikkate alındığında, sadece hizmet üretimi sırasında kullanılan malzemeler değil, elde olası senaryolara göre bulundurulacak malzeme miktarları da oluşan maliyet açısından önem taşımaktadır. Tüm işletmelerin malzeme, yarı mamul ve mamul stoklarına yönelik iyi bir stok planlama ve stok kontrol sistemi olması gerektiği ifade edilebilir. Sürekli ve aksaksız bir hizmete olanak sağlamak için, gereken miktarda malzemeyi bulundurmak, stoklara askeri düzeyde sermaye bağlamak gereklidir. Bunlara ek olarak eldeki malzemenin kolayca ve zamanında kullanılabilir şekilde ve güvenli olarak bulundurmak gerekmektedir (Önder 2009). Gerçekleştirilen çalışmada süreçler incelenirken bu yönde bir eksiklik fark edilmiş ve ekonomik sipariş miktarı çözüm olarak sunulmuştur.

Hastane işletmelerinde yaklaşık olarak toplam maliyetin %30-40'ını stok yönetimi ve tedarik sistemi oluşturmakta, kamu hastanelerinde, finansman açıklarındaki artıştan dolayı bu maliyetler daha yoğun hissedilebilmekte olduğu ifade edilmektedir (Aytekin 2009). Malzeme yönetim sistemi, bir kurumun finansal planlamasının ana belirleyicilerinden birisi olarak ifade edilmekte ve gelirin harcandığı ve sermayenin tüketilebileceği alanlar olarak gösterilmektedir (Paschoal, Castilho 2010). Malzeme yönetiminde temel amaç, en az maliyet ile en iyi hizmeti sunabilmektir. Bu noktada iyi hizmet; doğru malzemenin istenilen miktarda, doğru zaman ve yerde hizmet vermesini ifade etmektedir (Özdemir 2004). Malzeme yönetim işlevselliği, sistem içerisinde doğru şekilde hizmet vermesi, klasik yöntemler ile değil, stratejik kararları içine alacak şekilde gerçekleşebilir. Tedarik, depolama, dağıtım ve envanter kontrolü hizmetleri birbirleriyle direkt ilişkili hizmetler olması nedeniyle, işlemler arasında gerçekleşen bir hata, yönetim etkinliğini kontrol dışı bırakmaktadır. Günümüzde hastaneler artık mümkün olduğu kadar az stokla çalışmayı tercih etmektedir (Türk, Şeker 2011). Stok bulundurmak için hastaneler belirli bir maliyete katlanmak zorundadır ve barındırılan bu stok hastaneler için zorunlu bir maliyet olarak ifade

edilebilir. Bu maliyetler çeşitli unsurlardan oluşmaktadır. Bunlar; stoklara bağlanan sermaye maliyeti, stok tesisatı ve kiralık depo maliyeti, sigorta ve vergi, depo yönetimi ve işçilik maliyeti, stokların iktisadi ve fiziki değer kaybına uğramasından doğan maliyetlerdir (Uçkun 2017). Dolayısı ile stok miktarı ile bu maliyetlerde de artışın olabileceği düşünülebilir. İhtiyaçlar doğrultusunda, iyi analiz edilmiş ve matematiksel yöntemler ile desteklenmiş bir stok modeli bu maliyetleri azaltma noktasında önem arz etmektedir.

Hastanelerin hizmet sunduğu branşlar, sağlamış olduğu hizmetlerin çeşit ve sayısı arttıkça, stokta bulundurması gereken malzeme kalemleri de artış göstermekte, stok yönetimi daha karmaşık hale gelmektedir. Bu noktada ABC analizleri gibi çeşitli modeller kullanılmaktadır. Bu model stoklu kalemlerin yıllık kullanım değerleri üzerine kurulmaktadır. ABC analizinde ilk olarak her ürünün yıllık tüketimi belirlenmektedir. Tüketim miktarı, birim fiyatla çarpılır ve yıllık tüketim değeri bulunur. Ürünler, yüksek tüketim değerinden düşük değere sıralanır. Ürünler, yığılımlı yüzdelere göre sınıflandırılırlar. Sınıflandırmada stoklar A grubu en önemli, B orta derece önemli, C en az önem derecesinde ifade edilmektedir (Yalçın ve diğerleri 2015). Bu model ve gruplandırma ile askeri stok miktarı etkin bir malzeme yönetimi hedeflenmektedir. Uygulama başlığı altında süreç yaklaşımı ile ameliyathane malzeme depo birimi detaylı bir şekilde ele alınmakta, hastane bilgi sisteminden elde edilen malzeme bilgileri ile malzemenin matematiksel modeller kullanılarak yönetilmesi için çözüm sunulmaktadır. Elde edilen bu çözüm süreç yönetim tekniği ile sahanın incelenmesi, hali hazırda yürütülen süreçlerin haritalanması ve aksayan yönlerin tartışılması sonrasında çözüm olarak karşımıza çıkmıştır.

V. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma sahası olarak seçilen kurum, Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Ameliyathane Depo Birimidir. Birim, yıllık 35.695 ameliyatın gerçekleştiği ve bu ameliyatlarda 639 farklı ürünün kullanıldığı, 21 adet eş zamanlı operasyona hizmet sağlayabilen bir birimdir. Çalışmada, beyin fırtınası, neden-sonuç diyagramı, pareto analizi, dağılım diyagramları, süreç haritaları, kıyaslama gibi süreç iyileştirme tekniklerinden faydalanılmıştır. Çalışmada gerçekleştirilen toplantılar ve saha incelemeleri sonrasında beyin fırtınası ile 14 ana sorunun ortaya çıktığı görülmüştür. Bu sorunlardan 5 tanesi pareto analizi için değerlendirilmeye alınmamış, kalan 9 sorun uzmanlar tarafından incelenmiştir. Analizler sonrasında, en çok hataya neden olan durumun, stok yönetiminde bir model kullanılmaması ve buna ilişkin sorunlar olduğu görülmüştür. Çözüm önerisi olarak ABC analizi ve ekonomik sipariş miktarı yöntemi sunulmuştur. Çalışma sırasında Microsoft Office Word, Excel ve Visio programlarından faydalanılmıştır. Çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için ilgili hastanenin Döner Sermaye İşletme Biriminden yazılı izin alınmıştır.

VI. BULGULAR VE TARTIŞMA

6.1. İnceleme Alanı Hakkında Bilgilendirme

Uygulama, bir üniversite hastanesi Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ameliyathane depo biriminde gerçekleştirilmiştir. Uygulama aşamasında, ameliyathane malzeme yönetim sisteminin süreçleri incelenmiş ve detaylı olarak anlatılmıştır. Hastane, hizmet üretiminin aksamaması için cerrahi ve girişimsel işlemlerin yapıldığı ameliyathanede, malzeme deposu oluşturmuştur. Bu depolara malzeme taşıma işlemleri, hastanede bulunan ambar depo ve market depodan yapılmaktadır. Ambar depo ve market depo hastanenin tüm malzemelerinin depolandığı yerlerdir.

Ameliyathane depo, malzemelerin yaklaşık % 90'ını ambar depo, kalan bölümünü market depodan tedarik etmektedir. İstisnai durumlarda diğer depolardan malzeme tedariki

sağlanabilmektedir. Ameliyathane depo birimi, malzeme tedarikini haftalık olarak yapmaktadır. Yıllara göre uygulamaların yapıldığı hastanede gerçekleştirilen A-B-C-D-E grubu ameliyatların dağılımı Tablo 2 üzerinde gösterilmektedir. A grubu ameliyatlar, özellikli ameliyatlar ve girişimleri; B grubu ameliyatlar, özel ameliyatlar ve girişimleri; C grubu ameliyatlar, büyük ameliyatlar ve girişimleri; D grubu ameliyatlar, orta ameliyatlar ve girişimleri; E grubu ameliyatlar, küçük ameliyatlar ve girişimleri ifade etmektedir.

Tablo 2. Yıllara göre Uygulamanın Yapıldığı Hastanede Gerçekleştirilen A-B-C-D-E Grubu Ameliyatların Dağılımı

Yıl	Grubu	Toplam Sayı	Yıl	Grubu	Toplam Sayı
2013	A Grubu	5654	2015	A Grubu	3944
	B Grubu	6636		B Grubu	8798
	C Grubu	8330		C Grubu	8755
	D Grubu	7755		D Grubu	5064
	E Grubu	3029		E Grubu	7274
2014	A Grubu	4757	2016	A Grubu	4531
	B Grubu	7759		B Grubu	9599
	C Grubu	8242		C Grubu	9217
	D Grubu	7816		D Grubu	5282
	E Grubu	3882		E Grubu	7066

Süreçlerin süreç paydaşları ile gerçekleştirilen görüşmeler sonucunda oluşturulması ve detaylı olarak incelenmesi bir sonraki bölümde detaylı olarak ele alınmaktadır. Burada daha çok saha çalışması sırasında karşılaşılan süreç paydaşları ve sorumluluk alanları üzerinde durulmaktadır. Malzeme temin ve kullanımında, görev ve sorumluluklar değerlendirildiğinde, cerrahi işlemler için gerekli olan malzeme ve ilaçların neler olduğu ile ilgili kararı sorumlu hekim vermektedir. Hekimler, hastalara uygulanacak işlemlerde kullanılacak olan malzemelerin, operasyon öncesinde eksiksiz, doğru ve uygun bir şekilde hazır olacağını öngörmektedirler. Bu işlem hastaların yaşamı için kritik ve hayati bir işlem olup, gerekli olan malzemelerde herhangi bir eksikliğin olması durumunda, telafi edilemeyecek sonuçlar ile karşılaşılabilir.

Ameliyathane depo sorumlusu, doktorlar tarafından planlanan ve girişleri bölüm sekreterleri tarafından yapılan, malzemelerin listelerini hazırlamakla yükümlüdür. Ameliyat için gerekli malzemeleri hasta/operasyon bazında hazırlamakta ve ilgili hemşireye teslim etmektedir. Ameliyat bitiminde ilgili hemşire tarafından depoya ulaştırılan masraf formunu belirlenen standartlar doğrultusunda kontrol etmekte, onaylamakta ve ilgili görevliye teslim etmektedir.

Ameliyattan sorumlu hemşire, hekimin ameliyat için ihtiyaç duyduğu malzemeleri modülde hazır bulundurmakla ve bunları ameliyat için hazırlamakla sorumludur. Ameliyattan sonra kullanılan malzemeleri kontrol ederek, bu malzemeleri hasta masraf formuna işaretlemektedir. Kullanılmayan malzemeleri ise depo sorumlusuna teslim etmektedir. Ameliyathanede hemşireler iki farklı rolde görev yapmaktadır. Bunlar; steril alan içinde görev yapan dolaşıcı veya sirküle hemşire ve steril alan içinde kalıyorsa scrap/steril hemşire rolleridir. Sirküle hemşire; ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında cerrahi ekibin malzeme ihtiyaçlarını sağlamakta ve scrap/steril hemşire, ameliyat odasının hazırlanmasından sorumlu bulunmaktadır (MEGEP 2012).

Hastane bünyesindeki ameliyathane biriminde toplam 21 adet eş zamanlı operasyona imkan sağlayan, her bir ameliyat odasının modül olarak tabir edildiği büyük bir yapı mevcuttur. İlgili ameliyat gruplarının gerçekleştirimi sırasında, malzemeler ambar depo ve

market depolardan hazırlanarak servis edilmektedir. Hastanenin malzeme ihtiyaçlarının tespiti ve gerekli planlamalarının yapılmasıyla malzeme yönetim birimi sorumludur. Hastanede rutin kullanımında olan malzemeler, kritik stok miktarına ulaştığı zaman depo sorumluları tarafından malzeme yönetim sistemi üzerinden talep edilmektedir. Malzemelerin planlamaları aylık ortalama tüketim miktarları göz önüne alınarak malzeme yönetimi çalışanları tarafından yapılmaktadır. Malzemelerin tedarikçiden temin edilerek, ambar depo ve market depoya kadar oluşan süreçten satın alma birimi sorumlu bulunmaktadır.

6.2. Süreçlerin İncelenmesi

Tengilimoğlu ve Yiğit (2013) sağlık kuruluşlarında tıbbi malzeme ihtiyacının belirlenmesinde, hastane yöneticileri, bölüm başkanı, tıbbi malzeme sorumlusu, hemşire gibi malzeme tüketimini yapan birimlerin uzman personelin görüşlerinden yararlanılması gerektiğini ifade etmektedir. Çalışmada bu yönde süreçlerin paydaşları ile çeşitli toplantılar düzenlenmiştir. Ameliyathane malzeme temin, depolama ve kullanım süreçleri analiz edilirken, süreç yönetim tekniği uygulanmış, toplantılarda süreç paydaşlarının özgür bir şekilde görüşlerini sunmaları sağlanmıştır. Toplantılar sırasında var olan süreçlerin tanımlanması ve belgelenmesinde beyin fırtınası tekniği uygulanmış, tartışmalar, oluşturulan görüşme formlarında kayıt altına alınmış ve süreçlerin incelenmesi için bu formlar ışığında hareket edilmiştir. Görüşmeler, süreçlerde görev alan, ameliyathane depo görevlisi, ameliyathane sorumlu hemşiresi, scrap ve sirküle hemşire, ambar ve market depo görevlileri ile yapılmıştır. Tanımlanan süreçlerin aksayan yönlerinin belirlenmesi için süreçleri iyileştirme toplantıları gerçekleştirilmiştir. Her toplantı belirli bir konu ve gündem ile gerçekleşmiş, toplantılarda görüşme konuları üzerinde ayrıntılı şekilde taraflar tartışmıştır. Toplantılarda herkesin görüşlerinin özgür bir şekilde sunmasına, beyin fırtınası yöntemiyle çok sesli bir düşünme ortamı oluşturulmasına özen gösterilmiştir. Araştırmacılar toplantılar sonrasında kendi aralarında özel değerlendirme toplantıları gerçekleştirmiş, bazı noktalarda derinlemesine araştırma yapmış ve sahaya uygun çözüm sunabilmek için bir sonraki toplantılar için hazırlıklar gerçekleştirmişlerdir. Gerçekleşen görüşmeler Tablo 3 üzerinde görüşme tarihi ve konular ile beraber ifade edilmektedir.

Tablo 3. Uygulama Sahasında Gerçekleştirilen Görüşmelerin Tarih ve Konuları

Sıra	Görüşme Tarihi	Görüşme Konusu
1	11/10/2017	Tanışma toplantısı ve ameliyathane malzeme alanını tanıtımı
2	14/10/2017	Ameliyathane içinde malzeme temini ile ilgili süreçler hakkında bilgi alındı, bu süreçler gruplandı, sonrasında yapılacak görüşmeler için başlıklandırıldı.
3	20/10/2017	Ameliyathane malzeme kullanım süreçleri ve malzeme şablonları incelendi, ameliyat hizmet türlerine göre malzeme hazırlama süreçleri hakkında bilgi toplandı.
4	30/10/2017	Mevcut HBYS'nin (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) stok yönetimi modülü incelendi, stok kontrolü için yapılan işlem ve süreç hakkında bilgi alındı.
5	02/11/2017	Malzeme talep miktarı belirleme ve malzeme talep etme süreçleri incelendi.
6	10/11/2017	Talep edilen malzemelerin ambar depo ve market depoda hazırlanması ve ameliyathane depoya teslimi ve raf yerleşim süreci gözlemlendi.
7	16/11/2017	Malzeme kullanım süreci sonrasında yapılan işlemler hakkında bilgi toplandı ve süreç gözlemlendi
8	23/11/2017	Ameliyathane sorumlu hemşiresi, scrap ve sirküle hemşireleri ile ameliyathane depo malzeme temin süreçleri irdelendi, bu süreçte yaşanan olası sorunlar, eksiklikler tartışıldı.
9	30/11/2017	Ambar ve market depo görevlisiyle yapılan görüşmede malzeme hazırlama ve taşıma aşamasında karşılaşılan olası sorunlar tartışıldı.

6.3. Malzeme Temin ve Depolama Süreci

Hastaneler, malzeme yönetim sürecinde, hizmet üretiminin aksamaması, acil vakaların meydana gelmesi, malzeme teminindeki gecikmeler nedeniyle malzeme, ilaç ve benzeri kaynakları stoklamak zorundadır. Hastaneler malzeme stoklama fonksiyonlarını yerine getirirken farklı depolama organizasyonları kurabilmektedir. Birden farklı birimde, aynı anda hizmet üretilebilmesi amacıyla, depo yerlerini farklı yerlerde oluşturabilir. Bu organizasyonun yapılmasının amacı, hizmetlerin aksamadan, istenilen malzemenin istenilen zaman ve yerde hazır bulundurulmak istenmesidir. Uygulamanın yapıldığı ameliyathanede tüm operasyonların yapılabilmesi amacıyla gerekli olan tıbbi malzemeler için, ameliyathane içerisinde tıbbi malzeme depolama alanı oluşturulmuştur. Bu malzeme deposu, tıbbi malzemelerin kullanıma hazır olarak bekletildiği alandır. Tıbbi malzeme deposuna, malzeme temini, ambar depo ve market depodan karşılanmaktadır.

Uygulamanın yapıldığı hastanede ameliyathane depo biriminde, haftanın belirli günleri sorumlu depo görevlisi HBYS'den aldığı stok kontrol raporuna göre, raflarda bulunan malzemeleri gözle kontrol etmekte ve stok kontrollerini yapmaktadır. Stok kontrolü, HBYS aracılığı ile stok listesi ve göz kontrolü yöntemiyle gerçekleştirilmektedir. Malzeme ihtiyacı hasta/operasyon sayılarına göre belirlendikten sonra, ihtiyaç miktarları belirlenerek, HBYS üzerinden malzemelerin talep girişleri yapılmaktadır. Kontrol sonrasında eksik malzemeler ambar depo ve market depodan tedarik edilmektedir. Ameliyathane depo görevlisi tarafından HBYS'ye talepleri girilen malzemeler, ambar ve market depodaki görevli kişiler tarafından hazırlanmakta ve HBYS'den barkodları okutularak ilgili depodan çıkışları yapılmaktadır. Çıkışı yapılan malzemeler ameliyathane depoya gönderilmektedir. Ameliyathane depo görevlisi malzeme tesliminde talep formuna göre malzemeyi teslim almaktadır. Sayımı ve girişleri yapılan malzemeler, depo/raf adreslemelerine göre yerleştirilmektedir. Ameliyathane malzeme temin ve depolama sürecinin süreç yönetim tekniği ile oluşturulan süreç haritası detaylı olarak Şekil 1 üzerinde ifade edilmektedir.

6.4. Malzeme Kullanım Süreci

Servis sekreterleri tarafından bir gün öncesinde hekim tarafından belirtilen hasta operasyonları HBYS'ye girilmekte, operasyonlara göre, ameliyathane depoda ameliyatlara ilişkin malzemeler hazır edilmektedir. Ameliyatlar için kullanımı muhtemel olan malzemeler, daha öncesinde hekimlerle görüşülerek belirlenmiş standart şablonlara göre hazırlanmaktadır. Şablonlar tüm hekimlerce kabul görmüş ilgili operasyonlar için malzeme listelerini içermektedir. Bu malzeme şablonları ameliyat kodlarına göre HBYS'ye tanımlanmıştır. Şablon mantığı malzeme yönetimi için hastanenin geliştirmiş olduğu akılcı, iyi düşünülmüş, etkin bir araç olarak karşımıza çıkmaktadır. Şablonların bilgi sistemine tanımlanmış olması ve farklı noktalardaki depolar arasında bilgi sistemleri aracılığı ile etkin bir etkileşim sağladığının göstergesi olarak ifade edilebilir. Hazırlanan malzemeler, ameliyat sorumlu hemşiresi tarafından, ameliyat öncesinde teslim alınmaktadır. Malzemeler, sorumlu hemşireye HBYS aracılığı ile zimmetlenerek teslim edilmektedir. Zimmet mantığının incelenen sahada daha önce geliştirilmesi ve personel bilgisinin sistemde kayıtlı olması, zimmet mantığının HBYS üzerinde karşılığının bulunması ve kullanılabilir olması, sahanın bilgi sistemleri konusunda güçlü etkili yanlarından birisi olarak ifade edilebilir.

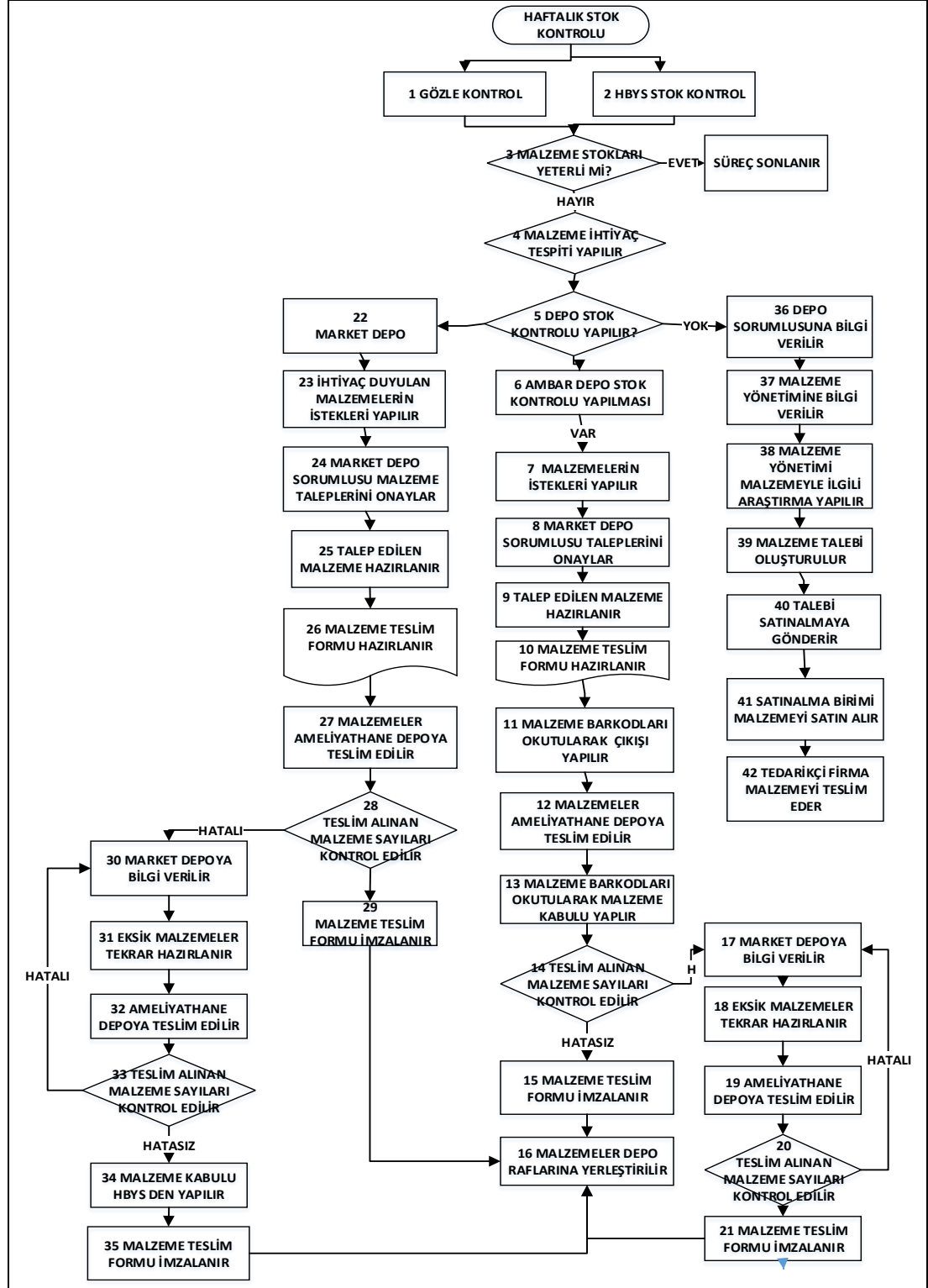
Ameliyat işlemi başlamadan önce sirküle hemşire malzemeleri kullanım için scrap hemşireye teslim etmektedir. Malzeme kullanımı ameliyat işlemi sırasında sorumlu hekimin sorumluluğundadır. Sorumlu hekim malzeme şablonunda olmayan bir malzeme isteyebilmekte veya şablondaki malzeme sayısı operasyonda yetersiz kalabilmektedir. İstenen bu malzemeler görevli personel tarafından depodan hasta adına getirilmektedir. Bu şekilde rutin malzeme kullanım süreci tamamlanmaktadır (Şekil 2). Ameliyathanede her

zaman rutin işlemler gerçekleşmemektedir. Ameliyathanelerde acil ameliyat yapılması gereken ve ameliyathane deponun özel hazırlık yapması gereken durumlar oluşabilmektedir. Şablonlar rutin vakalarda olduğu gibi acil vakalarda da kullanılmaktadır. Acil vakalar için şablonlar önceki acil vaka sayıları ve durumları dikkate alınarak oluşturulmaktadır. Eğer ameliyatın malzeme şablon listesi hazır değilse depo görevlisi malzemeleri, şablona göre ivedi şekilde hazırlamaktadır. Ameliyathane malzeme acil kullanım süreci acil vakalar için detaylı olarak Şekil 3 üzerinde ifade edilmektedir.

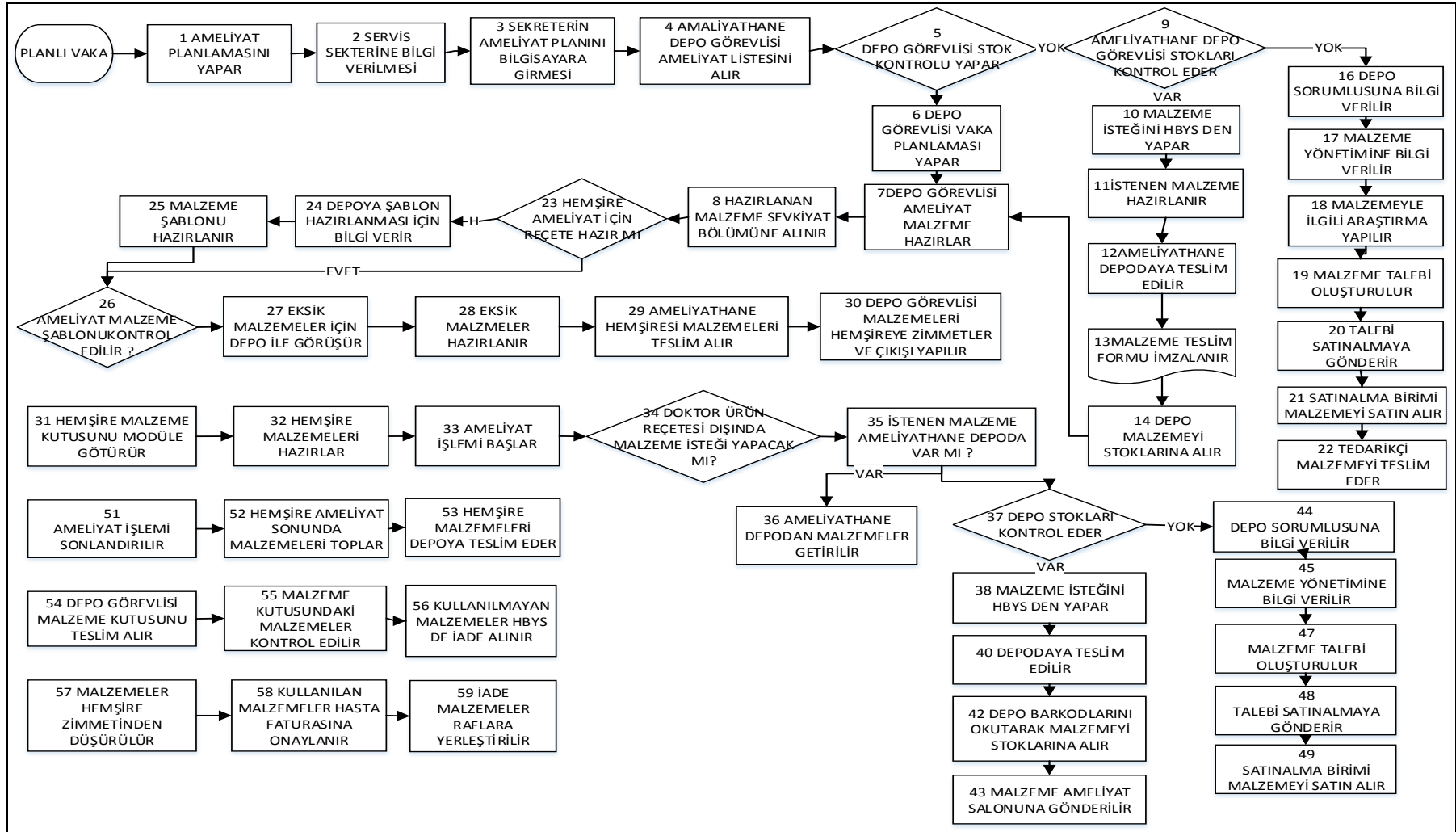
6.5. Süreçlerde Yaşanılan Aksaklıklar

Süreç yönetiminin ve tekniklerinin uygulandığı sahalarda, süreçlerin iyileştirilmesi ile verimlilik ve kalite artmaktadır (Davari et al. 2018; Andellini et al. 2017; Dunkel, Kramp 2012; Ryan et al., 2017). Hastane bütçesi içinde büyük paya sahip olan malzemelerin, en yoğun ve çeşitli kullanıldığı birim olarak ifade edebileceğimiz ameliyathaneleri ve malzeme yönetiminden sorumlu ameliyathane depo birimini süreç yönetim tekniği ile incelemek için doğru saha olarak ifade edebiliriz. Uygulama sahasında, malzeme temin ve kullanım süreçlerinde, en sık karşılaşılan sorunları belirlemek amacıyla, süreç değerlendirme ve iyileştirme toplantıları gerçekleştirilmiştir. Aynı zamanda olası sorunların ve aksayan yönlerin tespit edilebilmesi amacıyla, ameliyathane depo, market depo, ambar depo ve ameliyathanede, süreç yönetim tekniği ile gözlemler ve incelemeler yapılmıştır. Saha içindeki incelemeler sonucu tespit edilen sorunlar ve süreç paydaşları ile gerçekleştirilen toplantılarda ortaya konulan sorunlar süreç iyileştirme toplantılarında tartışılan sorunlar başlığı ile Tablo 4'te sunulmuştur.

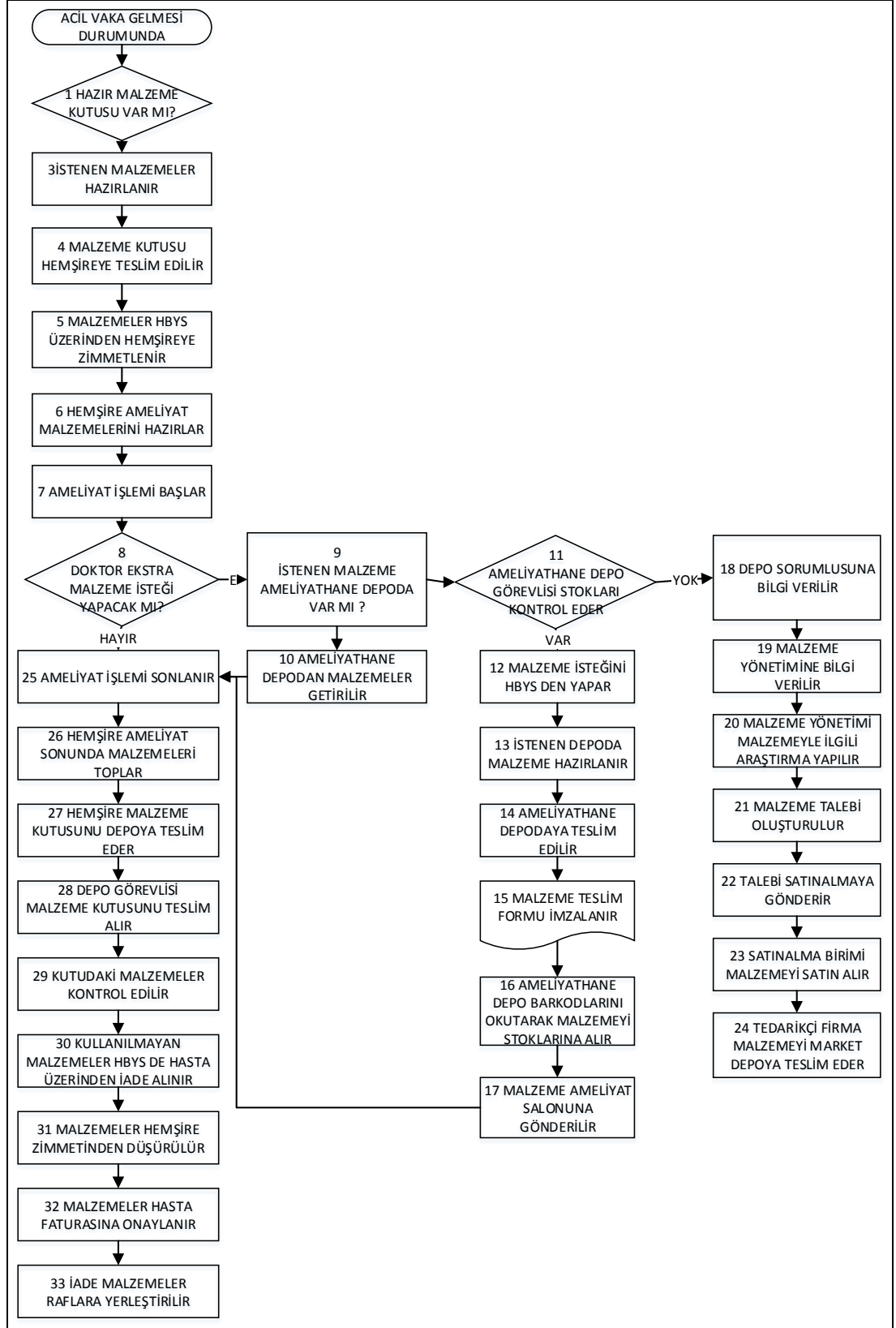
Şekil 1. Ameliyathane Malzeme Temin ve Depolama Süreci



Şekil 2. Ameliyathane Malzeme Kullanım Süreci



Şekil 3. Ameliyathane Acil Vaka Malzeme Kullanım Süreci

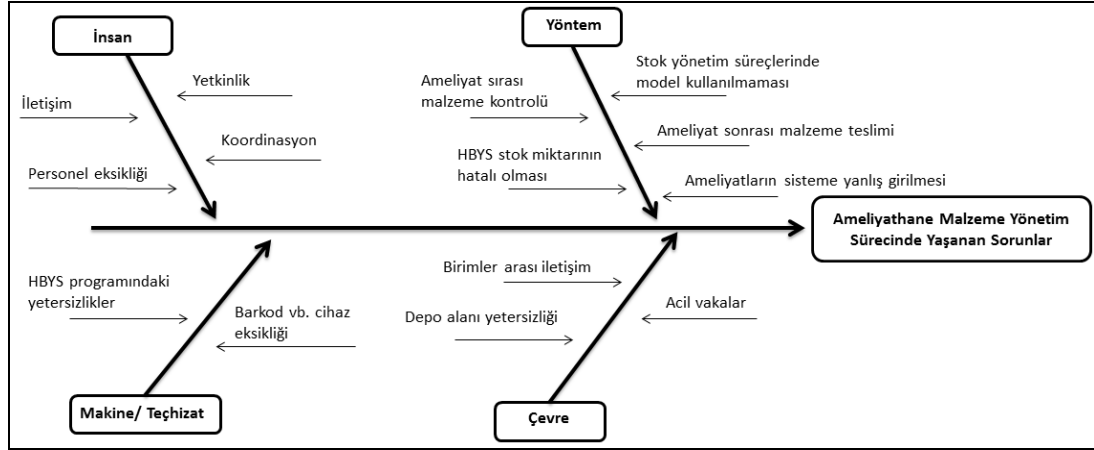


Tablo 4. Süreç İyileştirme Toplantılarında Tartışılan Sorunlar

Sıra	Konu
1	Planlanan ameliyat kodunun yanlış giriş yapılması
2	Ameliyatta ilave alınan malzemelerin yanlış hasta üzerine girilmesi
3	Sekreter tarafından yapılan hasta ameliyat salonu değişikliği ve depo görevlisinin bundan haberdar edilmemesi, dolayısı malzeme girişindeki hatalar
4	Malzemelerin yanlış açılıp kullanılmaması ve hastaya masraf edilememesi
5	Hastanede mevcut kullanılmakta olan HBYS paket programının ambar modülünün kullanıcıların ihtiyaçlarına cevap vermemesi ve çeşitli işlem hatalarının oluşması
6	Fiziki alan yetersizliğinden dolayı malzeme hazırlama sürecinin uzun sürmesi
7	Ambar depo çalışanları ve diğer depo çalışanları arasında iletişim sorunu yaşanması
8	Taşıma işlemi için görevlendirilen personelin sık değişmesi
9	Malzeme tesliminde zaman yetersiz olduğu için malzeme sayıları kontrol edilememekte, malzeme şablon listesindeki malzeme sayıları tam olduğu varsayılmakta
10	Malzemelerin cerrahi işlem için hazırlanma aşamasında, malzeme listesinde olan malzemelerin eksik olması
11	Ameliyat şablon listesindeki malzemeler hastaların biyolojik ve fizyolojik özelliklerine (boy, kilo, yaş) bağlı olarak farklılık göstermesi ve işlem sırasında malzemelerin yetersiz kalabilmesi
12	Malzeme hazırlığında kullanıcıların hatasına bağlı malzemelerin steril özelliğini kaybetmesi ve ek malzeme talebiyle işlemlerin uzaması
13	Bazı özellikli malzemelerin ameliyathane depoda bulunmaması ve malzemenin özellikli olması nedeniyle market depodan temin süresinin uzun olması
14	Süreçlerde personel sayısının yetersizliği
15	Malzemenin depolar ve kullanıcılar arasında, personelin mesai değişimleri ve personel arasında teslim formlarının düzenlenmemesi nedeniyle, malzeme akışının kontrol edilmesinde aksaklıklar oluşması

Yapılan toplantı ve gözlemler sonucunda mevcut malzeme temin ve tedarik sürecinde çeşitli sorunlar olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4). Al (2014) süreç iyileştirme için gerekli koşulları, etkin bir yönetim, belirli sorunlara odaklanılması gereği, sorunların kaynaklarının tespiti, belirli sorunların belirlenmesi, sorunların ve gelişimlerin izlenmesi ve değişimlerin izlenmesi olarak ifade etmektedir. Bu aşamalarda ise beyin fırtınası, nominal grup tekniği, neden-sonuç diyagramı, pareto analizi, dağılım diyagramları, kontrol çizelgeleri, süreç haritaları, kıyaslama gibi süreç iyileştirme tekniklerinden faydalanılabileceğini ifade etmektedir. Buradaki her bir teknik farklı bir amaç için kullanılmaktadır. Örneğin neden sonuç diyagramı, sorunların kaynaklarının belirlenmesi için süreç paydaşları ile beyin fırtınası yöntemi ile oluşturulan, sorunların neden ve sonuçlarının görselleştirilip üzerinde daha etkin tartışma ortamının sağlandığı, etkin bir süreç iyileştirme aracı olarak ifade edilebilir. Süreç paydaşları ile gerçekleştirilen toplantılar sonucunda, tespit edilen sorunların nedenlerinin ortaya konulması ve çözüm üretilebilmesi için Şekil 4'teki neden sonuç diyagramı hazırlanmıştır.

Şekil 4. Neden-Sonuç Diyagramı



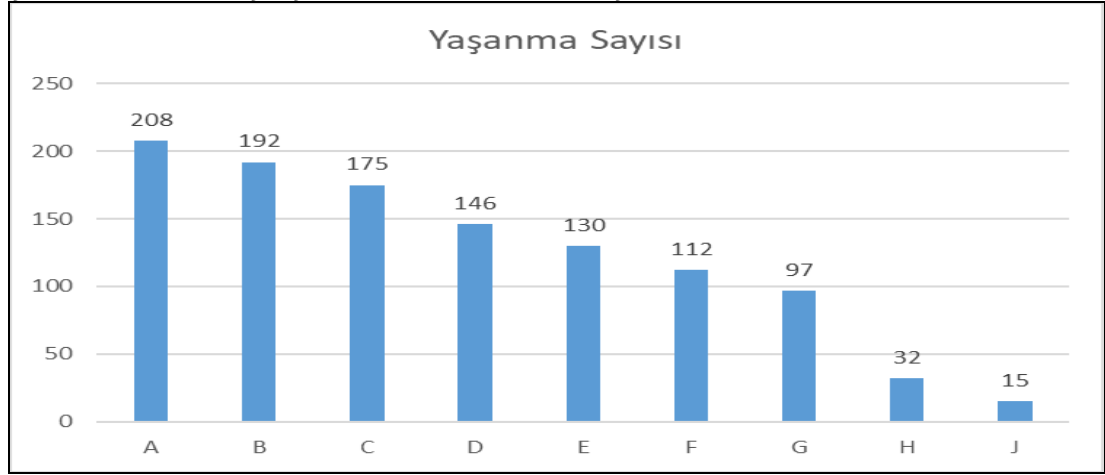
Şekil 4’te görüldüğü gibi ameliyathane malzeme yönetim sürecinde yaşanan sorunlar 4 ana başlık altında toplanmıştır. Bunlardan ilki insan hatalarıdır. Hastanelerde çalışan sayısının ve çeşitliliğinin fazla olması iletişim eksikliğine, personel yetkinliğine bağlı iş kalitesinde tutarsızlığa, personel koordinasyon sorununa ve insan kaynağının hastane içinde homojen dağılmamasına neden olmaktadır. Çalışanların planlı dağıtılmamasından ötürü, personel eksikliğine neden olabilmektedir. Bir diğer neden ise, yöntem kaynaklı sorunlardır. Bunlar, ameliyat sırası malzeme kontrolü, HBYS stok miktarının hatalı olması, stok yönetim süreçlerinde model kullanılmaması, ameliyat sonrası malzeme teslimi, ameliyatların sisteme yanlış girilmesi olarak belirlenmiştir. Makine/teçhizat kaynaklı sorunlar ise, hastanenin mevcut HBYS programının kullanıcıların ihtiyaçlarına karşılamaması ve barkod ve benzeri cihazların yetersizliği olarak gösterilmektedir. Sorunun çevresel nedenleri depo alanının yetersizliği, acil vakalar ve birimler arası iletişim sorunları olarak belirlenmiştir.

Süreç iyileştirmenin sağlanabilmesi için gerekli koşullar arasında etkin bir yönetim aracılığı ile belirli sorunlara odaklanılması gerekmektedir. Sorunlar tespit edildikten sonra bu sorunların süreçlere etkisi için ölçülüp, iyileştirme adımları gerçekten etkili olup olmadığı hesaplanabilmelidir. Neden-sonuç diyagramında ortaya çıkan sorunlar süreç paydaşları ile gerçekleştirilen bir toplantı ile 9 başlık altında, sorunların yıl içindeki yaşanma sayısı süreç sahiplerinin uzman görüşüne dayanılarak ve saha içinde gerçekleştirilen gözlemler ile ortaya konulmuştur. Bu sonuçlar en sık karşılaşılan sorunlar başlığı ile Tablo 5 üzerinde ifade edilmektedir.

Neden sonuç diyagramında tespit edilen fakat pareto analizi için değerlendirilmeye alınmayan 5 sorun sırasıyla, personel eksikliği, yetkinlik, birimler arası iletişim, depo alanı yetersizliği ve acil vakalar ile ilgili sorunlardır. Bu beş adet sorun süreç yönetim tekniğinin uygulanmasının veya araştırmacıların direk ilk etapta çözüm getirebilecekleri bir alan değildir. Daha çok yönetsel ve saha yapısı ile ilgili sorunlardır. Bu nedenle sorunlar hakkında yöneticilere konu hakkında bilgi verilmesi yoluna gidilmiştir.

Tablo 5. En Sık Karşılaşılan Sorunların Konu Başlıkları

Kod	Sorunlar	Yaşanma Sayısı
A	Stok yönetimi süreçlerinde bir model kullanılmaması	208
B	Koordinasyon	192
C	Ameliyat sırasında istenen malzemelerin kontrol edilememesi	175
D	Mevcut HBYS programının yetersizliği	146
E	İletişim	130
F	Malzemelerin Zamanında Teslim Edilmemesi	112
G	Ameliyat sonrası malzemelerin zamanında teslim edilmemesi	97
H	HBYS stok miktarının hatalı olması	32
J	Planlanan ameliyatın sisteme yanlış girilmesi	15

Şekil 5. En Sık Karşılaşılan Sorunların Konu Başlıkları Grafikselleştirilmiş Görünüm

Süreçler analiz edildikten sonra, ortaya çıkan sorunların çözümü için, öncelikle hangi sorunlardan ve nasıl başlanacağına karar verilmesi zordur. Bu noktada pareto analizi karşımıza çözüm olarak çıkmaktadır. Pareto analizi süreç yönetiminde kullanılan tekniklerden birisidir. Sorunları daha az önemli sorunlardan ayırmak ve çözüme en fazla etki edecek sorunların çözümüne odaklanmak için gerçekleştirildiği ifade edilebilir. Şekil 5 ve Tablo 5 üzerinde ifade edilen sorunlar incelendiğinde, en çok tekrar eden sorunun stok yönetiminde bir model kullanılmaması ve buna ilişkin sorunlar olduğu görülmüştür. Bu bağlamda ameliyathane malzeme depo biriminde stok yönetimi için etkin bir model kullanımına dönük süreç iyileştirme çalışması gerçekleştirilmiştir.

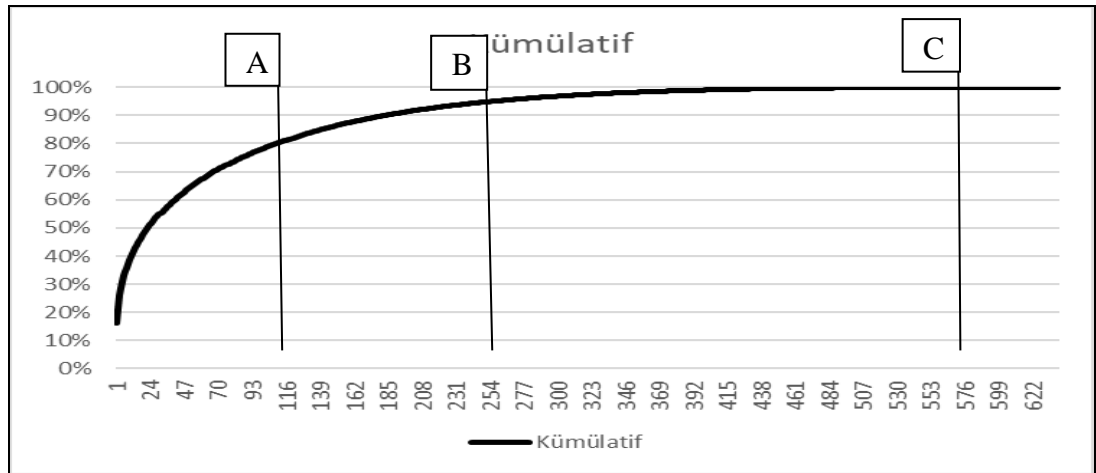
6.6. Çözüm Önerisi

Uzuntarla ve diğerleri (2015) çalışmalarında, malzeme ihtiyaç planlama, tam zamanında üretim, barkod-karekod, RFID ve PYXIS gibi yöntem ve teknikleri hastanelerde malzeme yönetimi için kullanılabilir çağdaş yöntemler olarak değerlendirmişlerdir. Aynı çalışmada, hastanelerin kaliteli sağlık hizmeti verebilmeleri için insan gücünün yanında malzemelere ayrılan kaynağın da etkin kullanılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Süreç yönetim tekniği ile saha incelemesi sonucunda bu kanıtı doğrulayan bir durum ortaya çıkmıştır. Kaynakların etkin kullanımı ve süreçlerin daha verimli işletilebilmesi adına ameliyathane malzeme depo biriminde stok yönetimi için etkin bir model kullanımı gereği ortaya çıkmıştır. Çözüm önerisi olarak öncelikle ABC analizi ile malzeme etkin bir stok yönetimi sağlanması hedeflenmiştir. ABC analizi sorunların önceliklendirilmesi için kullandığımız pareto analizinin özelleştirilmiş hali olarak ifade edilebilir. ABC analizi,

malzemeleri belirli bir kritere göre önem derecesi vererek sınıflandırmaktır. Analizin amacı, kullanılan malzemelerle ilgili gerekli kararların alınması ve yöntemlerin benimsenmesine yönelik veri sağlamaktır. Analiz aracılığı ile hastane içinde etkin bir stok yönetimi sağlanması hedeflenmiştir. Bu bağlamda ameliyathanede malzeme türlerine göre gerçekleştirilen ABC analizi Şekil 6 üzerinde görülmektedir. Şekil 6’da yatay eksendeki veriler stok kalemlerini ifade etmektedir. Toplamda 639 adet stok kalemi bulunmaktadır. A grubu stokların 112 adet, B grubu stokların 154 adet ve C grubu stoklar 373 adet olduğu tespit edilmiştir. Dikey eksen ise stokların karşılık yüzde dilimleri ifade etmektedir.

ABC analizi; malzemeleri sınıflandırırken A grubuna adet olarak az sayıda olan fakat değer olarak yüksek değerli olan malzemeleri ifade eder. A grubundaki malzemelerin toplam değeri B ve C grubundaki malzemelere göre yüksek olmasından dolayı bu gruptaki malzemelerin etkin yönetimi çok önemlidir. Çünkü A grubundaki malzemelerin stok düzeylerinin etkin yönetimi stok yatırımlarında tasarruf sağlayabilir. Şekil 6’da görüldüğü üzere A grubu malzemeler 112 adet olup maliyetlerin yüzde 80’ni oluşturmaktadır. Yani A grubu malzemeler toplam maliyetin büyük çoğunluğunu oluşturduğu için, bu malzemeler ile ilgili ESM (Ekonomik Sipariş Miktarı) hesapları yapılmış olup, daha ekonomik siparişlerin verilmesi planlanmıştır.

Şekil 6. Malzeme Çeşitlerine Göre ABC Analizi



ABC analizi uygulamasında öncelikle her malzemenin yıllık tüketim miktarı belirlenir. Malzemelerin kullanım miktarları, malzemelerin birim fiyatlarıyla çarpılarak, yıllık toplam tüketim değerleri hesaplanmıştır. Hesaplanan bu değerler, en yüksek değerden en düşük değere kadar sıralanmakta ve malzemeler yığılımlı yüzdelerine göre sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmada A grubu malzemeler en önemli, B orta önemli, C en az önemli olarak üç gruba ayrılır.

Tablo 6 ve Tablo 7’de uygulamanın yapıldığı araştırma hastanesinin ameliyathane deposunda 2016 ve 2017 yıllarına ait malzeme çıkışlarına göre hesaplanan A grubu malzemelerin bilgileri verilmiştir. Söz konusu hastanede 2016 yılında 112 adet malzeme A grubunda yer almakta ve bu malzemelerin toplam maliyeti 6.950.184 TL’dir. 2017 yılının 10 aylık malzeme kullanım verilerine göre 102 adet malzeme A grubunda yer almakta ve toplam maliyeti 8.274.191 TL’dir.

Tablo 6. 2016 Yılı Ameliyathane Malzeme Bilgileri

Toplam Malzeme Sayısı	Toplam Malzeme Miktarı	Toplam Malzeme Maliyeti	Toplam Yüzdellik Payı	ABC Analizi Grubu
112	471831	¥ 6950184	80	A Grubu

Tablo 7. 2017 Yılı 10 Aylık Ameliyathane Malzeme Bilgileri

Toplam Malzeme Sayısı	Toplam Malzeme Miktarı	Toplam Malzeme Maliyeti	Toplam Yüzdellik Payı	ABC Analizi Grubu
102	1492012	¥ 8274191	80	A Grubu

Hastanelerde etkin stok kontrol yöntemleri sayesinde malzemelerin gelecek zaman diliminde, kullanım miktarları hesaplanarak işletmenin malzeme bütçelerinin optimum seviyede tutulması amaçlanmaktadır. Bu nedenle çalışmamızda ABC analizi sonrasında stok kontrol yöntemi olarak en sık kullanılan ESM yöntemi kullanılarak A grubu malzemelerin sipariş miktarları hesaplanmıştır. Sulak (2008)'e göre stok kontrol yöntemleri içinde ekonomik sipariş ve üretim miktarı modelleri, yirminci yüzyılın başından itibaren kullanılmasına rağmen, kullanım kolaylığı ve basitliği açısından önemini yitirmemiş, hatta yapılan katkı ve düzenlemelerle oldukça rağbet kazanmış bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tablo 8 ve Tablo 9'da A grubu malzemeler için hesaplanan ekonomik sipariş miktarları verilmiştir. ESM'nin tercih edilme sebebi hesaplama yapılan malzemelerin talebinin sürekli ve düzgün olduğu varsayımdır. ESM hesaplamasında, A grubu malzemelerin sipariş maliyeti, bir birim malzemenin elde bulundurma maliyeti ve malzemelerin yıllık talep miktarları kullanılmıştır. Sipariş verme maliyeti mevcut süreçte depo görevlisinin malzeme talebini oluşturma aşamasında harcadığı zaman üzerinden hesaplanmıştır. Yıllık elde bulundurma maliyeti 1 birim stoğa yatırılan paranın yıllık faiz getirisi ve yıllık enflasyon göz önünde bulundurularak hesaplanmıştır. Yıllık net ihtiyaçlar ABC analizi hesaplaması yapılırken hastanenin stok çıkış kayıtları incelenerek bulunmuştur.

Tablo 8. 2016 Yılı Ekonomik Sipariş Miktarı Hesaplama Tablosu

Yıllık Net İhtiyaç	Malzeme Birim Fiyatı	Günlük Piyasa Faiz Oranı (%)	Ortalama Temin Süresi	Sipariş Verme Maliyeti	Bir Birimi Yıllık Elde Bulundurma Maliyeti (TL)	ESM
803	1737,29	0,038	1	51,90	6,60	112
223	2027,99	0,038	1	51,90	7,71	55
287	1411,74	0,038	1	51,90	5,36	76
111	2213,55	0,038	1	51,90	8,41	38
1462	128,16	0,038	1	51,90	0,49	579
226	733,87	0,038	1	51,90	2,79	96
86	1488,72	0,038	1	51,90	5,66	42
1266	96,92	0,038	1	51,90	0,37	636
601	198,03	0,038	1	51,90	0,75	309
1488	79,71	0,038	1	51,90	0,30	774

Tablo 9. 2017 Yılı Ekonomik Sipariş Miktarı Hesaplama Tablosu

Yıllık Net İhtiyaç	Malzeme Birim Fiyatı	Günlük Piyasa Faiz Oranı (%)	Ortalama Temin Süresi	Sipariş Verme Maliyeti	Bir Birimi Yıllık Elde Bulundurma Maliyeti	ESM
903	1888,78	0,038	1	51,90	7,18	114
389	1742,59	0,038	1	51,90	6,62	78
270	2085,47	0,038	1	51,90	7,92	59
481	730,20	0,038	1	51,90	2,77	134
1822	129,51	0,038	1	51,90	0,49	620
87	2366,51	0,038	1	51,90	8,99	32
1728	90,68	0,038	1	51,90	0,34	721
93	1549,80	0,038	1	51,90	5,89	40
89	1500,19	0,038	1	51,90	5,70	40
630	209,86	0,038	1	51,90	0,80	286

Yapılan hesaplamayla, ameliyathane depo malzeme temin ve kullanım sürecinde sorunlara çözüm getirmekle beraber, süreç ana hatları ile tekrar ele alınmıştır. Süreç üzerinde yapılan iyileştirmeler hataları çözmeye ve süreci iyileştirmeye yönelik olmuştur. Sürecin yeni hali Tablo 10'da verilmiştir. Mevcut süreçte ameliyathane malzeme temin ve depolama süreci; 372 dk olarak gözlemlenmiştir. Önerilen süreçte toplam işlem süresi 291 dk ya düşmüştür. Malzeme talep miktarlarını belirlenmesinde kullanılması önerilen ekonomik sipariş miktarı modeli sayesinde zaman tasarrufu sağlandığı gözlemlenmiştir.

Öncelikle süreç üzerinde ameliyathane depo görevlileri tarafından, malzemelerin talep etme sürecinde yaşanan sorunların çözümüne yönelik önerilen ABC analizi ve ekonomik sipariş yöntemi ile malzemelerin temini ve depolanmasında zaman tasarrufu sağlanmıştır. Depo görevlisinin stok kontrolündeki ve malzeme teminindeki bu sorunun çözümüyle, birbiriyle ilişkili olan diğer sorunların yaşanma olasılığı minimize edilmeye çalışılmıştır. Ambar depo ve market depodan yapılacak olan malzeme teminleri ekonomik sipariş miktarına göre belirli zaman aralıklarıyla yapılacağından, malzemelerin elde bulundurma maliyetleri minimize edilmiştir. Bu durumda hastanenin finansal sürdürülebilirliğine katkısı olacağı düşünülmektedir. Ekonomik sipariş miktarlarıyla optimize edilmiş süreçler, gereksiz iş gücü, zaman kaybı ve etkin malzeme yönetimi için bize fırsat sunmaktadır.

Sağlık hizmeti üretim süreçlerinde faaliyetler arasında bir sonraki faaliyete geçebilmek için önceki faaliyetlerin tamamlanmasını beklenmektedir. Bir önceki faaliyetin hatalı tamamlanması, kendisinden sonraki faaliyetlerin hatalı olmasına neden olmaktadır. Bu sebeple çalışmamızda malzeme kullanım sürecinde mevcut süreçte yaşanan sorunların çözümüne ilişkin Tablo 11'de verilen 5. Adım olarak malzeme kutusunun kontrol adımı eklenmiştir. Eklenen bu faaliyet sürecin zaman olarak uzamasına neden olmaktadır. Fakat mevcut kullanım sürecinde malzemelerin teslim alınması aşamasında kontrol edilmediği ve takip eden işlemlerde bu durumun sorunlara neden olması nedeniyle kontrol faaliyeti eklenmiştir. Bu adımın malzemelerin modüllerdeki kullanım aşamasında yaşanabilecek sorunların minimize edilebileceği düşünülmektedir. Tablo 10, Şekil 1 üzerinde süreç haritası oluşturulmuş olan ameliyathane malzeme temin ve depolama sürecini ve Tablo 11, Şekil 2 üzerinde yer alan ameliyathane malzeme kullanım sürecini ifade etmektedir. Tablo 10 ve Tablo 11 üzerindeki faaliyet adımları, faaliyet sırasında kullanılan doküman ve gerçekleştirim süresi ile faaliyetler arası geçen süreyi içinde barındıran süreç haritasının özeti olarak ifade edilmektedir. Gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarında Şekil 3 ile gösterilen ameliyathane acil vaka malzeme kullanım süreci üzerinde bir iyileştirme gerçekleştirilmemiş, bu nedenle bu sürecin tablosu çizilmemiştir.

Tablo 10. Ameliyathane Malzeme Temin ve Depolama Süreci

Faaliyet No	Faaliyet Açıklaması	Faaliyeti Gerçekleştiren	Kullanılan Doküman	Faaliyet Süresi	Faaliyetler Arası Süre
1	Ekonomik Sipariş Miktarı (ESM) ile Optimize Edilmiş Stok Kontrol	Ameliyathane Depo Görevlisi	Stok Kontrol Çıktısı	30 dk	
2	Gözle Kontrol	Ameliyathane Depo Görevlisi	Stok Kontrol Çıktısı	30 dk	1 / 2 - 0 dk
3	Malzeme Talep Girişi	Ameliyathane Depo Görevlisi	HBYS	10 dk	
4	Malzeme İstek Fişi Alma	Ambar Depo Görevlisi	HBYS	1 dk	3 / 4 1-1,5 saat
5	Malzeme İsteklerini Hazırlama	Ambar Depo Görevlisi	Malzeme İstek Fişi	30 dk	
6	Malzemelerin Stok Çıkışının Yapılması	Ambar Depo Görevlisi	Barkod Okuma Cihazı	10 dk	5 / 6 - 5 dk
7	Malzemeleri Ameliyathane Depoya Taşınması	Hastane Personeli	Malzeme Taşıma Aleti	30 dk	
8	Malzemelerin Teslim Alınması	Ameliyathane Depo Görevlisi	-	30 saat	7 / 8 – 1,5 saat
9	Malzemelerin Kontrol Edilmesi	Ameliyathane Depo Görevlisi	-		
10	Malzemelerin Stok Girişlerinin Yapılması	Ameliyathane Depo Görevlisi	Barkod Okuma Cihazı		
11	Malzemelerin Raflara Yerleştirilmesi	Ameliyathane Depo Görevlisi	-	2 saat	9 / 10 / 11- 30 dk

Tablo 11. Ameliyathane Genel Malzeme Kullanımı ve Acil Vaka Malzeme Kullanım Süreci

Faaliyet No	Faaliyet Açıklaması	Faaliyeti Gerçekleştiren	Kullanılan Doküman	Faaliyet Süresi	Faaliyetler Arası Süre
1	HBYS den Vaka Listesi Alma	Ameliyathane Depo Görevlisi	HBYS	30 dk	0 dk
2	Vaka Planlaması yapılması	Ameliyathane Depo Görevlisi	HBYS Ameliyat Planı Çıktısı		
3	Malzeme Şablonu Hazırlama	Ameliyathane Depo Görevlisi	HBYS Ameliyat Planı Çıktısı	2 Saat +/- 30 dk	
4	Malzeme Kutusunu Teslim Etme	Ameliyathane Depo Görevlisi	-	13/15 dk	1 / 2 / 3 / 4 1 gün
5	Malzeme Kutusunun Kontrolü	Sirküle Hemşire	Malzeme Şablon Listesi		
6	Malzeme Kutusunu HBYS de Hemşireye Zimmetlenmesi	Ameliyathane Depo Görevlisi	HBYS		4 / 5 2 dk
7	Ameliyat İşlem Süreci	Doktor - Hemşire	-	Belirsiz	
8	Ek Malzeme İsteme Süreci	Doktor	-	2/5 dk	6 / 7 Belirsiz
9	Ameliyat Sonrası Kullanılan Malzemelerin Sayımı	Ameliyathane Hemşiresi	Malzeme Kullanıldı Listesi	2/3 dk	7 / 8 Belirsiz
10	Malzemelerin Depoya Teslim Edilmesi	Ameliyathane Hemşiresi	Malzeme Kullanıldı Listesi		9 / 10 5 dk
11	Malzeme Kutusunun Kontrol Edilmesi	Ameliyathane Depo Görevlisi	Malzeme Kullanıldı Listesi	2/30 dk	10 / 11 / 12 / 13 / 14 / 15- 0 dk
12	Malzeme İadelerinin Alınması	Ameliyathane Depo Görevlisi	Malzeme Kullanıldı Listesi		
13	Malzemelerin Hasta Faturasına Onaylanması	Ameliyathane Depo Görevlisi	HBYS İlgili Menü		
14	Malzemelerin Hemşire Zimmetinden Düşürülmesi	Ameliyathane Depo Görevlisi	HBYS İlgili Menü		
15	İade Malzemelerin Raflara Yerleştirilmesi	Ameliyathane Depo Görevlisi	-		

VII. SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde kalite çalışmalarında, iyileştirme gerçekleştirilecek sahanın sistematik bir şekilde ele alınmasının, süreç yönetim tekniklerinin sahada uygulanmasının önemli bir yeri olduğu ifade edilebilir. Süreç yönetim tekniklerinin sadece üretim işletmelerinde verimlilik ve kalite çalışmalarında kullanılan yöntemler olarak ele alınmaması gerekmektedir. Sağlık kurumları bu yönde önemli potansiyele sahiptir. Gerçekleştirmiş olduğumuz üniversite ameliyathane depo birimi üzerindeki çalışma bu durumu doğrulamaktadır. Çalışma sırasında, ameliyathane malzeme depo biriminde beyin fırtınası, neden-sonuç diyagramı, pareto analizi, dağılım diyagramları, süreç haritaları, kıyaslama gibi süreç iyileştirme tekniklerinden faydalanılmıştır. Uygulamanın gerçekleştiği ameliyat depo birimi 639 farklı ürün için ve yıllık 35695 ameliyat (A-B-C-D-E grubu ameliyatlar) olmak üzere hizmet vermektedir.

Süreç iyileştirme çalışmaları işletmenin performansını artırmak, maliyetleri azaltmak, kaliteyi iyileştirmek ve hızı artırmak için yapılabilmektedir. Süreç iyileştirme çalışmaları sonucunda gelirlerde, verimlilikte, varlıkların etkin kullanımında ve müşteriye sunulan hizmetler hususunda verimlilik artmakta, diğer taraftan malzeme yönetiminde ve stoklar üzerinde maliyetlerde azalma, malzeme kayıplarında azalma, malzeme yönetimine bağlı diğer hataların azalması sağlanabilmektedir. Örneğin oluşturulan süreç haritaları ile ameliyathane depo biriminde, sürecin hangi aşamalarına odaklanılacağı veya değiştirilmesi gerektiği, hangi aşamalarının destekleneceği veya hangi adımların kaldırılması gerektiği gibi kararlar alınabilmiş, süreçlerin sahipleri ortaya konulabilmiştir. Sorunlara daha rahat odaklanılmıştır. Faaliyetler arasındaki öncelik sonralık sırası ve faaliyetler arası ilişki daha net bir şekilde ortaya konulabilmiştir.

Çalışmada gerçekleştirilen toplantılar ve saha incelemeleri sonrasında beyin fırtınası ile 14 ana sorunun ortaya çıktığı görülmüştür. Bu sorunlardan 5 tanesi pareto analizi için değerlendirilmeye alınmamıştır. Bunlar sırasıyla, personel eksikliği, yetkinlik, birimler arası iletişim, depo alanı yetersizliği ve acil vakalar ile ilgili sorunlardır. Bu beş adet sorun süreç yönetim tekniğinin uygulanmasının veya araştırmacıların direk ilk etapta çözüm getirebilecekleri bir alan değildir. Daha çok yönetimsel ve saha yapısı ile ilgili sorunlardır. Bu nedenle sorunlar hakkında yöneticilere konu hakkında bilgi verilmesi yoluna gidilmiştir. Fakat bu durumların iyileştirilmesi için insan kaynaklarının etkin planlanması, yetkinliklerinin artırılması, birim içi eğitimler, hastane geneli eğitimler, birimler arası iletişim ve etkileşimin artırılmasına dönük faaliyetlerin ortaya konulması öneri olarak sunulabilir.

Neden-sonuç diyagramında ortaya çıkan ve asıl odaklanılan sorunlar 9 başlık altında uzmanlar tarafından incelenmiştir. Analizler sonrasında, ortaya çıkan sorunların çözümü için, öncelikle hangi sorunlardan ve nasıl başlanacağına karar verilmesi gerekmiştir. Bu noktada pareto analizinden faydalanılmıştır. Sorunları daha az önemli sorunlardan ayırmak ve çözüme en fazla etki edecek sorunlara odaklanılmasına gayret gösterilmiştir. Sorunlar incelendiğinde, en çok tekrar eden sorunun stok yönetiminde bir model kullanılmaması ve buna ilişkin sorunlar olduğu görülmüştür. Yaşanan sorunların çözümüne yönelik önerilen ABC analizi ve ekonomik sipariş yöntemi ile malzemelerin temini ve depolanmasında zaman tasarrufu sağlanabileceği düşünülmüştür. Mevcut süreçte ameliyathane malzeme temin ve depolama süreci; 372 dk olarak gözlemlenmiştir. Önerilen süreçte toplam işlem süresi 291 dk ya düşmüştür. Malzeme talep miktarlarını belirlenmesinde kullanılması önerilen ekonomik sipariş miktarı modeli sayesinde zaman tasarrufu sağlandığı gözlemlenmiştir. Ameliyathane genel malzeme kullanımı ve acil vaka malzeme kullanım süreci 193 dk olarak gözlemlenmiştir. Önerilen yeni süreç 203 dk olarak gözlemlenmiş olup var olan sürece yeni bir adım eklenerek kontrol süreci oluşturulmuştur. "Malzeme Kutusunun Kontrolü" olarak eklenen yeni süreçte malzemelerin modüllerdeki kullanım aşamasında yaşanabilecek

sorunların minimize edilebileceği düşünülmektedir. Bunlara ek olarak ambar depo ve market depodan yapılacak olan malzeme teminlerinin ekonomik sipariş miktarına göre belirli zaman aralıklarla yapılacağından, malzemelerin elde bulundurma maliyetleri minimize edilebileceği düşünülmektedir. Fakat çalışmamızda malzemelerin ilk etaptaki elde bulundurma maliyetlerinin öncesi ve sonrası şeklinde bir hesaplama yapılmamıştır. Gelecek çalışmalar için bu şekilde bir çalışmanın gerçekleştirilmesi araştırmacılara öneri olarak sunulabilir. Ekonomik sipariş miktarlarıyla optimize edilmiş süreçler, gereksiz iş gücü, zaman kaybı ve etkin malzeme yönetimi için bize fırsat sunmaktadır.

Hastanelerde malzemeye büyük miktarda bütçe ayrılmasına rağmen, bu süreçlerden sorumlu yöneticilerin modern malzeme yönetim teknikleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları, malzemelerin veya stokun yönetimi için herhangi bir sistemli çalışmaya gidilmemiş olması çalışmamızda karşılaştığımız bir diğer önemli bulgudur. Sağlık politikalarını yürüten kural koyucuların, bürokrat ve üst düzey yöneticilerin, özellikle giriş bölümünde verilen Türkiye'nin sağlık harcamaları ve dokusu ile ilgili istatistiksel değerleri ve gelecek nüfus yapısı dikkate alındığında, ülke kaynaklarının daha etkin ve verimli kullanılabilmesi adına, kaynakların profesyonelce yönetilebilmesi için strateji geliştirmeleri ayrıca bu çalışmanın çıktısı olarak önerilebilir.

A-B-C grubu ameliyat sayılarında ilk 100 hastane incelendiğinde, ilk üç sırada üniversite hastaneleri yer aldığı gibi, ilk 100 hastane içinde çoğunlukla üniversite hastaneleri yer almaktadır. Aynı zamanda üniversite hastanelerinin ameliyathane malzeme depo birimlerinin yoğun malzeme sayısına ve çeşitliliğine sahip olduğu gerçekleştirilen saha çalışmasından görülmüştür. İşlerin kendi içinde bir düzene sahip olmasına rağmen süreç yönetim teknikleri ile bir verimlilik veya sorunlara karşı sistematik bir yaklaşım ile süreç iyileştirmenin gerçekleştirilmediği görülmüştür. Çalışmanın yapısal olarak pek çok hastane sürecini içinde barındıran, yoğun ve çok çeşitli operasyonların gerçekleştirildiği ve bu süreçlerde yoğun malzemenin kullanıldığı bir üniversite hastanesinin ameliyathane depo birimini sistematik olarak ve süreç yönetim tekniği ile ele alması adına literatürde gerçekleştirilen çalışmalara göre farklılık sunduğu ifade edilebilir. Örneğin, Tüzemen (2014) çalışmasında ameliyathane malzeme yönetim sistemini detaylı ve kapsamlı bir şekilde incelemesine rağmen konuya sistematik bir şekilde süreç yönetim teknikleri ile yaklaşmamıştır. Yalçın ve diğerleri (2015) Sakarya'da bir hastanenin malzeme yönetimi için ABC analizi ile ESM modelini stok yönetimi için çözüm olarak sunmuşlar ve bu yönde daha fazla çalışmanın yapılması gerektiğini ortaya koymuşlardır. Süreç yönetim teknikleri ile bir üniversite hastanesinin ameliyathane malzeme depo biriminin sistematik bir şekilde incelendiği bu çalışma, sadece ABC analizi ve ESM modeli ile bir çözüm sunmamakta, sahanın nasıl incelenmesi gerektiği, ne gibi yöntemlerin kullanılabileceği, süreçlerin sahiplerinin konuya dahil edilebilmesi için nasıl bir yol izleneceği konusunda da önemli bilgiler sunmaktadır. Çalışmanın, ameliyathane malzeme depo birimindeki işleyişi, kapsamlı ve süreç yönetimi tekniği ile değerlendirilmesi, elde edilen bulgular ve çalışmanın barındırdığı yöntemsel çeşitlilik ile hastane yöneticilerine ve araştırmacılara değerli bilgiler sunduğu ifade edilebilir.

Hastanelerde stoklarının etkin olarak yönetilebilmesi için malzemelerin maliyete veya kullanım sıklıklarına göre sınıflandırılması kaynakların daha etkili şekilde yönetilmesini sağlayabilir. Böylece hastane malzeme yöneticileri maliyeti yüksek veya sıklıkla kullanılan malzemelerin planlama, satın alma ve stok aşamalarını daha etkin bir şekilde yönetebilecekleri düşünülmektedir. Tüm hastaneler için ameliyathane malzeme süreçleri kritik ve hayati öneme sahiptir. Bu bağlamda ameliyathane malzeme yönetim sisteminin kişilerden bağımsız, kararlı ve üzerinde iyi düşünülmüş süreçler ile işletilmesi, süreçlerde yaşanan aksaklık ve sorunların sürekli iyileştirebilecek bir mekanizmada çalışılması tüm kurumlar için önerilebilir.

TEŞEKKÜR

Çalışmamız katkısı bulunan, döner sermaye işletme müdürlüğüne, ameliyathane sorumlu hemşirelerine ve depo biriminde çalışan personellere teşekkürlerimizi sunarız.

KAYNAKLAR

1. Al U. (2014) **Süreç Yönetimi**. <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~umutal/lesson/bby374/05-2014.pdf> (Erişim Tarihi: 28.11.2018)
2. Aslan D. ve Demir S. (2005) Laboratuvar Tıbbında Altı-Sigma Kalite Yönetimi. **Türk Biyokimya Dergisi** 30(4): 272-278.
3. Aslantekin F., Göktaş B., Uluşen M. ve Erdem R. (2007) Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi** 2(6): 55-71.
4. Aytekin S. (2009) Tam Zamanında Stok Yönetimi (Just-In-Time) Felsefesinin Hastane İşletmelerine Uygulanabilirliği Ve Bir Üniversite Hastanesi Örneği. **Balikesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 12(21): 102-115.
5. Bora Başara B. ve Soyutun Çağlar İ. (2018) **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 Haber Bülteni**. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/27344,saglik-istatistikleri-yilligi-2017-haber-bultenipdf.pdf?0> (Erişim Tarihi: 27.11.2018).
6. BPM Basics (2008) **BPM Basics for Dummies**. http://www.conganat.org/eurotelepath/wg1/bpm_for_dummies_sag_tcm16-38185.pdf (Erişim Tarihi: 27.11.2018).
7. Carr D. K. (1992) **Breakpoint: Business Process Redesign**. Arlington, Coopers & Lybrand, California.
8. Champy J. and Hammer M. (2002) **The Emergence of Business Process Management**. A Report by Computer Sciences Corporation, Hampshire.
9. Collins J. and Porras J. I. (1997) **Built to Last. Succesfull Habits of Visionary Companies**. Harper Business Essentials, New York.
10. Davari F., Isfahani M. N., Rezvani M., Omidallah M. and Pakravan F. (2018) Process Management Model in the Emergency Department of a University Hospital: Reduction of Patient Waiting Times by Changes in Human Resources. **Journal of Research in Medical and Dental Science** 6(2): 578-585.
11. Dunkel M. and Kramp M. (2012) Multimodal pain therapy – Implementation of process management – An Attempt to Consider Management Approaches. **Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther** 47(07/08): 504-510.
12. Hanna V. and Sethuraman K. (2005) The Diffusion of Operations Management Concepts into the Health Care Sector, **ANZAM Conference 2005**. Melbourne Business School, Melbourne, Australia.
13. Imai M. (2003) **Kaizen**. Kalder Yayınları, Kelebek Matbaacılık, İstanbul.

14. Jones D. and Womack J. (2002) **Bütünü Görmek**. Yalın Enstitü Derneği Yayını, İstanbul.
15. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (2017) **Her Branşta İlk 100 Hastane 2017 Yılı Ocak-Ekim Dönemi Poliklinik, Yatış, Yoğun Bakım ve Acil Servis İstatistikleri**. <https://dosyahastane.saglik.gov.tr/Eklenti/9300,2017-ocak-ekim-donemi-poliklinik-yatis-ve-yogun-bakim-ve-acil-servis-verileri-baglaminda-her-bransta-ilk-100-hastanepdf.pdf?0> (Erişim Tarihi: 28.11.2018).
16. Karagöz F. ve Yıldız S. M. (2015) Hastane İşletmelerinde Stok Yönetimi İçin ABC ve VED Analizlerinin Uygulanması. **Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi** 13(2): 375-396.
17. Kaygusuz Y. ve Kaygusuz S. (2014) Süreç İyileştirmenin İşletme Performansına Etkileri. *Paradoks Ekonomi*. **Sosyoloji ve Politika Dergisi** 10(2): 31-50.
18. Kılıç Ş. ve Aydın C. (2015) Sağlık Kurumlarında Süreç Yönetimi Uygulamaları. **İşletme Araştırmaları Dergisi** 7(3): 143-172.
19. Kısakürek M. M. ve Elden S. (2011) Hastanelerde En Uygun Stok Kontrol Yönteminin Analitik Hiyerarşi Süreci İle Seçimi: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesinde Bir Uygulama. **C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi** 12(2): 215-233.
20. Koçak A. (2008) Malzeme Yönetiminde Malzeme İhtiyaç Planlaması ve Kanban Sistemlerinin Bütünleştirilmesinde Farklı Yaklaşımlar: Literatür Araştırması. **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 10(1): 225-246.
21. Mandıracıoğlu A. (2010) Dünyada ve Türkiye’de Yaşlıların Demografik Özellikleri. **Ege Tıp Dergisi** 49(3): 39-45.
22. MEGEP (2012) **Ameliyathane ve Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı**. http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/ameliyathane%20ve%20ameliyathane%20sonrası%20bakim.pdf (Erişim Tarihi: 27.11.2018).
23. Nabelsi V. and Gagnon S. (2017). Information Technology Strategy For A Patient-Oriented, Lean, and Agile Integration Of Hospital Pharmacy and Medical Equipment Supply Chains. **International Journal of Production Research** 55(14): 3629-3645.
24. Okur E. (2014) Sosyal Güvenlik Kurumlarında Süreç Yönetimi ve Süreç İyileştirmesi Üzerine Bir Uygulama. **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim Bilimi Programı Yüksek Lisans Tezi**, İzmir.
25. Orhaner E. (2006) Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi** 1: 1-22.
26. Önder E. (2009) **Maliyetlerin Türleri ve Sınıflandırmaları**. <http://web.itu.edu.tr/~onderem/MALMUH21.pdf>, (Erişim Tarihi: 27.11.2018).
27. Özdemir A. İ. (2004) Tedarik Zinciri Yönetiminin Gelişimi, Süreçleri ve Yararları. **Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** (23): 87-96.

28. Paschoal M. L. H and Castilho V. (2010) Implementation of computerized material management system at the University of São Paulo University Hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** 44(4): 980-984.
29. Poyraz N. (2015) Hastanelerde Süreç Yönetimi Ve Süreç İyileştirme Konusunda Bir Uygulama Örneği. **İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.
30. Rachmania I. N. and Basri M. H.(2013) Pharmaceutical Inventory Management Issues in Hospital Supply Chains. **Pharmaceutical Inventory Management Issues in Hospital Supply Chains. Management** 3(1): 1-5.
31. Ryan J., Doster B., Daily S. and Lewis C. (2017) Using Key Performance Indicators to Reduce Perceived Perioperative Complexity and Improve Patient Workflow. **International Journal of Healthcare Information Systems and Informatics** 12(4): 13-30.
32. SAD (2014) **Sterilizasyon Ameliyathane Dezenfeksiyon Kongre Kitabı**. <http://www.das.org.tr/dosya/SAD2014-kitap.pdf> (Erişim Tarihi: 27.11.2018).
33. Simpson M., Kondouli D. and Hung W. P. (1999) From Benchmarking to Business Process Re-engineering: A Case Study. **Total Quality Management** 10(415): 717-724.
34. Soydan S. (2006) Süreç Yönetimi ve İyileştirilmesi Üzerine Bir Uygulama. **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Toplam Kalite Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi**, İzmir.
35. Sulak H. (2008) Stok Kontrolü ve Ekonomik Sipariş Miktarı Modellerinde Yeni Açılımlar: Ödemelerde Gecikmeye İzin Verilmesi Durumu ve Bir Model Önerisi. **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Doktora Tezi**, Isparta.
36. Sülkü N. S. (2011) **Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları**. T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Hermes Matbaacılık, Ankara.
37. Stefanelli M. (2004) Knowledge and process management in health care organizations. **Methods of Information in Medicine** 43(5): 525-535.
38. Tatar M. (2011) Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. **Sosyal Güvenlik Dergisi** 1: 103-133.
39. Telatar O. M. ve Terzi H. (2010) Nüfus ve Eğitimin Ekonomik Büyümeye Etkisi: Türkiye Üzerine Bir İnceleme. **Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi** 24(2): 197-214.
40. Tengilimoğlu D., Akbolat M. ve Işık O. (2017) **Sağlık İşletmelerinde Malzeme Yönetimi**. http://content.lms.sabis.sakarya.edu.tr/Uploads/56492/33356/6_hafta_saglik_isletmelerinde_malzeme_yonetimi.pdf (Erişim Tarihi: 27.11.2018).
41. Tengilimoğlu D. ve Yiğit V. (2013) **Sağlık İşletmelerinde Tedarik Zinciri ve Malzeme Yönetimi**. 2. Basım, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.

42. TKHK (2016) Genel Sağlık İstatistikleri. <http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/index.php> (Erişim tarihi: 27.11.2018).
43. Tutar F. ve Kılınç N. (2007) Türkiye'nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi. **Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi** 9(1): 31-54.
44. TCSB (2007) 21 Hedef'te Türkiye: Sağlıkta Gelecek. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/200801212206080_hedef.pdf (Erişim Tarihi: 27.11.2018).
45. TÜİK (2018a) Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567> (Erişim Tarihi: 27.11.2018).
46. TÜİK (2018b) Sağlık Harcamaları İstatistikleri. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (Erişim Tarihi: 27.11.2018).
47. Türk M. ve Şeker M. (2011) Stratejik Stok Yönetimi: Bir Kamu Hastanesi Örneği. **Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi** 8(1): 713-727.
48. Tüzemen A. (2014) Ameliyathanelerde Malzeme Planlaması: Ameliyathane Operasyon Reçetesi (AOR) İle Yeni Randevu Sisteminin Tasarımı ve Bir Uygulama. **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı İşletme Doktora Tezi**, İzmir.
49. Uçkun N. (2017) Hastane İşletmeciliğinde Etkin Stok Yönetimi Eskişehir İli İlaç Stokları Uygulaması. **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 17(2): 85-98.
50. Uğurluoğlu Ö. ve Çelik Y. (2005) Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 8(1): 3-29.
51. Uzuntarla Y., Tuncer S., Orhan F. ve Varol Ş. (2015) Hastanelerde Malzeme Yönetimi ve Çağdaş Yöntemler. **Sağlık Akademisyenleri Dergisi** 2(1): 16-21.
52. WHO (2007) **The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services**. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99801/E90777.pdf (Erişim Tarihi: 12.12.2017).
53. Yalçın A.Y., Yalçın H. ve Ak D. (2015) Sağlık Yönetim Sistemlerinde Malzeme Yönetiminin Önemi ve ABC Analizi İle Bir Uygulama Örneği. **Akademik Platform. ISITES2015**, Valencia, İspanya. 2043-2052.
54. Yeşilyurt Ö., Sulak H. ve Bayhan M. (2015) Sağlık Sektöründe Stok Kontrol Faaliyetlerinin ABC ve VED Analizleriyle Değerlendirilmesi: Isparta Devlet Hastanesi Örneği. **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 20(1): 365-376.
55. Yıldırım A. (2014) Sağlık Kurumlarında Üretim ve Süreç Yönetimi Üzerine Bir Değerlendirme: Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi Örneği. **The Journal of Academic Social Science Studies** 29(3): 457-474.

56. Yıldırım A. ve Bakır M. Ş. (2014) Sağlık Kurumlarında Üretim ve Süreç Yönetimi Üzerine Bir Değerlendirme: Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi Örneği. **Üretim Ekonomisi Kongresi 21-22 Mart 2014**, T.C. İstanbul Kültür Üniversitesi, İstanbul.
57. Yıldırım K. (2015) Hastanelerde Malzeme Yönetimi: Kamu Hastanesi Örneği. **Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi**, Sakarya.
58. Yılmaz B. (2008) Hastane İşletmelerinde Rekabet Üstünlüğü Sağlamada Faaliyet Esasına Dayalı Maliyetleme Yönteminin Rolü. **Selçuk Üniversitesi İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi** 15: 302-313.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

ÖZEL BİR HASTANEDE LİDERLİK STİLLERİNİN VE
ÇALIŞAN PERFORMANSININ İNCELENMESİNE YÖNELİK
BİR ARAŞTIRMA

Metin GELMEZ*
Ebru AKÇA ÜRTÜRK**


ÖZ

Yöneticilerin sahip olduğu liderlik stilleri çalışan performansını olumlu veya olumsuz etkileyebilmektedir. Bu yüzden liderlik stillerinin belirlenmesi ve liderlik stillerinin çalışan performansına etkisinin incelenmesi büyük bir önem taşımaktadır. Bu araştırmada, özel bir hastanedeki yöneticilerin liderlik stillerinin belirlenmesi amaçlanmış ve bu liderlik stillerinin çalışanların performanslarıyla nasıl bir ilişkisi olduğu ortaya konulmaya çalışılmıştır. Araştırmanın çalışma grubunu Ankara ilinde faaliyet gösteren özel bir hastanenin 268 çalışanı oluşturmaktadır. Araştırma basit tesadüfi örnekleme yöntemine göre belirlenen örneklem üzerinde yapılmıştır. Veri analizinde her soruya verilen yanıtın dağılımını hesaplamak için frekans analizi, likert tipi soruların ortalama değerlerini göstermek için ise tanımlayıcı analiz uygulanmıştır. Algılanan liderlik davranışlarının iş performansını ne düzeyde etkilediği korelasyon analizi yapılarak test edilmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre, liderlik stili ile çalışan performans alguları bakımından farklılık olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Liderlik Stilleri, Çalışan Performansı, Algılanan Liderlik

MAKALE HAKKINDA

* Uzm., Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü, gelmezmetin@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1467-4626>

** İnsan Kaynakları Uzmanı, Ankara Özel Güven Hastanesi, ebru.akca@guven.com.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-3507-5147>

Gönderim Tarihi: 26.06.2018

Kabul Tarihi: 28.09.2018

Atıfta Bulunmak İçin:

Gelmez, M., Akça Ürtürk, E. (2019). Özel Bir Hastanede Liderlik Stillерinin ve Çalışan Performansının İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 51-72.

RESEARCH ARTICLE

A STUDY TO EXAMINE LEADERSHIP STYLES AND EMPLOYEES PERFORMANCE IN A PRIVATE HOSPITAL

Metin GELMEZ *
Ebru AKÇA ÜRTÜRK **

ABSTRACT

Leadership styles that managers have may affect the performance of employees positively or negatively. Therefore, it is important to identify leadership styles and to examine the impact of leadership styles on the performance of employees. In this research, it was tried to determine the leadership styles of the managers in a private hospital and how these leadership styles are related to the performance of the employees. The sample of the study consisted of 268 employees of a private hospital operating in Ankara. The research was carried out on the sample determined according to simple random sampling method. Frequency analysis was used to calculate the distribution of the response to each question in the data analysis and descriptive analysis was used to show the mean value of the likert type questions. The degree to which the perceived leadership behaviors affected the job performance was tested by performing a correlation analysis. According to the analysis results, it was determined that the leadership style and the employees' performance perceptions differ.


Keywords: Leadership Styles, Employee Performance, Perceived Leadership

ARTICLE INFO

* Diyarbakır Provincial Health Directorate, gelmezmetin@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1467-4626>

** Ankara Güven Hospital, ebru.akca@guven.com.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-3507-5147>

Received: 26.06.2018

Accepted: 28.09.2018

Cite This Paper:

Gelmez, M., Akça Ürtürk, E. (2019). Özel Bir Hastanede Liderlik Stillerinin ve Çalışan Performansının İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 51-72.

I. GİRİŞ

Liderlik stillerinin çalışanların iş performanslarına doğrudan etki etmesi kaçınılmazdır. Herhangi bir coğrafyada etkili olan liderlik stili, farklı bir coğrafyada çalışanların üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Son 50 yılda liderlik stilleri üzerinde birçok çalışma yapılmış ve yıllara göre farklı liderlik stilleri ortaya çıkmıştır.

Hem teknolojik açıdan hem de insan kaynakları açısından çeşitlilik gösteren ve hizmet sektörünün en önemli alt dallarından olan sağlık sektöründe kaliteli liderlerin bulunması büyük bir önem arz etmektedir. Karmaşık bir yapıya sahip olan ve temel gücü insan kaynağına dayanan sağlık sektöründe yöneticilerin çalışanlarını memnun edip onların performanslarını arttırıp istenen verimi alması çok zordur. Yöneticilerin çalışanlarına yaklaşım tarzı ve sahip oldukları liderlik stili çalışanlarının performansında büyük ölçüde etkilidir.

Sağlık hizmetlerinde liderlik yenilikleri takip edebilme ve gelişen durumlar karşısında bu yeniliklere adapte olabilme açısından büyük önem taşımaktadır. Bu durumda sağlık çalışanlarının verimli çalışabilmeleri ve kaliteli sağlık hizmeti üretebilmesi için yenilikçi, kollektif çalışan, bilgiye önem veren işbirlikçi, iyi iletişim kurabilen, otoriteyi astlarına dağıtıp onların kendisine güvenmesini sağlayan (Uysal ve diğerleri 2012), vizyoner, bilgili, isteklendirici, ilkeli olan liderlere ihtiyacı vardır (Karahana 2008).

II. LİDERLİK KAVRAMI

Liderlik işletme faaliyetlerinin devamlılığı açısından sürekli gündemde olan ve üzerinde araştırma yapılan alanlardan biridir. Liderlik kavramı ile ilgili çalışmalar her ne kadar endüstri devrimi sonrası yoğunluk kazanmış olsa da lider ve liderlik konusu insanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahiptir. Geçmişten beri “Nasıl lider olunur?, Kim lider olur?, Liderin özellikleri nelerdir?, Lideri, lider olmayandan ayıran özellik nelerdir?” gibi soruların cevapları merak edilmiş olup (Sabuncuoğlu, Tüz 2001) ve son yıllarda üzerinde yoğun şekilde çalışılan alanlardan biri olmuştur (Avcı, Umut 2009).

Liderlik, birey veya grupların istenilen amaçlara ulaşabilmesi (Bozlağan 2005) için bir kimsenin başkalarının faaliyetlerini etkilemesi ve yönlendirmesini içeren bütün bir süreçtir (Uysal ve diğerleri 2012). Liderlik, bütün büyük organizasyonların başındaki kişi olup, onların tarihlerinin şekillenmesinde potansiyel etkiye sahip bir güçtür (Judge et al. 2006).

Liderlik ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde 4 yaklaşımdan bahsedilmektedir. Bunlar; özellikler yaklaşımı, davranışsal yaklaşım, durumsallık yaklaşımı ve yeni yaklaşımlar biçiminde sınıflandırılabilir (Tengilimoğlu 2005; Demir ve diğerleri 2010; Bakan 2008; Uysal ve diğerleri 2012).

Sanayi devriminin gelişmesiyle başlayan süreçte liderde olması gereken özellikler tanımlanmaya çalışılmış ve bu özelliklerin olmaması durumunda liderlikten bahsedilemeyeceği savunulmuştur. Özellikler yaklaşımı, lider ve lider olmayanlar arasındaki farkları belirlemede eksik kalınca, liderin kişisel özelliklerinden ziyade liderin ne yaptığı ve nasıl davrandığı (liderin davranış özellikleri) üzerine çalışmalar yapılarak davranışsal yaklaşım ortaya çıkmıştır. Daha sonra yapılan çalışmalar neticesinde davranışsal yaklaşımın yetersiz olduğu belirlenmiş ve en uygun liderlik davranışının koşullara ve duruma göre değişebileceği savunularak durumsallık yaklaşımı ortaya konulmuştur (Yukl 1991; Dilt 1996; Çetin, Beceren 2007). Bu yaklaşımları kısaca şu şekilde özetleyebiliriz:

2.1. Özellikler Yaklaşımı

Özellikler yaklaşımı liderlerin belirli özellikleri olduğunu savunarak bu özellikleri belirlemeye çalışmıştır (Çakar, Arba 2003). Özellikler yaklaşımına göre liderin taşıması gereken özellikler : (i) üstün fiziki özelliklere sahip olma; (ii) yaratıcı ve dürüst bir kişiliğin olması; (iii) bilgi ve onu kullanma yeteneği ve zekâsı olması; (iv) işi başarma ve sorumluluk alma güdüsüne sahip olma; (v) sosyal ve katılımcı ruha sahip olmadır (Önen, Kanayran 2015). İlerleyen yıllarda özellikler yaklaşımı ile ilgili yapılan ampirik çalışmalara neticesinde bu yaklaşım eleştirilere maruz kalmıştır. Bir grup içerisinde lider olanın grup üyeleri arasında herhangi bir farklı özelliği bulunmadığı gibi grup üyelerinden farklı özellikleri bulunan kişinin de lider olmadığı gözlemlenmiştir. Elde edilen bulgular neticesinde bireyin kişisel özelliklerinin lider olmada yeterli olmadığı kanaatine varılmıştır (Akyurt ve diğerleri 2015).

2.2. Davranışsal Yaklaşım

Davranışsal yaklaşıma göre liderliğin etkinliği davranışları tarafından belirlenir. Bu yaklaşımda liderin davranış tarzı üzerinde durulmaktadır. Davranışsal yaklaşıma göre lider grup üyelerinin çabalarını desteklemeli ve onların kişisel değerlerini gözetici davranışlar sergilemelidir. Bu liderliğin ana fikri; lideri başarılı ve etki yapan unsurun liderin özelliklerinden çok liderin süreç içerisinde sergilediği davranışlar olmasıdır (Uysal ve diğerleri 2012). Bu teorinin benimsenmesinde etkili olan çalışmalar Michigan ve Ohio State Üniversitelerinde yapılan liderlik araştırmalarıdır (Akyurt ve diğerleri 2015).

Davranışsal yaklaşım çoklu davranışsal liderliği açıklamada yetersiz kalmış ve her durumda geçerli tek tip liderlik anlayışının olmayacağı sonucuna varılarak durumsallık yaklaşımının ortaya çıkmasına öncü olmuştur.

2.3. Durumsallık Yaklaşımı

Durumsallık yaklaşımına göre lider içinde bulunduğu durum ve koşullara göre başarılı olmak için değişik kavram, teknik ve davranışlar geliştirir. Bu nedenle her yerde ve koşulda geçerli tek bir liderlik davranışı yoktur; “en iyi” durumdan duruma değişecektir. Durumsallık yaklaşımı, daha önceki yaklaşımları uygun bir çerçeve içine koyarak onları daha yararlı bir duruma getirir (Koçel 2007). Hiyerarşik yönetim tarzına sahip bir örgütte otokratik liderlik tarzı uygun olurken, başka bir koşul ve durumda katılımcı veya demokratik liderlik tarzı uygun olabilir.

Bu yaklaşımların temel özelliği tek bir liderliğin her zaman söz konusu olmayacağı; zamana, yere, mekâna, kişiye, topluma göre farklılık göstereceğinden bazen görev ağırlıklı liderlik anlayışı, bazen de tam tersine ilişki ağırlıklı liderlik anlayışının bulunabileceği savunulmaktadır (Önen, Kanayran 2015). Bu liderlik yaklaşımların ortak noktasının liderde bulunması gereken özellikler (yetki ve yetenek) konusunda birleştikleri anlaşılmaktadır.

2.4. Yeni Yaklaşımlar

Yıllar boyunca liderlik stillerinin gelişimi sonucunda “tamamlanmayan” liderlik stillerini şu şekilde özetleyebiliriz: Rezonans liderlik (Drath 2006); hizmetkâr liderlik (Andersen 2005); laissez faire (bırakınız yapsınlar-tam serbesti tanıyan) liderlik tipi (Bass 1990; Eagly et al. 2003); güvenilir liderlik (Eriksen 2009); otoriter liderlik (Vugt et al. 2004); mecburi-zorlayıcı liderlik (Pierce, Newstrom 2003); karizmatik liderlik (Rowden 2000); takım liderliği (Northouse 2000; Pierce, Newstrom 2003); kriz liderliği (Fener, Çevik 2015); dönüşümcü (transformasyonel) liderlik (Lievens, Coetsier 1997); işlemsel liderlik

(transaksiyonel) (Humphreys 2001); demokratik liderlik (Gastil 1994), katılımcı liderlik (Xu Huang et al. 2010). Yukarıdaki sonuçlara göre “tamamlanmamış” denilmesinin nedeni, liderliğin son derece dinamik ve sürekli gelişen bir kavram olmasına bağlı olarak yeni tanımlar ve yeni liderlik stillerinin devamlı olarak gelişmesidir (Marques 2010).

III. LİDERLİK TIPLERİ

3.1. Otoriter Liderlik

Cremer (2006), otokratik liderliği, grup bağlılığını ve grubun yaşanabilir bir toplumsal varlık olduğu sosyo-duygusal boyutlarına dikkat etmeyen liderlik tipi olarak tanımlamıştır. Otokratik liderlik, karar verme ve yönlendirme yetkisinin tek bir kişide bulunmasıdır. Otokratik liderlik dört genel niteliğe sahiptir: (i) önemli tüm kararları kendileri verir; (ii) çalışanların memnuniyeti ve mutluluğu yerine görev başarısı ile ilgilenir; (iii) çalışanlarla aralarında mesafelidir; (iv) çalışanlara ödüller yerine ceza veya tehdit ile motive eder (Rast et al. 2013).

Hoogh ve diğerleri (2015), otokratik liderlik ile ekiplerin merkezileşmesi, takım iklimi ve takım çıktıları üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkilere sahip olduğunu; Harms ve diğerleri (2018), otokratik liderliğin çalışanlarda memnuniyet düzeyini düşürdüğünü ve stresi arttırdığını fakat bazı durumlarda çalışan performansını yükselttiğini ifade etmişlerdir.

3.2. Katılımcı Liderlik

Katılımcı liderlik karar alma sürecinde veya bilgilerin paylaşılması esnasında yönetici ve astların birlikte karar vermesidir (Somech 2005). Bu liderlik tipi yeni bir kavram değildir. 1980’lerde yönetim politikalarında yeni yeni hareketlenip ve yükselen insan kaynakları yönetimi tarafından benimsenen bir tarzdır (Bell, Mjoli 2014). Katılımcı liderliğin pek çok faydası vardır. Alınan kararlar daha sağlıklı ve nitelikli olur (Hahn et al. 2002) çalışanların işe katılımı yükselir (Somech 2002), çalışanların işteki motivasyonu artar (Bell, Mjoli 2014), çalışan memnuniyeti ve örgütsel bağlılık artar (Smylie 1996).

3.3. Demokratik Liderlik

Demokratik liderlikte yönetici, çalışanların hedeflerini gerçekleştirmeleri için (Foels 2009) amaçların, politikaların, planların, iş bölümünün yapılmasında (Eren 2000) çalışanlar üzerinde baskı kurmadan çalışanlarla fikir alış verişi yaparak kararlar alır (Güney 1999) eleştiri ve övgüyü nesnel olarak verir ve grup içinde sorumluluk duygusunun oluşmasını sağlar (Go, Je 2015).

Demokratik liderlik, liderlerin astlarını etkilemek için uzmanlık gücünü kullanarak kararlarını ekibi ile paylaştığı liderlik türüdür. Bu liderlik tipinde bireyler yapılanlar hakkında bilgilendirilmekte, karar alma süreçlerine dâhil olmakta, övgü ve eleştiriler almaktadırlar. Bu liderin en önemli özelliği astlarıyla her türlü paylaşım içinde bulunabiliyor olmasıdır (Tengilimoğlu 2005).

3.4. Karizmatik Liderlik

Weber’e göre karizma bir Tanrı hediyesidir ve kriz anında bu hediye kullanılmaya ihtiyaç vardır (Khatrı et al. 2001). O’Connor ve diğerleri (1995)’e göre, karizma güçlü bir vizyonu yönetme yeteneğini içerir; Graham (1991)’e göre, karizma ideal lider özelliklerini tanımlamak için kullanılan tanımdır. Conger ve Kanungo (1998)’e göre, karizmatik liderliğin dört ana karakteristik özellik vardır. Bu özellikler; vizyonu belirlemek ve ona hâkim olmak,

belirlenen amaçların başarıya ulaşması için riskleri göze almak, ihtiyaçların belirlenmesinde gösterilen duyarlılık, özgün davranışlar sergilemektir (Judge et al. 2006).

Karizmatik lider, çalışanlarını motive etmek için kendi şevkini, enerjisini, heyecanını kullanır ve karizmatik liderin çalışanları başarılarını kendi çalışmalarına değil onları motive eden, çalışma performanslarını yükselten liderlerine bağlarlar (Brophy 2010; Keklik 2012). Bryman (1992)'ye göre karizmatik liderlik, liderin sergilediği davranışın izleyicileri tarafından liderin kahramanca ve olağanüstü özelliklere sahip olarak görülmesidir (Çakar, Arbak 2003).

3.5. İşlemsel (Transaksiyonel) Liderlik

İşlemsel liderlik, çalışanlarının bireysel ihtiyaçlarını gidererek onları motive edip yüksek performans elde etmeyi amaçlayan (Bakan, Büyükebeş 2010) geleneksel ve geçmişe bağlı olan liderlik tarzıdır (Gül, Şahin 2011). İstenen davranışlarla ödül arasında takas ilişkisi gerçekleştirilerek (Akyurt ve diğerleri 2015) rutin faaliyetlerin daha verimli ve etkin yapılması hedeflenmektedir (Gül, Şahin 2011).

Bass (1985)'e göre, işlemsel liderlik, liderin astlarından beklediği performansı göstermeleri halinde ödül alacaklarını açıklayan liderlik modelidir (Yavuz, Ercan 2009). İşlemsel liderlik ast ve üst tarafından karşılıklı bağlılığa dayanır. Lider izleyenin ihtiyaçlarını karşılarken izleyici de liderin isteklerini yerine getirmektedir (Yılmaz 2006).

3.6. Dönüşümcü (Transformasyonel) Liderlik

Dönüşümsel liderlikte yönetici çalışanların bir görevinin olduğunu belirtir ve onları amaçlarına yöneltme ve yönlendirmede çaba sarf eder. Bu liderlikte yönetici çalışan ve izleyicilerinin yetenek ve becerilerini ortaya çıkarıp motive ederek beklenenden daha fazla iyi sonuç almayı hedefler. Dönüşümcü liderlikte yönetici, örgütlerin görev alanında farklılıklar ve değişimler yapan, örgütü ve izleyicilerini kısa zaman dilimi içerisinde şoka sokan, başarının düşmesi esnasında yeniliğe ve reformun gerekliliğine inanıp değişim yapan kimsedir (Alkın, Ünsar 2007). Dönüşümcü liderlikte, liderin dört davranışı ön plana çıkmaktadır. Bireyin düşüncesine önem verme yani çalışanların düşüncelerini tek tek ele alma, çalışanlarına saygı gösterme ve onlara önem verdiğini hissettirme dördüncüsü ise çalışanların gelişimine katkıda bulunmaktır (Phaneuf et al. 2016).

Bass (1990)'a göre, dönüşümcü liderlikte, lider ve izleyiciler birbirlerinin ihtiyaçlarını karşılayarak ulaşılması güç olan hedeflere ulaşmayı başarır (Çakar, Arbak 2003). Genel olarak dönüşümcü liderlik, izleyicilerin performans ve memnuniyetlerini onların ihtiyaç ve değerlerini etkileyerek yükseltmeye çalışan liderlik tipidir (Gül, Şahin 2011).

3.7. Babacan (Paternalist) Liderlik

Babacan lider çalışanını aileden biri gibi görür. Bu lider tipi ilk olarak organizasyonun ihtiyaçlarını ortaya koyar ve çalışanlarını çocukları gibi sahiplenip eğitim verir. Babacan liderlik rolü negatif de olabilir pozitif de olabilir fakat burada değişmeyen tek şey aile rolüdür (Laub 2003).

Babacan liderlikte lider, çalışanlarını yardımseverlikle, diğergamlılıkla, babacanlıkla ve ahlaki davranışlar sergileyerek etki altına alır. Babacan liderlik tipi üç boyuttan oluşmaktadır: ahlaki olma, otoriterlik, yardımseverlik (Uysal ve diğerleri 2012). Aycan (2006)'a göre, babacan liderliğin boyutları şunlardır (Aycan ve diğerleri 2013):

1. İş yerinde bir aile ortamı yaratmak (lider üst düzey bir aile üyesi gibi davranır).
2. Astlarıyla yakın ve kişisel ilişkiler kurmak (her ast ile ayrı ayrı yakın ilişki kurmak).
3. İş dışında da astlarıyla birlikte olmak.
4. Astlarından saygı ve hürmet görmeyi istemek (lider performanstan çok saygı görmek ister).
5. Otorite ve hiyerarşi durumunu sürdürmek (lider astlarından onun otoritesine saygı duymalarını ister).

IV. ÇALIŞAN PERFORMANSI

Performans farklı süreçlere göre farklı anlamlar alabilen, iş görenin veya grubun, ilgili oldukları birimin veya örgütün amaçlarına ulaşmak için ortaya çıkan niteliksel veya niceliksel sonuçların toplamıdır (Çalık 2003).

Çalışan performansı, örgütün başarısı, performansı ve etkililiği açısından önemlidir. Çalışan performansı, örgütsel amaç ile bireysel beklenti arasında kurulan ilişkinin sonucudur (Tutar, Altınöz 2010). Elde edilen sonuçlar olumlu ise, çalışan görev ve sorumluluklarını başarıyla yerine getirdiği ve istenilen performans düzeyine sahip olduğunu gösterir. Eğer sonuçlar olumsuz ise çalışanın performansının düşük olduğu, istenileni veremediği, başarısız olduğu kabul edilir (Doğanay, Şen 2016).

Performans değerlendirme, bir yöneticinin çalışanların işteki performanslarını daha önce saptanmış performans verileriyle karşılaştırmasıdır (Korukoğlu 2009). Başka bir ifadeyle, performans değerlendirmesi yönetici ile çalışan arasında ortak bir çalışmaya, hatalar ve başarılar açısından sorumluluğun paylaşılmasına, bilgi alışverişine, eğitim ve gelişmesine olanak sağlayan dinamik bir sistemdir. Performans değerlendirme kurum düzeyinde motivasyon, kişi düzeyinde bireysel psikolojiye yönelik bir ihtiyaçtır (Eraslan, Algün 2005).

Performans değerlendirmesi, asıl amacı gelecekte kariyer planlamasında kimin nerede olduğunun tespit edilmesinde değil, çalışanlar açısından önemli geri beslemeler verilmesi, sistemi örgütsel vizyon amaçları içerisinde sürekli geleceğe yönlendirmesi, organizasyonları yarına taşımasıdır (Tanrıverdi ve diğerleri 2010).

Sağlık hizmetleri 20. yüzyılın son çeyreğinden itibaren performans yönetiminin temel uygulama alanlarından biri olmuştur. Sağlık harcamalarında ki hızlı artışlar, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların kullanımı ve bu kullanımın sonuçlarını sorgulayan yaklaşımlar önem kazanmıştır. Hem sağlıklı toplum yaratma hem de kaynakların verimli kullanılması için baskılar artmış, birçok ülkede sağlık sistemini ölçmeye ve performansını değerlendirmeye yönelik çalışmalar yapılmış ve bu çalışmalar yalnız o ülke ile sınırlı kalmayıp uluslararası bir boyut kazanmıştır (Ateş, Kırılmaz 2015).

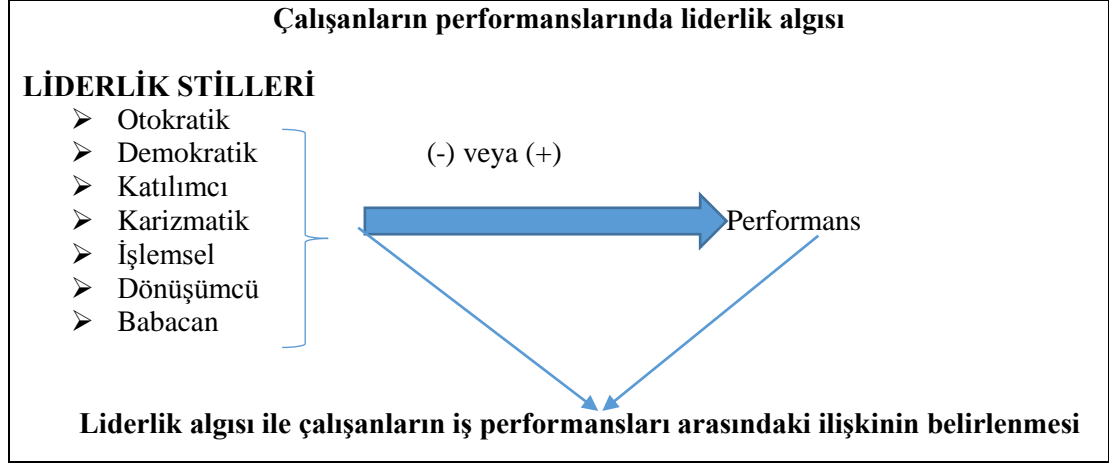
Liderlik stili çalışanın başarısını ve başarısızlığını etkileyen önemli bir konudur (Koccolowski 2010) çünkü çalışan performansı liderin etkinliğine bağlıdır (Dias, Borges 2017). Günümüzde her zaman etkili olan bir liderlik stili yoktur. Çalışanın performansını etkileyen birçok liderlik stili vardır. Bu stiller zamana, yere, mekana, ortama göre değişebilmektedir. Sağlık hizmetleri gibi karmaşık bir organizasyona sahip birbirinden farklı branşların bulunduğu bir yapıda çalışanların performanslarını etkileyecek tek bir liderlik türünden bahsedilememektedir. Bunun için ki sağlık hizmetlerinde çalışan performansını etkileyecek liderlik stillerini belirlemek önemli bir konu haline gelmiştir.

V. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmada, özel bir hastanedeki yöneticilerin liderlik stillerinin belirlenmesi amaçlanmış ve bu liderlik stillerinin çalışanların performanslarıyla nasıl bir ilişkiye sahip olduğu ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Tablo 1. Araştırmanın Modeli



Tablo 1’de özetlenen bu çalışmada, liderlik stillerinin çalışanların iş performansları üzerindeki etkilerinin belirlenmesi incelenmiştir. Yöneticilerin liderlik stilleri ile çalışanların iş performansları arasındaki ilişki üzerine kurulan hipotezler şunlardır:

- H1: Çalışanların otokratik liderlik algılamasıyla iş performansı arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H2: Çalışanların demokratik liderlik algılamasıyla iş performansı arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H3: Çalışanların katılımcı liderlik algılamasıyla iş performansı arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H4: Çalışanların karizmatik liderlik algılamasıyla iş performansı arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H5: Çalışanların işlemsel liderlik algılamasıyla iş performansı arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H6: Çalışanların dönüşümcü liderlik algılamasıyla iş performansı arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H7: Çalışanların babacan liderlik algılamasıyla iş performansı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

5.2. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları

Araştırma Ankara’da özel bir hastanede çalışanlar üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın kapsamını söz konusu özel hastane çalışanları oluşturmaktadır. Çalışanların zaman kaybı yaşamaması için anket soruları internet üzerinden mail yoluyla gönderilmiş olup anketlere geri dönüş yapanlar değerlendirme kapsamına alınmıştır. Ölçeklerdeki ifadelerin doğru anlaşıldığı ve araştırmaya katılanların cevaplarını, gerçeğe uygun verdikleri varsayılmıştır. Araştırmada çalışanların çalıştığı bölüm sorulmadığından ve araştırmaya katılanların karşılaştırılması istenmediğinden tabakalama yönetimi yerine basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

5.3. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Ankara ilinde faaliyet gösteren özel bir hastane çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı özel hastanede toplam 990 çalışan bulunmaktadır. Rastgele seçilen 495 özel hastane çalışanına mail aracılığıyla anket soruları gönderilmiştir. Eksiksiz ve tam geri dönen 268 mail değerlendirilmeye tabi tutulmuştur.

Çalışmanın yürütülebilmesi için Fırat Üniversitesi Etik Kurulu'ndan ve araştırmanın yapılacağı hastaneden gerekli izinler alınmış ve Nisan 2017 tarihi itibarıyla çalışanlara anketler uygulanmaya başlanmıştır. Bu tarih itibarıyla araştırmanın yapıldığı özel hastanede toplam 96 doktora, 132 hemşireye, 110 diğer sağlık personeline ve 157 genel idari personele anket soruları gönderilmiştir. Araştırmanın sonunda, 96'sı doktorlardan, 132'si hemşirelerden, 110'u diğer sağlık personellerinden, 157'si genel idari personelden olmak üzere, toplam 268 anket elde edilmiştir. Bu şekilde; anket gönderilen doktorların %15,62'sine, hemşirelerin %38,63'ne, diğer sağlık personelinin %66,36'sına, genel idari personelin %82,16'sına ulaşılmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Anket Uygulanan Çalışan Sayısı

Görev	Toplam sayı	Ulaşılan sayı	Ulaşılan yüzde (%)
Doktor	96	15	15,62
Hemşire	132	51	38,63
Diğer sağlık personeli	110	73	66,36
Genel idari personel	157	129	82,16
Genel	495	268	54,14

5.4. Veri Toplama Araçları

Katılımcı liderlik ile ilgili sorular, House ve Robert (1993) tarafından geliştirilen (Perceived Leadership Behavior Scale) Algılanan Liderlik Davranış Ölçeğidir. Türkçe yapılan çalışmada Sökmen ve Boylu (2009) tarafından yapılan çalışmadan alınmıştır. Otokratik ve demokratik liderlik ile ilgili sorular Molero ve diğerlerinin (2007) çalışmasından, babacan ile ilgili liderlik soruları Aycan (2006)'ın çalışmasından alınmıştır. Karizmatik liderlik, işlemsel liderlik ve dönüşümcü liderlik ile ilgili sorular ise Öztop (2008)'un çalışmasından alınmıştır.

İş performansı ölçeği ise Kirkman ve Rosen (1999) ve daha sonra Sigler ve Pearson (2000) tarafından yapılan çalışmalarda kullanılmış olup 0,70'lik Cronbach α düzeyinde sonuca ulaşılmıştır. Türkiye'de bu ölçek Çöl (2008) tarafından Türkçeye uyarlanılarak akademisyenlerin güçlendirme algıları ve onların performansları arasındaki ilişkiyi incelemek için kullanılmış olup Cronbach's Alpha (α) değerinin 0,80'in üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

Her bir ölçek maddesi 5'li likert ölçeği (1=Hiç Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle Katılıyorum) ile değerlendirilmiştir.

5.5. Verilerin Analizi

Anketteki her bir soruya verilen yanıtın dağılımını hesaplamak için frekans analizi, likert tipi soruların ortalama değerlerini göstermek için ise tanımlayıcı analiz uygulanmıştır. Algılanan liderlik davranışlarının iş performansını ne düzeyde etkilediği korelasyon analizi yapılarak test edilmiştir. Güvenilirlik analizi sonuçları ise Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3. Güvenilirlik Analizi

Ölçek	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
ALGILANAN LİDERLİK DAVRANIŞI	0,948	33
Otokratik	0,677	4
Demokratik	0,786	5
Katılımcı	0,863	5
Babacan	0,782	5
Karizmatik	0,829	5
İşlemsel	0,885	4
Dönüşümcü	0,923	5
İŞ PERFORMANSI	0,890	4

VI. BULGULAR

Araştırma da elde edilen bulgular aşağıda Tablo 4’de verilmiştir.

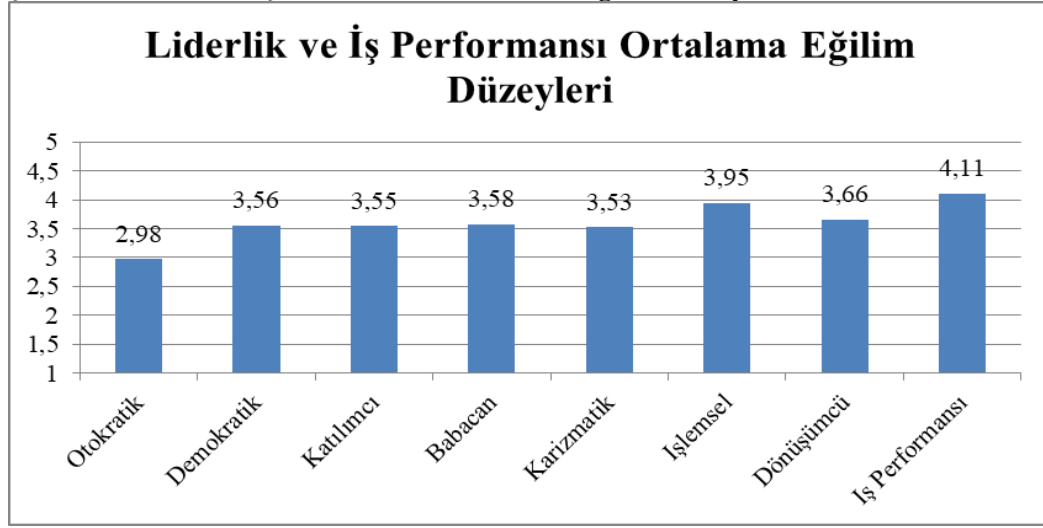
Araştırmaya katılanların %63,8’ini kadınlar, %36,2’sini de erkekler oluşturmaktadır. Katılanların yaş dağılımına bakıldığında %21,3’ünün 19-25 yaş arasında, %25,4’ünün 26-32 yaş arasında, %29,9’unun 33-40 yaş arasında, %15,7’sinin 41-48 yaş arasında, %7,1’inin 49-55 yaş arasında ve %0,7’sinin de 55 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların %40,1’ini bekar, %59,9’unu da evli çalışanlar oluşturmaktadır. Mesleklerine göre %5,6’sını doktorlar, %19’unu hemşireler, %27,2’sini diğer sağlık personeli, %48,1’ini de genel idari personel oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanların eğitim durumlarına bakıldığında ise %33,2’sinin lise, %24,2’sinin ön lisans, %25,3’ünün lisans, %8,7’sinin lisansüstü ve %8,7’sinin de diğer eğitim düzeylerine sahip olduğu görülmektedir. Yapılan anket çalışmasında sosyo-demografik sorularda işaretlenmeyen kısımlar dahil edilmemiştir.

Tablo 4. Sosyo-Demografik Özellikler

	Kişi Sayısı (n)	Oran (%)
Cinsiyet		
Kadın	171	63,8
Erkek	97	36,2
Toplam	268	100,0
Yaş		
19-25	57	21,3
26-32	68	25,4
33-40	80	29,9
41-48	42	15,7
49-55	19	7,1
55+	2	0,7
Toplam	268	100,0
Medeni Durum		
Bekar	107	40,1
Evli	160	59,9
Toplam	267	100,0
Meslek		
Doktor	15	5,6
Hemşire	51	19,0
Diğer sağlık personeli	73	27,2
Genel idari personel	129	48,1
Toplam	268	100,0
Eğitim		
Lise	88	33,2
Ön lisans	64	24,2
Lisans	67	25,3
Lisansüstü	23	8,7
Diğer*	23	8,7
Toplam	265	100,0

*okuryazar, ilkokul

Not: Tablo 4’de yer alan cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek ve eğitim durumundaki kişi sayısı farklıdır. Bunun nedeni araştırmaya katılanların sosyo-demografik özelliklere cevap verme konusunda isteksiz oluşları ve soruları isteyerek boş bırakmalarındır.

Şekil 1: Liderlik ve İş Performansı Ortalama Eğilim Düzeyleri

Şekil 1’de çalışanların yöneticilerine karşı algıladığı liderlik stillerine ve iş performansına ait ortalama düzeyi gösterilmiştir. Ortalama puanlar 1-5 arasında değer almakta, yüksek puanlar algı düzeyinin yüksek, düşük puanlar ise algı düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Buna göre; algılanan en yüksek liderlik tipi ortalama 3,95 puan ile işlemsel liderlik tipine aittir. Çalışanların otokratik liderlik ile ilgili algı düzeyi (2,98) diğer liderlik tiplerine göre en düşük düzeydedir. Çalışanların iş performansı düzeyine bakıldığında performans düzeyinin oldukça yüksek (4,11) olduğu görülmektedir.

Tablo 5: Liderlik Algısı ve İş Performansı Arasındaki İlişki

		Otokratik	Demokratik	Katılımcı	Babacan	Karizmatik	İşlemsel	Dönüşümcü
İş Performansı	Korelasyon (r)	0,088	0,323	0,363	0,394	0,375	0,366	0,363
	Anlamlılık (p)	0,152	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Tablo 5’de ki korelasyon analizine göre, liderlik ölçeğinin otokratik liderlik boyutu hariç diğer tüm alt boyutları ile iş performansı arasında aynı yönlü ($r>0$) ve anlamlı bir ilişki ($p<0,05$) vardır. Buna göre; çalışanların demokratik ($r=0,323$), katılımcı ($r=0,363$), babacan ($r=0,394$), karizmatik ($r=0,375$), işlemsel ($r=0,366$) ve dönüşümcü ($r=0,363$) liderlik algısındaki artış iş performansında da artışa neden olmaktadır. Anlamlılık değerlerinin $p<0,05$ olmasından dolayı aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. İş performansına etki eden en güçlü liderlik boyutu en büyük korelasyon katsayısına sahip babacan liderlik ($r=0,394$) boyutudur. Çalışanların otokratik liderlik algısı ile iş performansı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

VII. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırmanın sonuçlarına göre çalışanların otokratik liderlik algısı ile iş performansı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Otokratik liderlik algısı çalışanların performansını arttıran herhangi bir sonuca ulaşılmamıştır. Bu liderlik tarzında çalışanların söz hakkının

olmaması, planların, politikaların, stratejilerin belirlenmesin de yalnızca liderin söz hakkının olması, çalışanların performansının artmasına engel olduğu düşünülmektedir.

Harms ve diğerleri (2018), yaptıkları çalışmaya göre, otokratik liderlik, çalışanların motivasyonun azalmasına, stresin artmasına, çalışanlar üzerinde negatif etkisi olduğuna ve performansın düşmesine neden olduğunu belirtmiştir. Chen ve diğerleri (2014), 27 firma da 601 çalışan ile yaptıkları çalışmada otokratik liderliğin çalışanlarda korku ve öfkeye neden olduğunu, çalışanlar da iş üretkenliğini azalttığını, rol davranışlarında belirsizliklere yol açtığını ve çalışanların görüş ve önerilere katılımın azalttığı saptanmıştır. Bakan ve diğerleri (2013) yaptıkları çalışmaya göre ise işletmeler de yenilikçiliğin ve yaratıcı düşüncelerin rekabet avantajı yarattığından otokratik liderlik tarzının uygun olmadığı belirtilmiştir.

Araştırmanın bulgularına göre demokratik liderlik ile iş performansı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çünkü demokratik liderlikte, eşitlik, katılım, oylama yoluyla özgürce karar verme, örgütün amaçlarına ulaşabilmesi için uzlaşma ve çoğunluğun karar vermesinden dolayı çalışanların performansı arttırdığı söylenebilir (Alshurman 2015).

Fiaz ve diğerlerinin (2017) çalışmasına göre demokratik liderlikle performans arasında pozitif ilişki olduğu belirtilmiştir. Demokratik liderliğin işletmenin verimliliğini arttırdığını, çalışanlarda gönüllü davranışların ortaya çıkmasını sağladığını ve iş performansını arttırdığı tespit edilmiştir. Avcı ve Yaşar (2016)'ın çalışmasına göre ise yöneticilerin liderlik stillerinden demokratik liderlik tarzını benimsemeleri, takipçilerin kendileri ve kurumları arasında olumlu sinerji ile kurum kültürünün benimsenmesi ve çalışan performansına olumlu etki yaratacağı belirtilmiştir.

Araştırmada katılımcı liderlikle performans arasında pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Katılımcı liderlik karar alma sürecinde veya bilgilerin paylaşılması esnasında yönetici ve astların birlikte karar vermesinden (Bell, Mjoli 2014) dolayı çalışanların iş performansını arttırdığı düşünülebilir.

Miao ve diğerleri (2014), yaptıkları çalışmaya göre katılımcı liderliğin çalışanlarda güven duygusunu oluşturduğu ve bunun da iş performansını pozitif yönden arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Newman ve diğerleri (2016) 309 stajyer ve amirlerinden oluşan katılımcı liderlik ile staj ortamındaki iş performansı arasındaki ilişkinin incelenmesi üzerine yapılan araştırmanın sonucuna göre katılımcı liderliğin iş performansı ile pozitif ilişkili olduğu saptanmıştır. Costa ve Dall'Agnol (2016)'un çalışmasına göre ise katılımcı liderliğin hemşireler ve yöneticiler arasında iletişimi arttırdığı, hemşirelerin daha istekli çalıştığı ve katı çalışma ortamından ziyade daha rahat bir çalışma ortamı yarattığı tespit edilmiştir.

Araştırmada karizmatik liderlikle iş performansı arasında ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Karizmatik lider, örgüt için büyüme fırsatlarını değerlendirir, statükoyu eleştirir ve örgütsel hedeflere ulaşmak için radikal değişiklikler önerir. Karizmatik liderler, takipçilerde güven ve bağlılık yaratır, onlar için bir rol modeli olur (Rowold, Heinitz 2007) ve bu yüzden karizmatik liderlik ile iş performansı arasında pozitif ilişki olduğu söylenebilir.

Hwang ve diğerlerinin (2015) Amerika Birleşik Devletleri, Çin, Singapur, Japonya ve Güney Kore ülkelerinde liderlik stilleri ve performans etkileri üzerine yaptıkları çalışmaya göre karizmatik liderliğin, otokratik, katılımcı ve destekleyici liderlik stillerine göre korelasyon katsayısının daha yüksek olduğu ve iş performansını pozitif yönde en fazla etkileyen liderlik tipi olduğu belirtilmiştir. Horn ve diğerlerinin (2015) 243 çalışan üzerinden yaptıkları çalışmaya göre, karizmatik liderlik çalışanlarının işe daha bağlı olduğu ve çalışanları işe daha fazla teşvik ettiği belirtilmiştir. Ayrıca karizmatik liderliğin, iş

performansına ve güçlü vatandaşlık bağlarının oluşmasına güçlü bir etkisi olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmanın sonuçların göre işlemsel liderlikle iş performansı arasında pozitif ilişki olduğu tespit edilmiştir. İşlemsel liderlik, amaçları gerçekleştirmek için görevlere odaklanır. Görevlerin yerine getirilmesi durumunda çalışanlarla ödül-takas ilişkisi gerçekleştirir (Tyssen et al. 2014) rutin faaliyetlerin daha etkin bir şekilde yapılması için çalışanları ödüllerle motive eder (Aga 2016). Bundan dolayı işlemsel liderliğin iş performansını arttırdığı düşünülebilir.

Zeb ve diğerleri (2015) işlemsel ve dönüşümcü liderlik stillerinin Pakistan'da ki kamu örgütlerinde performansa etkisi üzerine 190 çalışan ile yaptıkları araştırmaya göre işlemsel liderliğin performansla arasında anlamlı ilişki olduğunu ve işlemsel liderliğin iş performansı üzerinde olumlu etkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Aga (2016) işlemsel liderlik ve proje başarısı üzerine yaptığı çalışmaya göre, işlemsel liderliğin proje başarısını pozitif yönde etkilediğini belirtmiştir. Mgeni ve Nayak (2016) Tanzanya' da KOBİ'lerde ki 60 çalışan ile yaptıkları çalışmaya göre, işlemsel liderlik ile iş performansı arasında pozitif bir ilişki olduğu tespit etmiştir. Brahim ve diğerlerinin (2015) Cezayir'de 5 bankada 132 çalışan ile yaptıkları çalışmaya göre, işlemsel liderliğin, çalışanların organizasyonel hedeflere ulaşmak için iç ve dış ortamdaki mevcut kaynakları başarılı bir şekilde bütünleştirip maksimize ettikleri sonucuna ulaşmışlardır.

Araştırmanın bulgularına göre dönüşümcü liderlikle iş performansı arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Dönüşümsel liderlikte, lider ve izleyiciler birbirlerinin ihtiyaçlarını karşılayarak ulaşılması güç olan hedeflere ulaşmayı başarır ve genel olarak dönüşümsel liderlik, izleyicilerin performans ve memnuniyetlerini onların ihtiyaç ve değerlerini etkileyerek yükseltmeye çalışan liderlik tipi olduğundan iş performansının arttığı söylenebilir.

Vatankhah ve diğerleri (2017), dönüşümcü liderliğin eğitim hastanelerinde çalışanların verimliliğe etkisi üzerine yaptıkları araştırmada, dönüşümcü liderliğin çalışanların üretkenliğini arttırdığını ve performansa olumlu etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Choudhary ve diğerlerinin (2013), dönüşümcü ve hizmetkar liderliğin örgütsel performans üzerine yaptıkları çalışmaya göre ise dönüşümcü liderliğin örgütsel öğrenmede hizmetkar liderliğe göre daha etkin olduğu ve örgütsel öğrenmenin performansla ilişki olduğunu ve iş performansını arttığı tespit edilmiştir.

Babacan liderlik, çalışanın iş dışında sorunlarıyla ilgilenen, çalışanın başarısı için çaba harcayan ve çalışanın refahını arttırmak için destek veren, bir babanın çocuğuna yaklaşım tarzını hissettiren liderlik tipidir (Otamis et al. 2015). Babacan liderlik, çalışana rehberlik eder, yol gösterir, yapıcı olur, moral verir, aile hissi oluşturur (Irawanto 2011) ve bundan kaynaklı çalışanların iş performansını arttırdığı düşünülebilir.

Uğurluoğlu ve diğerlerinin (2018) babacan liderliğin iş performansı ve işten ayrılma niyeti üzerine etkisi adlı çalışmasına göre babacan liderliğin, iş performansına doğrudan etkisi olduğu bulunmuştur. Sağlık kuruluşlarındaki liderler, astların iş performanslarını olumlu yönde etkilemek istiyorlarsa ve hastanelerde işten ayrılma niyetini en aza indirmek amaçlanıyorsa babacan liderlik tavırlarının etkisinin önemli olduğu belirtilmiş olup babacan liderlik boyutlarının (hayırsever, ahlak, davranışçı otoriter ve yönetsel otoriter) iş performansı üzerinden doğrudan etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Chen ve diğerlerine (2011) göre, babacan liderlik özelliğinin sahip olduğu yardımseverlik ve ahlakın performansını pozitif etkilediği tespit edilmiştir. Kai (2013) çalışmasına göre ise, babacan liderliğin üç boyutu çalışanın performansı üzerinde doğrudan etkiye sahiptir. Hayırsever ve

ahlaki liderlik olumlu bir etkiye sahipken, otoriter liderliğin çalışan performansını olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre otokratik liderlik algısı ile iş performansı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Otokratik liderliğin çalışan performansında artışa neden olmadığı tespit edilmiştir.

Çalışmada, demokratik, katılımcı, babacan, karizmatik, işlemsel (transaksiyonel) ve dönüşümcü (transformasyonel) liderlik algısındaki artışın çalışan performansında artışa neden olduğu saptanmıştır. Çalışan performansına etki eden en güçlü liderlik tarzının babacan liderliğin çıktığı sonucuna ulaşılmıştır.

Liderlik son yıllarda iş dünyasında ve endüstride en çok araştırılan kavramlardan biridir. Bunun dışında yalnızca liderlerin davranışları, tutumları değil, aynı zamanda liderliğin nasıl algılandığı da önemli bir konu haline gelmiştir (Nazarian et al. 2017). Bu nedenle liderlik stillerinin çalışan performansı üzerindeki etkisi ile ilgili birçok araştırma yapılmış ve araştırmalar sonucunda liderlik tarzlarının çalışan performansında farklı sonuçlar çıkardığı tespit edilmiştir (Ogbonna, Harris 2000). Bu yüzden, liderlik tarzları sadece çalışan performansı üzerinde etkiye sahip olmayıp kurumsal performans üzerinde de önemli bir etkiye sahiptir. Sağlık gibi heterojen yapıda çalışanlara sahip örgütlerde çalışan performansını arttırmak için en uygun liderlik stilini belirlemek büyük bir önem kazanmaktadır ve bu araştırmanın bulguları da liderlik stillerinin performansa etkisini desteklemektedir.

KAYNAKLAR

1. Aga D. A. (2016) Transactional Leadership and Project Success: The Moderating Role of Goal Clarity. **Procedia Computer Science** 100: 517-525.
2. Akyurt N., Alparlan A. M. ve Oktar Ö. F. (2015) Sağlık Çalışanlarında Liderlik Tarzları-İş Tatmini-Örgütsel Bağlılık Modeli. **Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi** 6(13): 50-61.
3. Alkın C. ve Ünsar S. (2007) Liderlik Özellikleri ve Davranışlarının Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma. **Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi** 9(3): 75-94.
4. Alshurman M. (2015) Democratic Education and Administration. **Procedia - Social and Behavioral Sciences** 176: 861-869.
5. Andersen K. P. (2005) A Correlational Analysis Of Servant Leadership And Job Satisfaction in A Religious Educational Organization. **Dissertation of University of Phoenix**, Phoenix.
6. Ateş H. ve Kırılmaz H. (2015) Sağlık Personelinin Performans Yönetimine İlişkin Görüşleri Üzerinde Kişisel Faktörlerin Etkileri. **Amme İdare Dergisi** 48(4): 97-128.
7. Avcı U. ve Topaloğlu C. (2009) Hiyerarşik Kademelere Göre Liderlik Davranışlarını Algılama Farklılıkları: Otel Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. **KMU İİBF Dergisi** 1: 1-20.
8. Avcı Ö. ve Yaşar Y. (2016) Bir Kamu Kuruluşunda Çalışanların Liderlik Algıları: Olgubilimsel Bir Yaklaşım. **Akademik İncelemeler Dergisi** 11(1):187-205.

9. Aycan Z. (2006) Paternalism: Towards Conceptual Refinement and Operationalization. In: Yang K. S., Hwang K. K. and Kim U. (Eds.) **Indigenous and Cultural Psychology: Understanding People in Context**. Springer, New York.
10. Aycan Z., Schyns B., Sun J. M., Felfe J. and Saher N. (2013) Convergence and Divergence of Paternalistic leadership: A Cross-Cultural Investigation of Prototypes. **Journal of International Business Studies** 44(9): 962-969.
11. Bakan İ. (2008) “Örgüt Kültürü” ve “Liderlik” Türlerine İlişkin Algılamalar ile Yöneticilerin Demografik Özellikleri Arasındaki İlişki: Bir Alan Araştırması. **KMU İİBF Dergisi** 10: 13-40.
12. Bakan İ. ve Büyükbeşe T. (2010) Liderlik “Türleri” ve “Güç Kaynakları”na İlişkin Mevcut-Gelecek Durum Karşılaştırması: Eğitim Kurumu Yöneticilerinin Algılarına Dayalı Bir Alan Araştırması. **KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi** 12 (19): 73-84.
13. Bakan İ., Büyükbeşe T., Erşahan B. ve Kefe İ. (2013) Kadın Çalışanların Yöneticilere İlişkin Algıları: Bir Alan Çalışması. **Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 3(2): 71-84.
14. Bass B. M. (1990) **Bass & Stogdill's Handbook Of Leadership Theory: Research, and Managerial Applications**. Third Edition, The Free Press, New York.
15. Bell C. and Mjoli T. (2014) The Effects of Participative Leadership on Organisational Commitment: Comparing Its Effects on Two Gender Groups Among Bank Clerks. **African Journal of Business Management** 8(12): 451-459.
16. Bozlağan R. (2005) **Liderlik Yaklaşımları ve Belediyeler**. Hayat Yayınları, İstanbul.
17. Brahim A. B., Ridic O. and Jukic T. (2015) The Effect of Transactional Leadership on Employees Performance Case Study of 5 Algerian Banking Institutions. **Journal of Economic and Business** 13(2): 7-20
18. Brophy J. R. (2010) **Leadership Essentials**. Jones and Bartlett Publishers, USA.
19. Chen X. P., Eberly M. B., Chian T. J., Farh J. L. and Cheng B. S. (2014) Affective Trust in Chinese Leaders: Linking Paternalistic Leadership to Employee Performance. **Journal of Management** 40(3): 796-819.
20. Choudhary A. I., Akhtar S. A. and Zaheer A. (2013) Impact of Transformational and Servant Leadership on Organizational Performance: A Comparative Analysis. **Journal of Business Ethics** 116: 433-440.
21. Cremer D. D. (2006) Affective and Motivational Consequences of Leader Self-Sacrifice: The Moderating Effect of Autocratic Leadership. **The Leadership Quarterly** 17: 79-93.
22. Costa D. G. and Dall'Agnol C. M. (2011) Participative Leadership in the Management Process of Nightshift Nursing. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 19(6): 1306-1313.

23. Çakar U. ve Arbak Y. (2003) Dönüşümcü Liderlik Duygusal Zekâ Gerektirir Mi? Yöneticiler Üzerinde Örnek Bir Çalışma. **Dokuz Eylül Üniversitesi İİBF Dergisi** 18(2): 83-98.
24. Çetin N. G. ve Beceren E. (2007) Lider Kişilik: Gandhi. **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 3(5): 110-132.
25. Çöl G. (2008) Algılanan Güçlendirme İlgören Performansı Üzerine Etkileri. **Doğuş Üniversitesi Dergisi** (9)1: 35-46.
26. Demir C., Yılmaz M. K. ve Çevirgen A. (2010) Liderlik Yaklaşımları Ve Liderlik Yaklaşımlarına İlişkin Bir Araştırma. **Alanya İşletme Fakültesi Dergisi** 2(1): 129-152.
27. Dias M. A. M. and Borges R. S. G. (2017) Performance and Leadership Style: When Do Leaders and Followers Disagree? **Mackenzie Management Review** 18(2): 104-129.
28. Dilts R. B. (1996) **Visionary Leadership Skills**. Meta Publications, California.
29. Doğanay A. ve Şen E. (2016) Liderlik Tarzlarının Çalışanların Bağlılık Seviyesi ve Performansına Etkisi: Başakşehir Belediyesinde Bir Uygulama. **Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 6(12): 324-348.
30. Drath W. (2006) Resonant Leadership. **Personnel Psychology** 59(2): 467-471.
31. Eagly A. H., Johannesen-Schmidt M. C. and Engen M. L. (2003) Transformational, Transactional, and Laissez-Faire Leadership Styles: A Meta-Analysis Comparing Women and Men. **Psychological Bulletin** 129(4): 569-591.
32. Eraslan E. ve Algün O. (2005) İdeal Performans Değerlendirme Formu Tasarımında Analitik Hiyerarşi Yöntemi Yaklaşımı. **Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi** 20(1):95-106.
33. Eren E. (2000) **İşletmelerde Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası**. Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.
34. Eriksen M. (2009) Authentic Leadership, Practical Reflexivity, Self-Awareness, and Self-Authorship. **Journal of Management Education** 33(6): 747-771.
35. Fener T. ve Çevik T. (2015) Leadership in Crisis Management: Separation of Leadership and Executive Concepts. **Procedia Economics and Finance** 26: 695-701.
36. Fiaz M., İkrâm A. and Su Q. (2017) Leadership Styles and Employees' Motivation: Perspective from an Emerging Economy. **The Journal of Developing Areas** 51(4): 143-156.
37. Foels R., Driskell J. E., Mullen B. and Salaş E. (2000) The Effects of Democratic Leadership on Group Member Satisfaction an Integration. **Small Group Research** 31: 676-701.
38. Gastil J. (1994) A Definition and Illustration of Democratic Leadership. **Human Relations** 47(8): 953-973.

39. Go I. and Je O. (2015) Impact of Leadership Style on Organization Performance: A Critical Literature Review. **Arabian Journal of Business and Management Review** 5(2): 1-7.
40. Graham J. W. (1991) Servant-Leadership in Organisations. **Inspirational and Moral Leadership Quarterly** 2(2): 105-119.
41. Gül H. ve Şahin K. (2011) Bilgi Toplumunda Yeni Bir Liderlik Yaklaşımı Olarak Transformasyonel Liderlik ve Kamu Çalışanlarının Transformasyonel Liderlik Algısı. **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 25: 237-249.
42. Güney S. (1999) **Davranış Bilimleri Açısından Atatürk'ün Liderliği**. Ocak Yayınları, Ankara.
43. Hahn S., Lewis M. and Lenox T. L. (2002) **Impact of Roles on Participation and Task Performance**.
https://www.researchgate.net/publication/2926292_Impact_of_Roles_on_Participation_and_Task_Performance (Erişim Tarihi: 26.10.2016).
44. Harms P. D., Wood D., Landay K., Lester P. B. and Lester G. V. (2018) Autocratic Leaders And Authoritarian Followers Revisited: A Review And Agenda for The Future. **The Leadership Quarterly** 29: 105-122.
45. Hoog A. H. B., Greer L. L. and Hartog D. N. (2015) Diabolical Dictators or Capable Commanders? An Investigation of The Differential Effects of Autocratic Leadership on Team Performance. **The Leadership Quarterly** 26: 687-701.
46. Horn D., Mathis C. J., Robinson S. and Randle N. (2015) Is Charismatic Leadership Effective when Worker are Presured to be Good Citizens? **The Journal of Psychology** 149(8): 751-774.
47. Huang X., Iun J., Liu A. and Gong Y. (2010) Does Participative Leadership Enhance Work Performance by Inducing Empowerment or Trust? The Differential Effects on Managerial and Non-Managerial Subordinates. **Journal of Organizational Behavior** 31: 122-143.
48. Humphreys H. J. (2001) Transformational and Transactional Leader Behavior the Relationship with Suport For E-Commerce and Emerging Technology. **Journal of Management Research** 1(3): 151-163.
49. Hwang S. J., Quast L. N., Center B. A., Chung C. N., Hahn H. and Wohkittel J. (2015) The Impact of Leadership Behaviours on Leaders' Perceived Job Performance Across Cultures: Comparing The Role of Charismatic, Directive, Participative, and Supportive Leadership Behaviours in The U.S. and Four Confucian Asian Countries. **Human Resource Development International** 18(3): 259-277.
50. Irawanto D. W. (2011) Exploring Paternalistic Leadership and Application to The Indonesian Context. **Massey University Doctor of Philosophy**, New Zealand.
51. Judge T. A., Woolf E. F., Hurst C. and Livingston B. (2006) Carismatic and Transformational Leadership. **Zeitschrift für Arbeitsu Organisations Psychologie** 4: 203-204.

52. Kai G. (2013) Research on The Mechanism That Paternalistic Leadership Impact on Employee Performance: Organizational Justice As an Intermediary Variable. **Human Resource Management Research** 3(4):150–156.
53. Karahan A. (2008) Hastanelerde Liderlik ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. **Sosyal Bilimler Dergisi** 10(1):147.
54. Keklik B. (2012) Sağlık Hizmetlerinde Benimsenen Liderlik Tiplerinin Belirlenmesi: Özel Bir Hastane Örneği. **Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi** 14(1):73-93.
55. Khatri N., Alvin N. H. and Lee T. H. (2001) The Distinction Between Charisma and Vision: An Empirical Study. **Asia Pacific Journal of Management** 18(3): 373-393.
56. Kocolowski M. D. (2010) Shared Leadership: Is it Time for a Change? **Emerging Leadership Journeys** 3(1): 22-32.
57. Koçel T. (2007) **İşletme Yöneticiliği**. Arıkan Basım Yayın Dağıtım, İstanbul.
58. Korukoğlu S., Uğur A. ve Ballı S. (2009) İnsan Kaynakları Yönetiminde Performans Değerlendirme İçin Bir Bulanık Uzman Sistem Gerçekleştirimi. **Ege Akademik Bakış** 9(2): 837-849.
59. Laub J. (2003) From Paternalism to the Servant Organization: Expanding the Organizational Leadership Assessment (OLA) Model. **Regent University School of Leadership Studies**, , Virginia.
60. Lievens F. P. and Coetsier P. G. (1997) Identification of Transformational Leadership Qualities: An Examination of Potential Biases. **European Journal of Work and Organizational Psychology** 6(4): 415-430.
61. Marques J. F. (2010) Awakened Leaders: Born or Made? **Leadership & Organization Development Journal** 31(4): 307-323.
62. Mgeni T. O. and Nayak P. (2016) Impact of Transactional Leadership Styles on Business Performance of SMEs in Tanzania. **Amity Business Review** 17(1): 98-108.
63. Miao Q., Newman A. and Huang X. (2014) The Impact of Participative Leadership on Job Performance and Organizational Citizenship Behavior: Distinguishing Between The Mediating Effects of Affective and Cognitive Trust. **The International Journal of Human Resource Management** 25(20): 2796-2810.
64. Molero F., Cuadrado I., Navas M. and Morales F. (2007) Relations and Effects of Transformational Leadership: A Comparative Analysis with Traditional Leadership Styles. **The Spanish Journal of Psychology** 10(2): 358-368.
65. Nazarian A., Soares A. and Lottermoser B. (2017) Inherited Organizational Performance? The Perceptions of Generation Y on The Influence of Leadership Styles. **Leadership & Organization Development Journal** 38(8): 1078-1094.
66. Newman A., Rose P. S. and Teo S. T. T. (2016) The Role of Participative Leadership And Trust-Based Mechanisms in Eliciting Intern Performance: Evidence from China. **Human Resource Management** 55(1):53-67.

67. Northouse P. G. (2000) **Leadership Theory and Practice**. Sage Publications, USA.
68. O'Connor J., Mumford M. D., Clifton T. C., Gessner T. L. and Connelly M. S. (1995) Charismatic Leaders and Destructiveness: An Historiometric Study. **Leadership Quarterly** 6(4): 529-555.
69. Ogbonna E. and Harris L. C. (2000) Leadership Style, Organizational Culture and Performance: Empirical Evidence from UK Companies. **International Journal of Human Resource Management** 11(4): 766-788.
70. Otamis P. A., Saltık I. A. and Babacan S. (2015). The Relationship Between Paternalistic Leadership and Business Performance in Small Tourism Businesses: The Moderating Role of Affective Organizational Commitment. **Procedia - Social and Behavioral Sciences** 207: 90-97.
71. Önen S. M. ve Kanayran H. G. (2015) Liderlik ve Motivasyon: Kurumsal Bir Değerlendirme. **Birey ve Toplum** 5(10): 43-63.
72. Öztop İ. (2008) Liderlik Tarzları ve Örgüt Kültürü Tipleri Arasındaki İlişki ve Bu İlişkinin Nitel Performans Üzerine Etkileri. **Gebze Yüksek Teknolojisi Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**, Gebze.
73. Phaneuf J. E., Boudrias J. S., Rousseau V. and Brunelle E. (2016) Personality and Transformational Leadership: The Moderating Effect of Organizational Context. **Personality and Individual Differences** 102: 30-35.
74. Pierce J. L. and Newstrom J. W. (2003) **Leaders and the Leadership Process**. McGraw Hill, New York.
75. Rast D. E., Hogg M. A. and Giessner S. R. (2013) Self-Uncertainty and Support for Autocratic Leadership. **Self and Identity** 12(6): 635-649.
76. Rowden R. W. (2000) The Relationship Between Charismatic Leadership Behaviours and Organizational Commitment. **Leadership & Organization Development Journal** 21(1): 30-35.
77. Rowold J. and Heinitz K. (2007) Transformational and Charismatic Leadership: Assessing The Convergent, Divergent and Criterion Validity Of The MLQ And The CKS. **The Leadership Quarterly** 18: 121-133.
78. Sabuncuoğlu Z. ve Tüz M. (2001) **Örgütsel Psikoloji**. Ezgi Kitabevi, Bursa.
79. Smylie M. A., Lazarus V. and Conyers J. B. (1996) Instructional Outcomes of School-Based Participative Decision Making. **American Educational Research Association** 18(3):181-198.
80. Somech A. (2005) Directive Versus Participative Leadership: Two Complementary Approaches to Managing School Effectiveness. **Educational Administration Quarterly** 41(5): 777-800.
81. Sökmen A. ve Boylu Y. (2009) Yol Amaç Modeli Kapsamında Önderlik Davranışlarının İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma. **Journal of Yasar University** 4(15): 2381-2402.

82. Tanrıverdi H., Adıgüzel O. ve Çiftçi M. (2010) Sağlık Yöneticilerine Ait İletişim Becerilerinin Çalışan Performansına Etkileri: Kamu Hastanesi Örneği. **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 1(11): 101-122.
83. Tengilimoğlu D. (2005) Kamu ve Özel Sektör Örgütlerinde Liderlik Davranışı Özelliklerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması. **Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi** 4(14): 1-16.
84. Tutar H. ve Altınöz M. (2010) Örgütsel İklimin İş gören Performansı Üzerine Etkisi: Ostim İmalât İşletmeleri Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi** 65(2):195-218.
85. Tyssen A. K., Wald A. and Spieth P. (2014) The Challenge of Transactional and Transformational Leadership in Projects. **International Journal of Project Management** 32: 365-375.
86. Uğurluoğlu Ö., Aldoğan E. U., Turgut M. and Ozatkan Y. (2018) The Effect of Paternalistic Leadership on Job Performance and Intention to Leave the Job. **Journal of Health Management** 20(1): 46-55.
87. Uysal Ş. A., Keklik B., Erdem R. ve Çelik R. (2012) Hastane Yöneticilerinin Liderlik Özellikleri ile Çalışanların İş Üretkenlik Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 15(1): 25-57.
88. Vatankhah S., Alirezaei S., Khosravizadeh O., Mirbahaeddin S. E., Alikhani M. and Alipanah M. (2017) Role of Transformational Leadership on Employee Productivity of Teaching Hospitals: Using Structural Equation Modeling. **Electronic Physician** 9(8): 4978-4984.
89. Vugt M. V., Jepson S. F., Hart C. M. and Cremer D. D. (2004) Autocratic Leadership in Social Dilemmas: A Threat to Group Stability. **Journal of Experimental Social Psychology** 40(1):1-13.
90. Yavuz E. ve Tokmak C. (2009) İşgörenlerin Etkileşimci Liderlik ve Örgütsel Bağlılık İle İlgili Tutumlarına Yönelik Bir Araştırma. **International Journal of Economic and Administrative Studies** 1(2): 17-34.
91. Yılmaz E. (2006) Okullardaki Örgütsel Güven Düzeyinin Okul Yöneticilerinin Etik Liderlik Özellikleri ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Konya.
92. Yukl A.G. (1991) **Leadership in Organizations**. Prentice Hall, New Jersey.
93. Zeb A., Saeed G., Rehman S., Ullah H. and Rabi F. (2015) Transformational and Transactional Leadership Styles and its Impact on the Performance of the Public Sector Organizations in Pakistan. **Abasyn Journal of Social Sciences** 8(1): 37-46.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

İL DÜZEYİNDE GÖREV YAPAN KAMU SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN KARAR VERME STİLLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI

Nürşen ŞEN*
Hacer ÖZGEN NARCI**
Gülhan KALMUK***

ÖZ

Sağlık yöneticilerinin verdikleri kararlar sadece yönettiği sağlık kurumunu değil, toplumu da etkilemektedir. Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlayan değişim ve dönüşüm, sağlık hizmetlerinin kaliteli, etkili ve verimli sunulmasını ve karar verme davranışı ile bu unsurlar üzerinde doğrudan etkili olabilen sağlık yöneticisini ve yöneticinin karar verme stili önemli hale getirmiştir. Bu çalışma, il düzeyinde görev yapan kamu sağlık yöneticilerinin karar stillerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmada ayrıca yöneticilerin kararlarında rol oynayan faktörlerin ve farklı kurumların yöneticileri arasında karar stillerinde farklılık olup olmadığının belirlenmesi de amaçlanmıştır. Çalışma, Çankırı İl ve ilçelerinde 2016/Ağustos-Aralık döneminde İl Sağlık Müdürlüğü, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Birliği ve bağlı hastanelerinde üst, orta ve alt kademe yönetim pozisyonlarında görev yapan toplam 55 yönetici ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, yöneticilerin karar verme stilleri Karar Verme Stilleri Ölçeği ile ölçülmüştür. Yöneticilerin büyük çoğunluğunun rasyonel karar verme eğiliminde olduğu belirlenen bu çalışmada, karar stillerinin yöneticilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, eğitim alanı, mesleği, görevi, hiyerarşik pozisyonu ve meslekte, çalıştığı kurumda, yöneticilikte ve çalışma hayatı boyunca yönetici olarak toplam çalışma yıllarını içeren çeşitli özellikleri itibarıyla istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur. Bir istisna, bağımlı karar verme davranışının yaşa göre farklılık göstermesidir. Genel olarak, farklı kurum ve pozisyonda görev yapan yöneticilerin karar verme davranışlarında benzerlik tespit edilmiştir. Verilecek kararın mevzuata uygunluğu, hakkında karar verilecek konunun özellikleri ve konu hakkında daha önce yapılan uygulamalar, sahip olunan tecrübe ve uzman görüşü yöneticilerin karar vermelerinde rol oynayan önemli faktörler olarak belirlenmiştir. Ayrıca dış çevredeki gelişmelerin üst düzey yöneticilerin kararlarında etkili olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Karar, Karar Verme Stili, Kamu Sağlık Yöneticisi, Kararı Etkileyen Faktörler, Sağlıkta Dönüşüm Programı

MAKALE HAKKINDA


* Uzman, Sultangazi İlçe Sağlığı, Şube Müdürü, nursensen08@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1580-4653>

** Prof. Dr., İstinye Üniversitesi, İİSBF Sağlık Yönetimi Bölümü, haker.narci@istinye.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5666-2172>

*** Dr. Öğr. Üyesi, İstinye Üniversitesi, İİSBF Sağlık Yönetimi Bölümü, gkalmuk@istinye.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4734-0454>

Gönderim Tarihi: 14.08.2018

Kabul Tarihi: 15.10.2018

Atıfta Bulunmak İçin:

Şen, N., Özgen Narci, H., Kalmuk, G. (2019). İl Düzeyinde Görev Yapan Kamu Sağlık Yöneticilerinin Karar Verme Stilleri ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 73-96.

AN INVESTIGATION OF DECISION-MAKING STYLES AND ASSOCIATED FACTORS BY PROVINCIAL HEALTH MANAGERS IN THE PUBLIC SECTOR

Nürşen ŞEN*
Hacer ÖZGEN NARCI**
Gülhan KALMUK***

ABSTRACT

Decisions that are made by health managers potentially influence not only the health care institutions that they manage but also the society as a whole. The change and transformation that was launched with Health Transformation Programme have made healthcare managers and their decision-making styles prominent as they have a direct impact on quality, effective and efficient delivery of health services. The purpose of this study was to examine decision-making style of provincial health managers in the public sector. The study also aimed to determine the factors that play a role in decisions of managers and possible differences in decision styles of managers among three different health institutions. This study was carried out with a total 55 health managers holding top, middle and lower level managerial positions in the three publicly owned health institutions situated within the border of Çankırı province. decision-making styles of managers were measured using the Scale of Decision-Making Styles. In this study, where the vast majority of managers were identified to be rational decision makers, none of the decision styles had statistically significant association with managers' age, gender, marital status, education, major, profession, job, hierarchical position, and working years in the profession and the institution surveyed, and working years as a manager, except the one between dependent decision style and age. In general, similarities were found in the decision-making behaviors of managers in different institutions and positions. Legislative appropriateness of the decision to be taken, the characteristics of the decision to be made about it, previous applications, the experience gained and the expert opinion have been determined as important factors in the decision making of the managers. Additionally, changes in the external environment are particularly affecting the decisions of senior managers.

Keywords: Decision, Decision Style, Public Health Manager, Factors Affecting Decision, Health Transformation Program

ARTICLE INFO


* Sultangazi District Health, Branch Manager, nursensen08@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1580-4653>

** Istinye University, hacernarci@istinye.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5666-2172>

*** Istinye University, gkalmuk@istinye.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4734-0454>

Received: 14.08.2018

Accepted: 15.10.2018

Cite This Paper:

Şen, N., Özgen Narci, H., Kalmuk, G. (2019). İl Düzeyinde Görev Yapan Kamu Sağlık Yöneticilerinin Karar Verme Stilleri ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 73-96.

I. GİRİŞ

Yönetim, örgütü oluşturan unsurların uyumlu çalışmasını sağlayan bir süreçtir. Süreç yönetimi işleyen bir sistemin varlığını ifade eder. İşleyen sistem, esasen verilen kararların somutlaştırılmış bir sonucudur. Karar vermekle başlayan ve oluşturulan yönetim süreci, yine verilen kararlara göre şekillenir. Dolayısıyla karar verme, örgüt faaliyetlerinin özüdür (Harrison, Pelletier 2000). Yönetilen bir örgütün sürdürülebilirliğini de en üst noktadan en alt birime kadar verilen kararlar oluşturur. Bir örgütü yöneten yöneticinin verdiği kararlar, bir örgütün ürettiği mal ve/veya hizmetlerde etkililiği ve verimliliği doğrudan etkileyen öneme sahiptir.

Temel yönetim fonksiyonlarından biri olan karar verme süreci, içinde birçok faktörü barındıran karmaşık bir yapıya sahiptir (Bakan, Büyükbeşe 2005). Karar verme, yönetsel bir işlev olduğu gibi örgütsel bir süreçtir. Karar vermenin yönetsel olması, öncelikle karar verme eyleminin yöneticinin genel sorumluluğu olmasından, örgütsel olması ise karar verme eyleminin modern örgütlerde yöneticiyi aşan, grubu, ekibi ihtiva eden bir süreci kapsamaktadır (Can ve diğerleri 2002).

Karar verme işlevi, aynı zamanda içinde birçok faktörün yer aldığı bilişsel bir süreçtir. Bu süreçte yöneticilerin kişilik, algı ve değerlerinden oluşan kişisel faktörlerin yanında örgüt üyeleri, kararın niteliği, kararın önemi, zaman faktörü, alternatifler, örgütün yapısı, kısıtlar gibi çok sayıda iç çevreye dair faktörler ve dış çevre faktörleri de kararı etkilemekte ve şekillendirmektedir (Kurt 2003; Akat ve diğerleri 2002; Sağır 2006).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nce "*Sağlık sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan da bir bütün olarak, tam anlamıyla iyilik halidir.*" olarak tanımlanmaktadır (Hayran 2012). Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi, sağlık sistemi çok disiplinli bir alanı oluşturmaktadır (Sargutan 2005). Çünkü sağlık düzeyini olumlu veya olumsuz yönde etkileyen birçok faktör vardır. Dolayısıyla çok geniş bir alanı kapsayan sağlık sisteminin yönetilmesi, bu kavramın içinde yer alan sağlık hizmet sunumunun ve sağlık politikalarının belirlenmesinin de önemini belirtmektedir. Sürekli değişim ve dönüşüm içinde olan bilim ve teknolojinin sağlık hizmetlerine yansması sağlık sektöründe olduğu gibi sağlık hizmeti sunan kurumlarının da yapı ve işleyişini değiştirmektedir. Bu değişim ve dönüşüme ayak uydurmak ve sürdürülebilirliği sağlamak, hizmet sunumunda kaliteyi ve kıt kaynakların optimum kullanılmasını gerekli kılmaktadır. Kaliteli hizmet sunumu, örgütü yönetenlerin doğru, zamanında ve gerekli kararları almasını gerektirmektedir. Bu nedenle sağlık hizmeti yöneticilerinin karar verme davranışlarını anlamak önemli bir konu haline gelmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ve sonrası süreçte Sağlık Bakanlığı'nda yaşanan yapısal değişiklikler ile sağlık hizmet sunumunda görev dağılımları yeniden belirlenmiştir. 2011 yılında Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı il sağlık müdürlüğü, il halk sağlığı müdürlüğü ve kamu hastane birliklerinden oluşmuştur (Sağlık Bakanlığı 2011). Sağlık politikalarının belirlenmesinde temel aktör Sağlık Bakanlığı olmakla birlikte, sağlık politikaları bu üç taşra teşkilatı aracılığıyla yürütülmüştür. Kendi aralarında farklı görev dağılımı olan bu üç kurumun yöneticilerinin verdikleri kararlarda kurumsal görev alanındaki farklılıkların karar stillerinde bir farklılık yaratıp yaratmadığı da 2017 yılında il halk sağlığı müdürlüğü ve kamu hastane birliklerinin kapatılmasına değin bilinmesi önem arz eden konular arasında yerini almıştır.

Ne var ki, Türkiye sağlık sektöründe yöneticilerin karar verme stilleri ile ilgili sınırlı bilgi mevcuttur. Bu araştırmanın temel amacı, il düzeyinde kamu sağlık yöneticilerinin karar stillerinin incelenmesidir. Çalışmanın iki alt amacı ise, yöneticilerin kararlarında etkili olan faktörlerin belirlenmesi ve farklı kurumların yöneticilerinin karar stillerinde farklılık olup olmadığının belirlenmesidir. Bu çalışma ile gerek "karar verme" gibi çok faktörlü bir kavram

gerekse “sağlık sistemi” gibi çok disiplinli bir alanda hizmet veren sağlık yöneticilerinin karar verme stillerinin incelenmesinin, mevcut yöneticilerin karar verme stilleri hakkında bilgi sağlayacağı gibi, sağlık hizmetlerinin daha kaliteli, etkili ve verimli sunulması için profesyonel sağlık yöneticilerinin yetiştirilmesinde de katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

II. KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Karar Verme Stili

Karar verme stili, temelde yöneticilerin problemleri “nasıl” algıladıkları ve kararları “nasıl” verdikleri ile ilgilidir (Daft 1991). Karar verme stilinin tanımı literatürde bireysel, sosyo-kültürel veya örgütsel yaklaşımlara göre farklılık göstermektedir. Ancak karar vericinin her şeyden önce bireyin kendisi olması, karar verme stillerini de birey merkezli düşünmeye itmiştir. Bu açıdan bakıldığında karar verme stili, karar alma durumunda bir kişinin gösterdiği yaklaşım, tepki ve eylemleri olarak tanımlanabilir (Izgar, Yılmaz 2007). Başka bir ifadeyle, karar verme stili, bireyin karar verme sürecinde sergilediği karakteristik davranışdır (Ehtiyar, Tekin 2010).

Yapılan araştırmalarda bireylerin çeşitli karar verme stilleri gösterdikleri görülmüştür. Bireylerin kaçınan, dikkatli, erteleyici veya panik karar verme stilleri karar verme sürecinde gösterdikleri davranışlarla sınıflandırılmıştır. Buna göre; dikkatli karar verme davranışı sergileyen bireyler, kararlarını vermeden önce özenle ilgili bilgiyi arayarak, alternatifler arasında dikkatli seçimlerde bulunmaktadır. Kaçınan karar verme stilini uygulayan bireyler, kararların başkaları tarafından verilmesi eğilimi göstererek sorumluluğu başkası üzerine atarak kararı vermekten kaçınmaktadır. Erteleyici karar verme stilinde ise bireyler, aslında geçerli bir neden olmaksızın kararı sürekli bir şekilde erteler, geciktirir. Panik karar verme davranışını uygulayanların ise zaman baskısı altında düşüncelessiz davranışlarla aceleci çözümlere ulaşma eğiliminde oldukları görülür (Izgar, Yılmaz 2007).

Karar verme stili konusunda birçok bilimsel yaklaşım da mevcuttur. Nas (2010), karar verme stillerine bilimsel yaklaşımları disiplinler arası, Jung temelli, bilgi, liderlik ve tüketici yönlü yaklaşımlar olarak beş grupta değerlendirmiştir. Nutt, Mitroff ve Kilmann, Henderson, Rowe ve Boulgarides ve Keegan gibi düşünürler karar verme stillerini Jung temelli incelemişken; Johnson, Harren, Scutt ve Bruce ile Driver ve arkadaşları karar verme stillerine bilgi yönlü yaklaşmışlardır (Nutt 1976; Rowe et al. 1984; Driver et al. 1990). Yönetimsel karar verme alanında liderlik yönlü yaklaşımla karar verme stillerini inceleyen araştırmacılara Vroom ve Yetton örnek verilebilir (Nas 2010; Vroom, Yetton 1973). Karar verme stilini disiplinler arası yaklaşım ile inceleyen birçok çalışma mevcuttur. Arroba, Schermerhorn ve Kuzgun disiplinler arası yaklaşım konusunda çalışan araştırmacılardan bazılarıdır (Nas 2010).

Scott ve Bruce (1995) karar verme stilini, bir bireyin karar verme durumu ile karşı karşıya geldiğinde sergilediği öğrenilmiş, alışkanlık niteliğindeki davranışlar olarak tanımlamıştır. Karar verme stiline ilişkin tanımlamaların iki boyutta toplanabileceğini belirtmişlerdir. Bunlardan biri, bireylerin karar vermede kullandıkları alışkanlık örüntüleri, diğeri ise bireylerin karar verilecek şeye ilişkin tepkileri ve algılama özellikleridir. Scott ve Bruce, karar verme stili üzerinde yaptıkları ayrıntılı incelemeler sonucunda, kişilerin kullanmayı tercih ettikleri karar verme stilini tespit etmek için Genel Karar Verme Stili’ni (General Decision-Making Style) geliştirmişlerdir (Sandeers 2008). GKVS’nın orijinal formu 25 değişkenden oluşmuş ve aşağıda verilen alt boyutları içeren bir ölçek haline gelmiştir. Orijinal GKVSÖ’nün alt boyutları rasyonel, sezgisel, bağımlı, kendiliğinden-anlık ve kaçınma karar verme stillerinden oluşmaktadır (Thunholm 2009).

Rasyonel Karar Verme Stili (Rational): Bu stili karakterize eden faktörler, bilginin kapsamlı araştırması, alternatifler oluşturulması ve bu alternatiflerin mantıksal

değerlendirmesinden oluşmaktadır. Rasyonel karar verme davranışını gösterenler, sistematik değerlendirme ve mantıksal düşünme stratejilerini kullanır. Ve problem çözme yetenekleri ve kişisel kontrolleri oldukça yüksektir (Oğuz 2009).

Sezgisel Karar Verme Stili (Intuitive): Bu stil, bilgi akışındaki ayrıntılara dikkat eder. Stili karakterize eden özellikler, karar verirken duygulara ve önsözlerle güvenmesidir. Esasen rasyonel karar vericilerin tam tersine düşünmeden karar verirler (Taşdelen 2004).

Bağımlı Karar Verme Stili (Dependent): Bağımlı karar verme stili gösteren bireylerin, önemli bir karar vermeden önce diğer insanların tavsiye ve rehberliğine başvurma davranışı içinde buldukları belirtilir. Bağımlı karar verme stiline sahip bireyler, kararlarının sorumluluklarını diğerlerine yansıtmaktadırlar (Taşdelen 2004).

Kaçınmacı Karar Verme Stili (Avoidant): Kaçınmacı karar verme davranışında bulunan kişi, mümkün olan her durumda karar vermekten kaçınır ve karar vermeyi sonuna kadar erteleme davranışında bulunur (Thunholm 2009).

Kendiliğinden-Anlık Karar Verme Stili (Spontaneous): Kendiliğinden-anlık karar verme davranışında bulunan kişiler aceleci, düşünmeden ve çözüm alternatiflerini değerlendirmeden karar verme işini mümkün olduğunca kısa sürede tamamlarlar (Spicer 2005).

Scott ve Bruce (1995) yapmış oldukları bu çalışmaların sonucunda; karar verme stillerinin birbirinden bağımsız oldukları ancak bu stillerin birbirinden tamamen de farklı olmadıkları ve bireyin önemli kararlarını vereceği zaman tek bir stil kullanmadığı, bunun yerine bütün bu stillerin bir kombinasyonunu kullandığı neticesine ulaşmışlardır.

2.1.1. Yöneticilerin Kararlarını Etkileyen Faktörler

Karar vericinin sergilediği davranışları, bir başka ifadeyle, karar stilleri birçok faktörün sonucudur. Bu faktörler arasında kişisel faktörler, karar ve niteliği, örgütsel yapı ve dış çevre özellikleri ön plana çıkmaktadır. Yöneticilerin kişiliği, algıları ve sahip oldukları değerler önemli kişisel faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Kişilik insanın, konuşma, düşünme, hissetme, olaylara ve insanlara bakış açılarıyla hem doğuştan getirdiği hem de sonradan kazandığı, onu diğer insanlardan ayıran özelliklerin tümünün oluşturduğu bir bütündür (Güney 2006). Bireyin fiziksel yapısının bazı davranışlarını, bunun da kişiliğini etkilediği söylenebilir (Özalp 2003). Bireyin içinde bulunduğu sosyal ve kültürel yapı ve değerler bireyin algısını, davranışlarını şekillendirmektedir (Türkel 1992; Koptagel 2001). Coğrafi çevre içerisinde iklimin, bitki örtüsünün ve yaşanan bölgenin fiziki şartlarının bireylerin kişilik özellikleri üzerinde belirgin etkileri vardır (Zel 2006). Kişiliği etkileyen bir diğer faktör okul, arkadaş, dini kuruluşlar, bulunduğu çevrenin ulaşım imkânları gibi çevresel faktörlerdir (Koptagel 2001).

Algı kavramı, kişilerin çevreleriyle ilgili uyarıyı (bilgiyi) duyma, onu organize etme, anlama ve değerlendirme süreci olarak tanımlanabilir. Algılama faaliyeti, davranışı etkileyen çeşitli yönere sahip bilişsel bir süreçtir. Algılama süreci kişilerin sahip oldukları amaç ve hedefleri, ihtiyaçları, değer yargıları, içinde yetiştikleri kültürel ortam, bilgi birikimleri, geçmişteki tecrübeleri ve hatta fiziksel özellikleri gibi birçok faktör tarafından etkilenmektedir. Bu nedenle aynı uyarı, farklı kişiler tarafından değişik şekilde algılanmaktadır (Koçel 2003). Dinçer ve Fidan ise algılamayı etkileyen faktörleri, uyarım (algılanan objelerin rengi, büyüklüğü, fiziksel nitelikleri, ışık, olayın görüldüğü zaman vs.), bireyin aynı durumda elde ettiği tecrübeler, bireyin o anki ihtiyaçları, bireyin o anki hisleri, kişilik özellikleri olarak sıralamıştır (Dinçer 1995).

Değerler, yöneticiye seçim yapma konusunda yol göstericidir ve karar verme sürecinin her aşamasında etkilidir (Kurt 2003). Rokeach değeri, “belli bir davranış modu veya mevcut durumun, karşıt veya farklı bir davranış veya duruma karşı sosyal veya kişisel olarak tercih edilebilir olan, devamlı bir inanış “olarak tanımlanmaktadır (Sağnak 2005). Williams değeri, “tercih kriterleri veya standartları” olarak tanımlanmaktadır (Kilby 1993). Kluckhohn ise “bir grubun niteliğini ya da bir bireyin özelliğini örtülü ya da açık olarak belirten, eylemin tarzları, araçları ve amaçları arasından tercih yapmayı etkileyen, arzu edilebilen bir kavram” olarak belirtmektedir (Kluckhohn 1951). Genellikle değerler arasında dürüstlük, doğruluk, merhamet, cesaret, onur, sorumluluk, yurtseverlik, saygı ve adil olmak sayılmaktadır (Navran 2016).

Verilen karar ve niteliği kapsamında, karar verme türleri ele alınmaktadır. Kararın türlere ayırımında ilk örneklere Herbert A. Simon'ın çalışmalarında rastlamak mümkündür. Simon (Simon 1976) kararları; programlanabilir ve programlanamayan kararlar olarak ikiye ayırmıştır. Koçel (2010) karar tiplerini beş grupta sınıflandırmıştır. Bunlar; programlanabilen ve programlanmayan kararlar, stratejik ve operasyonel kararlar, kişi ve grup kararları, alt ve üst kademe kararları ile belirlilik ve belirsizlik altında verilen kararlardan oluşmaktadır. Nas (2006) karar tiplerini örgütün yapısı, faaliyetleri, örgütün içinde uygulandığı alan, kararı veren, kararın süreci, kararın veriliş sırası, nitelikleri, dayandığı bilgi seviyesi, yöneticinin yaklaşımı, kararın bağlantısal durumu, kararın veriliş biçimi, önem derecesi ve yapısına göre sınıflandırılmıştır.

Örgütsel yapı faktörleri arasında örgütün büyüklüğü ve teknolojisi, örgütsel iklim, örgüt kültürü, örgütteki iletişim sistemi, bilgi akışı ve örgütün denetimi karara doğrudan veya dolaylı etkide bulunmaktadır (Daft 1991; Jones 2003). Kararları etkileyen bir diğer önemli faktör olarak dış çevre unsurlarını görmekteyiz. Genel ve görev/faaliyet çevresi olarak ikiye ayrılan dış çevre ekonomik, politik, sosyo-kültürel, demografik, uluslararası çevre, müşteriler, rakipler, tedarikçiler, insangücü ve sivil toplum kuruluşlarını içeren çok sayıda unsuru barındırmaktadır (Daft 1991; Jones 2003; Bourgeois 1980).

2.2. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Kamu Sağlık Yöneticileri

Dünyada küresel ekonomik gelişmeler ve değişen ihtiyaçların etkisiyle 1980 sonrasında hemen her alanda olduğu gibi kamu yönetimi anlayışında ve uygulamalarında da değişim ve reformlar ortaya çıkmıştır (Özer 2005). Siyasal, sosyal ve ekonomik boyutları olan bu anlayışın hedefinde, ekonomik içerikli kamusal faaliyetin daraltılarak bu alandaki faaliyetlerin ve örgütlerin özel sektör işletmecilik anlayışına uygun yeniden yapılandırılması veya özel girişim yoluyla işletilmesi yer almaktadır (Aksoy 1998). Birçok ülkede, kamu örgütleri, devletin yeniden yapılandırılma ve rolünün yeniden tanımlanma sürecinde yeniden düzenlenmiştir. Devlet, kamu hizmeti sunan bir yapıdan, düzenleyici, denetleyici ve yol gösterici bir yapıya dönüştürülerek kamu sektörüne piyasa modeli yerleştirilmeye çalışılmıştır (Balcı 2005). Dolayısı ile kamu örgütlerindeki merkezîyetçi ve bürokratik yönetim anlayışı daha esnek ve piyasa odaklı bir yönetim anlayışına doğru reforma tabi tutulmuştur (Parlak, Sobacı 2012). Değişen yönetim anlayışı ile kamu yönetimi reform sürecinden sağlık sistemleri de etkilenmiş ve bu süreçte, sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün payını arttıran, rekabetçiliği geliştiren, devletin düzenleyici rolünü ön plana çıkaran, finansal sürdürülebilirliği sağlayan, düşük verim ve kalitenin giderilmesine yönelik düzenlemeler yapılmıştır.

Dünyadaki gelişmelere paralel olarak Türkiye’de de 1980’li yıllardan itibaren sağlık sisteminin düzenlenmesine yönelik bazı reform çalışmaları yapılmıştır. 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) bu reform çalışmalarının en kapsamlısı olarak kabul edilebilir (Ener, Demircan 2012).

SDP ile Sağlık Bakanlığı'nın merkezde toplanan politika belirleme, düzenleme, denetleme ve hizmet sunumu ile dikey yapılanması yerini; politika belirleme ve sistem yönetimi üzerine yoğunlaştırdığı kurumsal uzmanlaşmaya dayanan, taşra teşkilatındaki idarecilerin karar verme imkânlarını artırmayı hedefleyen yatay yapıya bırakmıştır. Yetki ve görev alanlarının yeniden tanımlandığı bu değişim sürecinde, kamu ve özel sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesi için icracı birimlerle, politika yapan ve düzenleyen birimler birbirinden ayrıştırılmıştır. Bu kapsamda, yeni birim ve kurullar ile birlikte bağlı kuruluşlar kurularak taşra teşkilatı da yeniden yapılandırılmıştır. Bürokrasi ve yönetim kademeleri hizmetlerin daha hızlı ve etkili sunumu için azaltılarak, profesyonel yönetim anlayışıyla kadrolarda düzenlemeler yapılmıştır (Lamba ve diğerleri 2014).

2.4. Sağlık Sektöründe Yönetici Karar Verme Stilleri Konusunda Yapılan Çalışmalar

Karar verme stilleri ile ilgili literatür taramasında, özellikle yöneticiler üzerinde yapılan çalışmalarda kişilik özelliklerinin karar verme stilleri ile ilişkilerine değinilmiştir (Pekdoğan 2015). Ancak sağlık sektörü yöneticileri üzerinde karar verme stillerine yönelik gerek uluslararası gerekse ulusal literatürde yapılan araştırmalarda birkaç örneğin dışında çalışmaya rastlanmamıştır.

Badour tarafından 2013 yılında yapılan yüksek lisans tezi çalışmasında Ankara ilinde bulunan 36 kamu ve özel hastane yöneticisi üzerinde, hastanelerde yöneticilerin karar verme sürecinde örgütsel ve çevresel faktörlerin etkisini belirlemeye çalışılmış, bu faktörler ve hastanelerde yönetsel karar verme süreci ilişkisi bağlamında incelenmiştir. Araştırma sonucunda karar verme süreci ile çevresel ve örgütsel faktörler arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Badour 2013).

Küçükkendirci ve arkadaşları tarafından, Konya ili kamu sağlık yöneticileri üzerinden yapılan çalışmada karar verme stilleri araştırılmıştır. Araştırmada Scott ve Bruce (1995) Genel Karar Verme Stilleri Ölçeği kullanılmıştır. Ulaşılan bulgular yöneticilerin karar verirken genel olarak rasyonel karar verme davranışı gösterdikleri sonrasında ise sırasıyla bağımlı, anlık, sezgisel ve kaçınma davranışı sergiledikleri yönündedir. Ayrıca, kamu sağlık kurumlarının taşra yöneticilerinin karar alırken ast üst ilişkisinin karar alma davranışı üzerinde baskın bir etkisinin olduğu, alt düzey yöneticilerin yetki sahibi olsa bile üstlerine danışma ihtiyacı hissettikleri (bağımlı davranış) görülmekte olduğu sonucuna varılmıştır. Kadınların üst yönetimde çok az yer almaları ve ağırlıklı olarak alt düzey idari görev yapmalarına rağmen erkek yöneticilere nazaran daha bağımsız karar verme davranışı göstermekte olduğu belirtilmiştir (Küçükkendirci ve diğerleri 2016).

Şiraz (Shariati)'daki kamusal ve özel hastanelerin yöneticilerinin karar alma tarzlarının araştırıldığı bir çalışmada, kamu ve özel hastaneden idari, mali, hane halkı ve hemşire yöneticileri örnekleme tekniği ile seçilerek karar alma stilleri analiz edilmiştir. Çalışma sonucunda, yöneticilerin, karar verme tarzından kaçınmak yerine akılcı karar verme biçimini daha sık kullandığı belirtilmektedir. Yaşlı ve resmi yöneticiler ve özel hastane yöneticileri sezgisel karar verme stilini daha sık kullanırken, yönetim eğitim kurslarına katılmayan yöneticiler, sezgisel ve bağımlı karar verme stillerini daha sık kullandıkları belirlenmiştir. Diğer taraftan hemşirelik ve ebelik alanlarında çalışan yöneticilerin daha rasyonel karar verme modellerini daha sık kullandıkları belirtilmiştir (Ravangard 2013).

Diğer bir çalışmada hemşirelerin hastane ortamında yöneticilerin karar verme tarzı ile örgütsel vatandaşlık davranışı arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırma İran Yezd'de bulunan üç öğrenim hastanesindeki yönetici ve hemşireler üzerinden 2014-2015 yılında gerçekleştirilmiştir. Scott ve Bruce'un (1995) karar verme tarzının ölçüldüğü anket kullanılmıştır. Çalışmanın sonuçları, hastane müdürleri tarafından rasyonel ve sezgisel karar

verme stillerinin kullanılmasının örgütsel vatandaşlık davranışının tüm yönleriyle olumlu bir korelasyona sahip olduğu ve bağımlı, kaçınılmayan ve kendiliğinden olan stilleri de içeren diğer karar verme stillerinin uygulanmasının çoğu yönüyle negatif korelasyon olduğunu göstermiştir (Bahrami et al. 2016).

III. YÖNTEM

3.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Çankırı ili ve ilçelerinde 2016 yılında görev yapan toplam 55 kamu sağlık kurumu yöneticisi oluşturmaktadır. Araştırma evreni olarak Çankırı ili ve ilçelerinin seçilmesinin nedeni, Çankırı fiziki şartlarının veri toplama aracının yöneticilerle birebir uygulanmasına imkân sağlamasıdır. Ayrıca, Çankırı fiziki şartlarının tüm kamu sağlık yöneticilerine erişimi kolaylaştıran bir faktör olması, ulusal kamu sağlık hizmetlerinin sunulduğu Sağlık Bakanlığı'nın üç ayrı hizmet alanına ayrılmış kurumlarının yöneticilerine aynı zaman diliminde, aynı amaç için ulaşılabilmesini ve kamu sağlık sektöründeki yöneticilerin karar verme stillerinin genel durumunun incelemesini sağlamıştır.

Araştırmanın yapıldığı tarih itibariyle Çankırı ilinde aşağıda belirtilen üç ana kamu sağlık kurumu mevcuttur:

- Çankırı İl Sağlık Müdürlüğü
- Çankırı İl Halk Sağlığı Müdürlüğü
- Çankırı Kamu Hastaneleri Birliği

Araştırmanın evreninin küçük olması sebebiyle örneklem çekilmemiş, evrendeki yöneticilerin tamamına ulaşılmıştır.

3.2. Veri Toplama Aracı

Araştırmanın verileri, yöneticilerin demografik özellikleri ve yöneticilik pozisyonuna ait özelliklerini toplamak için geliştirilen bir soru formu ile karar verme stillerini değerlendirebilme özelliğine sahip bir ölçek kullanılarak toplanmıştır. Soru formunun birinci bölümünde yöneticilerin pozisyon, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, eğitim alanı, mesleği, görevi, çalışma süresi, kurumda çalışma süresi, yönetici pozisyonunda çalışma süresi, yönetici olarak toplam çalışma süresini içeren demografik özellikleri tespit etmek amacıyla hazırlanmış 12 soru bulunmaktadır. Ayrıca bu bölümde yöneticilerin karar verirken hangi faktörlerin kararlarını etkiledikleri sorusu açık uçlu olarak sorulmuştur.

Veri toplama aracı olarak ikinci bölümde Scott ve Bruce (1995) tarafından geliştirilmiş ve daha sonra Taşdelen tarafından Türkçeye uyarlanan Karar Verme Stilleri Ölçeği (KVSÖ) kullanılmıştır (Tatum et al. 2003). Ölçek: “Kararlarımı Verirken İçgüdülerime Güvenirim”, “Bir Karar Verirken Sezgilerime Güvenme Eğilimindeyimdir”, “Genellikle Doğruluğunu Hissettiğim Kararlar Veririm” ve benzeri olmak üzere 25 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri; “kesinlikle katılmıyorum” (1), “katılmıyorum” (2), “kararsızım” (3), “katılıyorum” (4), “kesinlikle katılıyorum” (5) şeklinde sıralanan Likert tipi 5’li bir dereceleme göre puanlanmaktadır (Tatum et al. 2003).

Taşdelen’in ölçeğin dil, kapsam, yapı geçerliliğine ilişkin analizlerini yaptığı ve güvenilir bulduğu (Cronbach’s Alpha= 0,74) tespit edilmiştir. Taşdelen tarafından ölçek için yapılan faktör analizi sonucunda ölçek faktör yükleri 0,5 ile 0,84 arasında değişen, toplam açıklanan varyans değeri 56,905 olan 5 faktörlü yapı elde edilmiştir. Bu çalışmada Taşdelen’in yapı geçerliliğine ilişkin 5 faktörlü yapı kullanılmıştır. Ölçeğin faktörleri ve faktörlere ilişkin soru maddeleri aşağıda verilmektedir.

- Rasyonel Karar Verme Stili: 1, 2, 3, 4, 5.
- Sezgisel Karar Verme Stili: 6, 7, 8, 9, 10.
- Bağımlı Karar Verme Stili: 11, 12, 13, 14, 15.
- Kaçınma Karar Verme Stili: 16, 17, 18, 19, 20.
- Kendiliğinden-Anlık Karar Verme Stili: 21, 22, 23, 24, 25.

Araştırma anketi, 2016 yılı Ağustos- Aralık tarihleri arasında araştırmacı tarafından araştırmanın evrenini oluşturan toplam 55 yöneticiye elden dağıtılmış ve anketi kendilerinin doldurması istenmiştir. Yöneticilerin tamamı araştırmaya katılmayı kabul ettiği için cevaplama yüzdesi %100 olarak gerçekleşmiştir.

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır.

Ölçek boyutlarının aldığı puanlar 1 ile 5 arasında değerlendirilmektedir. Bu aralık 4 puanlık genişliğe sahiptir. Bu genişlik beş eşit genişliğe ayrılarak 1.00- 1.79 arası “çok düşük”, 1.80- 2.59 arası “düşük”, 2.60- 3.39 “arası orta”, 3.40-4.19 arası yüksek, 4.20-5.00 arası çok yüksek olarak yorumlanmıştır (Pimentel, Note 2010). Veri analizi öncesinde parametrik test yöntemlerine uygunluğu sınaama amacıyla normallik sınaması yapılmıştır. Kolmogorov-Smirnov Normal dağılım test sonuçlarına göre $p < 0,05$ olduğundan araştırma değişkenleri normal dağılım göstermemektedir. Araştırma değişkenleri normal dağılım göstermediğinden dolayı parametrik olmayan analiz yöntemleri kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı olarak Man Whitney-u testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

IV. BULGULAR

4.1. Yöneticilerin Karar Verme Stillерine İlişkin Bulgular

Tablo 1’de yöneticilerin seçilmiş özelliklerinin dağılımı sunulmaktadır. Yapılan analizler sonucunda Çankırı ili ve ilçelerinde faaliyet göstermekte olan kamu sağlık kuruluşları yöneticilerinin yaklaşık %51’inin 36 yaş ve üzeri, cinsiyete göre bakıldığında %78,2’sinin erkek, %78,2’sinin evli, %58,2’sinin lisans mezunu, %25,5’inin yüksek lisans mezunu, %78,2 gibi önemli bir bölümünün sağlık bilimleri alanında öğrenim gördüğü ve %56,4’ünün hekim olduğu tespit edilmiştir. Yöneticilerin görev dağılımına bakıldığında, %47,3’ünün I. düzey Yönetici, %32,7’sinin II. düzey Yönetici, %20,0’sinin III. düzey Yönetici olduğu belirlenmiştir. Yöneticilerin çalışılan kuruma göre dağılımına bakıldığında, %10,9’unun İl veya İlçe Sağlık Müdürlüğü, %40,0’inin Kamu Hastaneler Birliği (Genel Sekreterlik, Hastane, ADSM), %49,1’inin Halk Sağlığı İl Müdürlüğü veya Toplum Sağlığı Merkezinde çalıştığı belirlenmiştir. Yöneticilerin ancak %21,8’nin 5 yıl ve altı yıldır çalıştığı, %23,6’sının 6-10 yıldır, %32,7’sinin 11-20 yıl arası ve %21,8’inin ise 20 yıldan daha uzun süredir meslekte çalıştığı ve deneyimin oldukça güçlü olduğu tespit edilmiştir. Yöneticilerin yaklaşık %46’sının 1-5 yıl arasında, yaklaşık %24’ünün ise 1 yıldan az süredir araştırma yapılan kurumda çalıştığı belirlenmiştir. Yöneticilerin %47,3’ünün 1 yıldan daha az süredir, yaklaşık %44’ünün ise 1-5 yıl arasında araştırma yapılan kurumda yönetici pozisyonunda çalıştığı saptanmıştır. Yönetici olarak toplam çalışma süreleri itibarıyla dağılımlarına bakıldığında, yöneticilerin %47,3’ünün 1-5 yıl arasında, %29’unun ise 1 yıldan az süredir yöneticilik geçmişi olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 1. Yöneticilerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

Yöneticilerin Tanımlayıcı Özellikleri	Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)
Yaş	25-35 Yaş	27	49,1
	36 Yaş ve üzeri	28	50,9
Cinsiyet	Erkek	43	78,2
	Kadın	12	21,8
Medeni Durum	Evli	43	78,2
	Bekâr	12	21,8
Eğitim Durumu	Lisans	32	58,2
	Yüksek Lisans	14	25,5
	Doktora	9	16,4
Eğitim Alanı	Sağlık Bilimleri	43	78,2
	Diğer	12	21,8
Meslek	Hekim	31	56,4
	Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru vs	9	16,4
	Diğer	15	27,3
Görev	I. Düzey Yönetici	26	47,3
	II. Düzey Yönetici	18	32,7
	III. Düzey Yönetici	11	20,0
Çalışılan Kurum	İl veya İlçe Sağlık Müdürlüğü	6	10,9
	Kamu Hastaneler Birliği	22	40,0
	Halk Sağlığı İl Müdürlüğü veya Toplum Sağlığı Merkezi	27	49,1
Meslekte Çalışma Süresi	5 Yıl ve Altı	12	21,8
	6-10 Yıl	13	23,6
	11-15 Yıl	10	18,2
	16-20 Yıl	8	14,5
	20 Yıl üstü	12	21,8
Kurumda Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	13	23,6
	1-5 Yıl	25	45,5
	6-10 Yıl	7	12,7
	10 Yıl üstü	10	18,2
Yönetici Pozisyonunda Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	26	47,3
	1-5 Yıl	24	43,6
	5 Yıl üzeri	5	9,1
Yönetici Olarak Toplam Çalışma Süresi	1 Yıldan Az	16	29,1
	1-5 Yıl	26	47,3
	6 Yıl ve üstü	13	23,6
Toplam		55	100,0

Tablo 2 karar verme stili puanlarının ortalamasını göstermektedir. Araştırmaya katılan yöneticilerin “rasyonel karar verme stili” düzeyi ortalaması çok yüksek ($4,360 \pm 0,443$); “sezgisel karar verme stili” düzeyi ortalaması orta ($3,255 \pm 0,653$); “bağımlı karar verme stili” düzeyi ortalaması yüksek ($3,605 \pm 0,616$); “kaçınma karar verme stili” düzeyi ortalaması zayıf ($2,156 \pm 0,699$); “kendiliğinden anlık karar verme” düzeyi ortalaması zayıf ($2,196 \pm 0,506$) olarak saptanmıştır.

Tablo 2. Karar Verme Stili Puanlarının Ortalaması

Karar Verme Stili	n	Ort	Ss	Min.	Max.
Rasyonel Karar Verme Stili	55	4,360	0,443	3,400	5,000
Sezgisel Karar Verme Stili	55	3,255	0,653	1,800	5,000
Bağımlı Karar Verme Stili	55	3,605	0,616	2,000	4,750
Kaçınma Karar Verme Stili	55	2,156	0,699	1,000	4,000
Kendiliğinden Anlık Karar Verme Stili	55	2,196	0,506	1,000	3,400

Yöneticilerin karar verme stilleri arasında korelasyon olup olmadığına bakıldığında (Tablo 3), bağımlı karar verme stili ile sezgisel karar verme stili arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki belirlenmiştir. Ancak bu, zayıf bir ilişkidir ($r=0,354$; $p=0,008$). Kaçınma karar verme stili ile bağımlı karar verme stili arasında da istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Bu ilişki de zayıf bir ilişkidir ($r=0,329$; $p=0,014$).

Tablo 3. Karar Verme Stili Puanları Arasında Korelasyon Analizi

Karar Verme Stili	Rasyonel Karar Verme Stili	Sezgisel Karar Verme Stili	Bağımlı Karar Verme Stili	Kaçınma Karar Verme Stili	Kendiliğinden Anlık Karar Verme
Rasyonel Karar Verme Stili	1				
Sezgisel Karar Verme Stili	0,128				
Bağımlı Karar Verme Stili	0,243	0,354**			
Kaçınma Karar Verme Stili	-0,044	0,156	0,329*		
Kendiliğinden Anlık Karar Verme Stili	-0,166	0,234	0,248	0,207	1

* $p<0,05$ düzeyinde anlamlı** $p<0,01$ düzeyinde anlamlı

4.2. Yöneticilerin Karar Verme Stilleri İle İlişkili Faktörlere İlişkin Bulgular

Yöneticilerin beş ayrı karar verme stili ile demografik faktörler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına ilişkin yapılan analiz sonucunda yöneticilerin cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, eğitim alanı, mesleği, görevi, meslekte, çalıştığı kurumda, yöneticilikte ve çalışma hayatı boyunca yönetici olarak toplam çalışma yıl grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4'te araştırmaya katılan yöneticilerin beş ayrı karar verme stili ortalamalarının 25-35 yaş aralığında bulunan yöneticilerde 36 yaş ve üzeri yöneticilere göre nispeten yüksek olduğu (4,437; 3,422; 3,806; 2,200; 2,207, sırasıyla) belirlenmiştir. Ancak belirlenen bu fark, bağımlı karar verme stilinde 25-35 yaş ve 36 yaş ve üstü yöneticiler arasında belirlenen fark haricinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney $U=249,000$; $p=0,028$). 25-35 yaş grubunda olan yöneticilerin bağımlı karar verme stili ortalaması, 36 yaş ve üzeri yaş grubunda olan yöneticilerin ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. Başka bir deyişle, 25-35 yaş aralığındaki yöneticilerin 36 yaş ve üstü yöneticilere göre daha bağımlı karar verme davranışı gösterdikleri belirlenmiştir.

Tablo 4. Karar Verme Stilleri ve Yaş

Karar Verme Stili	Yaş grupları	n	Ort	Ss	MW	p
Rasyonel Karar Verme Stili	25-35 Yaş	27	4,437	0,415	304,500	0,210
	36 Yaş ve üzeri	28	4,286	0,463		
Sezgisel Karar Verme Stili	25-35 Yaş	27	3,422	0,588	287,500	0,125
	36 Yaş ve üzeri	28	3,093	0,681		
Bağımlı Karar Verme Stili	25-35 Yaş	27	3,806	0,520	249,000	0,028
	36 Yaş ve üzeri	28	3,411	0,646		
Kaçınma Karar Verme Stili	25-35 Yaş	27	2,200	0,605	333,500	0,448
	36 Yaş ve üzeri	28	2,114	0,788		
Kendiliğinden Anlık Karar Verme Stili	25-35 Yaş	27	2,207	0,479	364,000	0,812
	36 Yaş ve üzeri	28	2,186	0,539		

Yöneticilerin karar verme yetki düzeylerine göre karar verme stillerinde anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için öncelikle Tablo 5'te olduğu gibi yöneticiler karar verme düzeylerine göre üç gruba ayrılmıştır. I. düzey yönetici, kurumun üst yöneticisi olup yetkileri kurumdaki diğer yöneticilere göre en fazla düzeydedir. II. düzey yöneticiler, kurum üst düzey yöneticinin yardımcıları veya buldukları kurumun üst düzey yöneticileri olup, I. düzey yöneticilere göre yetkileri daha sınırlıdır. III. düzey yöneticiler ise kurumun I ve II. düzey yöneticilerinin altında veya belirli bir alanda yönetici olarak görev yapmakta olan yöneticilerdir.

Tablo 5. Karar Verme Yetkilerine Göre Yönetici Düzeyleri Sınıflandırılması

Yetkilerine Göre Yönetici Düzeyi	Görev Ünvanı	Sayısı
I. Düzey Yönetici	İl Sağlık Müdürü	1
	İl Halk Sağlığı Müdürü	1
	Genel Sekreter	1
	Hastane Yöneticisi/Başhekim	10
	TSM Sorumlu Hekimi	12
	Toplam	26
II. Düzey Yönetici	Tıbbi Hizmetler Başkanı	1
	İdari Hizmetler Başkanı	1
	İl Sağlık Müdür Yardımcısı	1
	İl Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı	1
	Sağlık ve Bakım Hizmetleri Müdürü	3
	İdari ve Mali İşler Müdürü	5
	Başhekim Yardımcısı	2
	Hastane Müdürü	4
	Toplam	18
III. Düzey Yönetici	Şube Müdürü	8
	İdari ve Mali İşler Müdür Yrd.	3
	Toplam	11
Genel Toplam		55

Tablo 6'da araştırmaya katılan yöneticilerin beş ayrı karar verme stili ortalamalarının yönetici düzeylerine göre (I. düzey yönetici; II. düzey yönetici; III. düzey yönetici) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi bulguları sunulmaktadır. Test sonucuna göre; rasyonel karar verme stili ile kaçınma karar verme stilinde en yüksek ortalamanın I. düzey yöneticilerde olduğu

(4,423; 2,185, sırasıyla), sezgisel ve kendiliğinden anlık karar verme stilinde III. düzey yöneticilerin diğer yöneticilere göre yüksek ortalamaya sahip oldukları (3,273; 2,255, sırasıyla) ve II. düzey yöneticilerde ise bağımlı karar verme stili ortalamalarının diğerlerine göre yüksek olduğu (3,856) belirlenmiştir. Başka bir deyişle, I. düzey yöneticiler diğer düzey yöneticilere göre daha çok rasyonel ve kaçınma karar verme davranışı eğilimi göstermekte iken, III. düzey yöneticiler daha çok sezgisel ve kendiliğinden anlık karar verme davranışı, II. düzey yöneticiler ise daha bağımlı karar verme davranışı gösterme eğilimindedir. Genel olarak en yüksek ortalamaların rasyonel karar verme stilinde, en düşük ortalamaların da kaçınma karar verme stilinde olduğu tespit edilen testte aynı stilde düzeyler arasındaki ortalamalarda da yakınlık olduğu görülmektedir (örneğin, kendiliğinden anlık karar verme stilinde I. düzey yönetici 2,215, II. düzey yönetici 2,333 ve III. düzey yönetici ortalaması 2,255). Ancak grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6. Karar Verme Stilleri ve Yönetici Düzeyi

Karar Verme Stili	Yönetici Düzeyi	n	Ort	Ss	KW	p
Rasyonel Karar Verme Stili	I. Düzey Yönetici	26	4,423	0,457	2,140	0,343
	II. Düzey Yönetici	18	4,367	0,441		
	III. Düzey Yönetici	11	4,200	0,410		
Sezgisel Karar Verme Stili	I. Düzey Yönetici	26	3,254	0,639	0,295	0,863
	II. Düzey Yönetici	18	3,244	0,678		
	III. Düzey Yönetici	11	3,273	0,706		
Bağımlı Karar Verme Stili	I. Düzey Yönetici	26	3,715	0,563	5,768	0,056
	II. Düzey Yönetici	18	3,856	0,522		
	III. Düzey Yönetici	11	3,182	0,729		
Kaçınma Karar Verme Stili	I. Düzey Yönetici	26	2,185	0,713	0,216	0,898
	II. Düzey Yönetici	18	2,144	0,779		
	III. Düzey Yönetici	11	2,109	0,575		
Kendiliğinden-Anlık Karar Verme Stili	I. Düzey Yönetici	26	2,215	0,431	0,267	0,875
	II. Düzey Yönetici	18	2,133	0,629		
	III. Düzey Yönetici	11	2,255	0,482		

4.3. Yöneticilere Sorulan "Bir Konuda Karar Verirken Hangi Faktörler Kararınızı Etkiler?" Açık Uçlu Sorusunun Değerlendirilmesi

Yönetici düzeyleri itibarıyla yapılan sınıflandırmalar göz önünde tutularak yöneticilerin "Bir Konuda Karar Verirken Hangi Faktörler Kararınızı Etkiler" açık uçlu sorusuna verdikleri cevaplar genel olarak değerlendirilmiştir. Karara etki eden faktörler yöneticilerin verdikleri cevaplardaki sıklıklarına/frekanslarına göre sıralanmıştır. Bu değerlendirmeye göre;

I. Düzey yöneticilerin verdikleri kararlarda etkili olan faktörler:

- Mevzuata uygunluk
- Konu hakkında daha önce yapılan uygulamalar, tecrübe sahipleri ve uzman görüşleri
- Çevresel faktörler
- Konunun önem derecesi
- Konu ve kapasite uygunluğu
- Zaman faktörü
- Hasta ve çalışan hakları ve memnuniyeti

II. Düzey yöneticilerin verdikleri kararlarda etkili olan faktörler:

- Mevzuata uygunluk
- Konu ve kapasite uygunluğu
- Maliyet
- Hasta ve çalışan memnuniyeti
- Üst amir ve/veya kurum karar ve görüşleri
- Konu hakkında daha önce yapılan uygulamalar, tecrübe, tecrübe sahipleri ve uzman görüşleri
- Adalet

III. Düzey yöneticilerin verdikleri kararlarda etkili olan faktörler:

- Mevzuata uygunluk
- Konu ve kapasite uygunluğu
- Üst amir ve/veya kurum karar ve görüşleri
- Konu hakkında daha önce yapılan uygulamalar, tecrübe, tecrübe sahipleri ve uzman görüşleri, olarak belirlenmiştir.

Üst düzey olarak da ifade edebileceğimiz I. düzey yöneticilerin verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde, “mevzuata uygunluk” unsuru en üst düzeyde kararlara etki eden bir faktör olarak belirtilmiştir. “Konu hakkında daha öncesinde yapılan uygulamalar, yöneticinin var olan tecrübeleri, tecrübe sahiplerinden veya konunun uzmanından alınan görüşler” kararları etkileyen ikinci yoğun etkiye sahiptir. Kurumun fiziki kapasitesi, kurumun hizmet verdiği bölge halkının sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik düzeyi, siyasal yapı, insan kaynakları gibi birçok faktör, “çevresel faktörler” altında belirtilmiş olup, yöneticilerin kararlarını etkileyen diğer bir faktördür. Bir diğer önemli faktör de konunun önem derecesi olarak belirtilmiştir. Alınan cevaplarda “konunun sağlık ve diğer alanlarla ilgili olması”, “kamu yararı”, “sürdürülebilirliği”, “gerçekleştirilme düzeyi”, “konunun etkilediği alan”, “öncelik derecesi” gibi ifadeler “konunun önem derecesi” olarak belirtilmiştir. “Konu ve kapasite uygunluğu”, “zaman faktörü” ve “hasta ve çalışan hakları ve memnuniyeti” üst düzey yöneticilerin yoğunlukla olmasa da önemli buldukları karara etki eden faktörlerdendir. Çok az sayıda yönetici (2 yönetici) “sağlık hizmetlerinin öngörülemezlik ve sürdürülebilirlik özelliğinden doğan baskılar” unsurunu karara etki eden faktör olarak belirtmiştir. “Kişisel ve çevresel beklentiler”, “mantık” ve “adil olmak” ifadeleri de üst düzey yöneticilerin çok azı tarafından karara etki eden faktörler olarak belirtilmiştir.

Orta düzey olarak ifade edebileceğimiz II. düzey yöneticilerin verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde; “mevzuata uygunluk” unsurunun en üst düzeyde belirtildiği, “konu ve kapasite uygunluğu” unsurunun ikinci düzeyde yoğun olarak tercih edildiği görülmektedir. Yöneticiler verdikleri cevaplarda “insan kaynaklarını, kurumun fiziki şartlarının, eldeki olanakların yerine getirilmesi gereken hizmeti karşılayamadığını ifade etmiştir. “Maliyet” olarak belirtilen faktörün de orta düzey yöneticilerinin kararlarına etki eden bir faktör olarak belirtilmesi tesadüf değildir. Kurumun idari ve mali işlerinden sorumlu müdürlerin II. düzey yönetici grubunda yer alması kurum kapasitesi, maliyet, optimal kaynak kullanımı önceliklerini açıklamaktadır. “Hasta ve çalışan memnuniyeti”i kararı etkileyen faktörler olarak belirtilmiştir. İnsan kaynakları yönetiminde iş doyumunun sağlanmasının, performansın artırılmasında olumlu bir etkiye sahip olduğu düşünülmektedir. İkinci düzey yöneticilerin görev ve sorumluluklarında, insan kaynaklarının yönetimi önemli bir yere sahiptir. Çalışan memnuniyetinin hasta memnuniyetini de sağlamakta önemli bir unsur olduğu bilinmektedir. Bu nedenle yöneticilerin çalışan ve hasta memnuniyetini, kararlarına etki eden faktörler içinde belirtmesi olağan olarak değerlendirilmektedir. Alınan cevaplarda “üst amirin görüşü ve kararı” unsurunun önemli olduğu belirtilmiştir. Bürokratik örgütlenme modelini oluşturan hiyerarşik yapılanmanın bir sonucu gereği orta düzey yöneticilerin üst amirin emir ve önerileri doğrultusunda karar almaları beklenmektedir. Ancak bu faktörün sadece 3 yöneticinin kararlarını etkileyen faktörlerin arasında belirtilmiş olması orta düzey yöneticinin aldığı kararlarda oldukça az etkiye sahip olduğunu göstermektedir.” Yapılan

uygulamalardan, uzman görüşlerinden faydalanmak”, “adil yönetmek”, “vicdan”, “konunun önemi”, “zaman”, “konunun belirliliği” ve “çevresel faktörler”, II. düzey yöneticilerin kararlarını etkileyen faktörler içinde yer almıştır.

Alt düzey olarak ifade edebileceğimiz III. düzey yöneticilerde de öne çıkan ve yoğun olarak kararları etkileyen faktör yine “mevzuata uygunluk” ifadesidir. İkinci yoğunlukta “konu ve kapasiteye uygunluk” tercihleridir. Gene “maliyet” unsuru da kararı etkileyen faktörler arasında yer almıştır. “Üst yönetici veya üst kurumun görüşleri”, “tecrübe” unsurları bir kısım yöneticinin kararlarını etkilemektedir. Ancak “konunun içeriği”, “konunun önemi”, “kurumsal kimlik”, “ekip çalışması”, “fayda- verimlilik” unsurları sadece birer yönetici tarafından etki eden faktörler içinde değerlendirilmiştir. “Çevresel faktörler” de aynı etkiye sahip görölmektedir.

Her üç düzey yöneticinin verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde; üç düzey yöneticinin de genel olarak benzer faktörleri dile getirmiş olduğu görünmektedir. “Mevzuata uygunluk”, her üç düzey yönetici içinde karar vermede en etkili faktör olarak belirtilmiştir. Kamu kurumlarının kuruluşunun, örgütlenmesinin, işleyişinin ve performans değerlendirmesinin mevzuata göre sağlandığı dikkate alındığında, mevzuata uygunluk faktörünün kilit faktör olarak belirtilmesi olağandır.

Her üç düzey yönetici grubunda da çoğunlukla karara etki ettiği belirtilen bir diğer etken “konu ve kurum kapasite uygunluğu” unsurudur. Ancak çevresel faktörler üst düzey yöneticiler tarafından önemli görülürken diğer yönetici düzeylerinde öne çıkan bir unsur olarak belirtilmemiştir. “Tecrübe ve deneyimlerden faydalanmak” yöneticilerin kararlarında etkili faktörlerdendir. “Hasta ve çalışan memnuniyeti” III. düzey yöneticilerinde kararı etkileyen faktörler içinde belirtilmemiştir. III. düzey yönetici profiline bakıldığında daha çok şube müdürlüklerinin bulunması ve kendi görev alanlarında “hasta ve çalışan memnuniyeti” unsurunun ön planda olmaması, bu unsurun kararlarında etken olarak görölmemesine neden olduğu düşünülmektedir. “Konu ve kapasite uygunluğu” unsuru her üç düzey yönetici düzeyinde de karara etki eden faktörler olarak belirtilmişken, özellikle insan kaynaklarının yeterliliği ve yetkinliğinin karara etkisi ise genellikle II. ve III. düzey yöneticiler tarafından vurgulanmıştır. Bu tutumun II. ve III. düzey yöneticilerin insan kaynaklarının planlanması ve yönetilmesi üzerindeki yetki ve sorumluluklarının önceliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

I. düzey yöneticilerde sıklıkla ifade edilen faktör, konu hakkında daha önce yapılan uygulamalar ve özellikle tecrübe sahiplerinden görüş alınması, uzman görüşüne başvurulmasıdır. Bu unsur, yöneticilerin yaklaşık %40’ı tarafından ifade edilmiştir. II. ve III. düzey yöneticiler için de karara etki eden faktör olarak belirtilen bu unsurun, özellikle belirsiz konularda verilen kararlarda kullanıldığı düşünülmektedir. Diğer taraftan, araştırmaya alınan tüm yöneticilerle olduğu gibi, ilçe Toplum Sağlığı Sorumlu Hekimleri (bir kısmı Sağlık Grup Başkanlığını da ifa etmektedir) yapılan yüz yüze görüşmelerde yöneticilik konusunda tecrübelerinin olmadığını, bu konuda eğitime ihtiyaç duyduklarını, önlerinde yönettikleri kurumu ihtiva eden genel bir mevzuatın olmadığını, yönetici olarak birçok belgeye imza attıklarını ama sonuçları hakkında mevzuat eksikliklerinden dolayı endişe duyduklarını belirtmiştir. Bu durum, yöneticilerin neden uzman veya tecrübe sahibi kişilerin görüşlerine başvurduklarını açıklamaktadır.

Karara etki ettiği belirtilen bir diğer faktör olan üst yönetimin görüş ve önerisi I. ve II. düzey yöneticiler tarafından belirtilmiştir. Esasen bu durum, bu soruya cevap veren yöneticilerin buldukları düzey ile uyumludur.

“Zaman” faktörünün karara etki eden bir diğer faktör olarak sadece I. düzey yöneticilerce belirtildiği tespit edilmiştir. II. düzey yöneticilerden sadece bir kişinin “zaman” faktörünü belirtmiş olması, III. düzey yöneticilerin buna hiç değinmemiş olması anlaşılabilir.

Çünkü “zaman” faktörünün her düzeydeki yönetici için de önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir.

V. SONUÇ

Bu çalışma, il düzeyinde kamu sağlık kurumlarında görevli yöneticilerin karar verme stilleri ve karar verme stilleri ile ilişkili faktörlerin çalışılan kuruma göre farklılık gösterip göstermediği ve verdikleri kararlarda etkili olan faktörlerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma bulgularına göre yöneticilerin çok yüksek düzeyde ($4,360 \pm 0,443$) “rasyonel karar verme stili”ni benimsedikleri, yüksek düzeyde ($3,605 \pm 0,616$) “bağımlı karar verme” davranışı gösterdikleri, orta düzeyde ($3,255 \pm 0,653$) “sezgisel karar verme stili”ni benimsedikleri ve ($2,156 \pm 0,699$) “kaçınma karar verme stili” ile ($2,196 \pm 0,506$) “kendiliğinden anlık karar verme stili”ni zayıf düzeyde kullandıkları saptanmıştır.

Karar verme süreci problemi anlama veya tanımlama amacı ile bilgi toplamaktır (Shepard 1995). Bu noktada karar verme stilleri karşımıza çıkar. Bireyler kendi özellikleri ve çalıştıkları ortamın gereklerini göz önünde bulundurarak çeşitli karar verme stillerini kullanırlar (Phillips et al. 1984). Örgütlerde hiçbir faaliyet karar vermeden oluşamayacağı için kaliteye ve amaca odaklı etkili bir yönetim anlayışının ortaya çıkması için yöneticilerinin karar verme biçimi önemlidir. Karar verme sürecinin etkililiği kararı veren kişiye bağlıdır (Taylan 1990).

Araştırmada yöneticilerin ağırlıklı olarak rasyonel karar verme stilini benimsemiş olmaları, verilecek kararlarla ilgili tüm alternatifler ve her bir alternatifin sonuçları hakkında tam bilgiye sahip oldukları ve böylece en doğru alternatifi seçtikleri/seçme arzularının olduğu anlamına gelmektedir. Rasyonel karar verme stiline sahip yöneticiler, daha dikkatli bir tutum sergilerler. Kamu sağlık kuruluşlarının kuruluş, örgütlenme, işleyiş ve performans değerlendirmelerinin temelde mevzuata göre şekillendiği dikkate alındığında, rasyonel karar verme stilinin karar vermede ön plana çıkması olağan olarak görülebilir. Ravangard ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada da yöneticilerin, karar verme tarzından kaçınmak yerine akılcı karar verme biçimini daha sık kullandığı belirtilmektedir (Ravangard et al. 2013). Küçükkendirci ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada kamu sağlık yöneticilerinin karar verirken ağırlıklı olarak rasyonel davranış sergilediği tespit edilmiştir. Badour (2013) tarafından yapılan çalışmada da hastane yöneticilerinin önemli bir kısmının (%46,8), rasyonel karar verme tarzına sahip olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmada yöneticilerin ağırlıklı olarak rasyonel karar verme stilini benimsemiş olmaları tespitinin sayılan çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir.

Bağımlı karar verme stili karar vermede diğer kişilerin yönlendirme ve desteğinin etkin olduğu bir stildir. Bu çalışmada yöneticilerin bağımlı karar verme stiline yüksek düzeyde ($3,605 \pm 0,616$) olumlu yanıt vermesi, sağlık hizmetlerinin sıfır hata ile sürdürülmesi yönündeki genel kabul nedeniyle, hata yapmaktan çekinmeleri ile açıklanabilir. Araştırma kapsamına alınan yöneticilerin yaklaşık yarısının 25-35 yaş arasında (genç) olması, %90'ının 5 yıl ve altı yöneticilik tecrübesine sahip olması da bu bulguyu açıklar niteliktedir. Bu durum özellikle tıp eğitimini tamamlayıp hekim (pratisyen hekim) olarak atandığı ve aynı zamanda yöneticilik görevinin de verildiği Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı İlçe Toplum Sağlığı Merkezlerinde görülmektedir. Bir başka ifadeyle bu kurumlardaki hekimler atanıp göreve başladıklarında hem hekimlik mesleğini hem de yöneticilik görevini henüz ifa etmeye başlamaktadır. Dolayısı ile yöneticilikte tecrübelerinin olmaması olağan bir durumdur. Yaşa göre bağımlı karar verme stilinin farklılık gösterdiği bulgusu, Küçükkendirci ve arkadaşları (2016) tarafından kamu sağlık sektörü yöneticileriyle yapılan çalışmada da belirlenmiştir. Söz konusu çalışmada, 25-35 ve 36-45 yaş aralığındaki yöneticilerin kendilerinden yaşça büyük yöneticilere nazaran daha bağımlı hareket ettikleri görülmüştür (Küçükkendirci ve diğerleri 2016).

Temel işlevi insan sağlığı ve hayatı olan sağlık hizmetleri, sezgisel karar vermenin yerinin olmadığı, bir başka ifadeyle, örgütsel yapı formatlarından dolayı bürokratik karar vermenin esas olduğu bir hizmet sektörü olarak nitelendirilir (Griffith 1999). Ancak, sezgisel karar verme stiline sağlık sektöründe başvuruluyor olması, rasyonel karar verme stili gibi esasen olağan karşılanacak bir durumdur. Çünkü karmaşık doğaya sahip sağlık sektöründe her tür karar için bir “reçete” olamayacağı, %100 standardizasyon yapılamayacağı ve dolayısıyla sezgilerin devreye girmesi gereken kararların da var olduğu bir gerçektir. Bir başka ifadeyle, bürokrasinin baskın olduğu kamu sağlık sektöründe de yöneticiler rasyonelliği esas almakla birlikte, verilecek kararın özelliğine ve karar koşullarına göre sezgisel karar verme yoluna da gitmektedir. Esasen sağlık sektöründe yaşanan gelişmelere bakıldığında, klinik kararlarda da sezgisel karar vermeye atfedilen değerin arttığı görülmektedir. Örneğin ABD’de özellikle hemşirelik hizmetlerinde sezgisel karar vermenin önemine vurgu yapılmaktadır (King, Appleton 1997). Payne de yaptığı çalışmada sezgisel karar verme eğilimine dikkati çekmiştir (Payne 2015). Bu gelişmeler tam olarak Simon’un “... sezgi, analizden bağımsız olarak yürütülen bir süreç değildir; sezgi ve analiz etkili karar vermede birbirlerinin tamamlayıcısıdır” tespitini desteklemektedir (Simon 1976).

Karar vermekten veya kararları ertelemekten kaçınma, karar verme sorumluluğundan kaçma eğilimine işaret eder. Bu çalışmada elde edilen yöneticilerin büyük çoğunluğunun ($2,156 \pm 0,699$); karar vermekten kaçınmadığı ve karar vermeyi ertelediği bulgusu, Küçükkendirci ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kaçınmacı stille ilgili elde edilen bulguları desteklemektedir. Söz konusu çalışmada, yöneticilerin karar verirken en az kaçınma en fazla ise rasyonel şekilde davrandığı görülmüştür. Bu bulgu, çalışmamızda elde edilen bulgu ile uyumlu olup, sağlık sektöründeki yönetici profiline belirlenmesi açısından mevcut bilgiyi desteklemektedir.

Yöneticilerin karar verme stilleri, ilişkili olabilecek bir dizi faktör itibariyle analiz edilmiştir. Bu faktörler, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, eğitim alanı, kurumda çalışma süresi, meslekte çalışma süresi, yönetici pozisyonunda çalışma süresi ve çalışılan kurumdur. Ancak bu değişkenlerin hiçbirisi itibariyle araştırmada incelenen beş ayrı yönetici stiline farklılık göstermediği bulunmuştur. Bir istisna, bağımlı karar verme davranışının yaşa göre farklılık göstermesidir. Bu bulgu, Küçükkendirci ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında elde ettiği daha genç yöneticilerin göreceli olarak daha bağımlı karar verdikleri bulgusu ile uyumludur.

Her üç kurumdaki farklı düzeylerde görev yapan yöneticilerin verdikleri kararlarda rol oynayan faktörlerle ilgili olarak; verilecek kararın mevzuata uygunluğu ilk sırada yer almıştır. Hakkında karar verilecek konunun özellikleri ve konu hakkında daha önce yapılan uygulamalar, tecrübe sahipleri ve uzman görüşleri ise diğer en önemli faktörlerdir. Ayrıca, diğer pozisyonlardan farklı olarak, üst düzey yöneticiler için kurumun dış çevresindeki gelişmelerin de kararlarında etkili olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, üst kademe yönetim pozisyonlarının stratejik kararların verildiği pozisyonlar olduğu gerçeğiyle uyumludur.

Bu çalışmada, görev alanlarının farklılık göstermesi nedeniyle İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Kamu Hastane Birliği bünyesinde görev yapan yöneticilerin karar verme stilleri açısından farklılık olması beklenmiştir. Ancak bu çalışma ile Çankırı ilinde görev yapan kamu sağlık kuruluşu yöneticilerinin benzer karar verme davranışı sergiledikleri ortaya koyulmuştur. Bu tespit aslında, daha önce de vurgulandığı üzere, bürokratik örgüt yapılanması ile uyumludur. Bu durum, yöneticilerin verdikleri kararlarda rol oynayan faktörlerde de tespit edilmiştir. Önümüzdeki yıllarda Türkiye sağlık sektöründeki gelişmelerle sezgisel karar vermenin daha fazla kullanılacağı düşünülmektedir.

VI. KISITLAR

Mali kaynağın kısıtlı olması nedeniyle bu çalışma sadece bir ili ve kamu sağlık kuruluşlarını kapsamış ve dolayısıyla Türkiye geneline atfedilebilecek bulgular elde edilememiştir.

VII. ÖNERİLER

Yönetici Adaylarına Uyum Eğitimi

Yapılan araştırmada yöneticilerin hepsi ile yüz yüze konuşma imkânı sağlanmıştır. Toplum Sağlığı Merkezlerinde görevli yöneticilerin çoğu tarafından şifahen dile getirilen talepler, yöneticilik eğitiminin verilmesi yönünde olmuştur. Yukarıda bahse konu profilleri de göz önüne alındığında, genel olarak kamu sağlık sektöründe yöneticilik yapması düşünülen yönetici adaylarının sahada (yöneticilik yaptığı kurumda) göreve başlamadan önce genel ve yöneticilik yapacağı kurumun işleyişine yönelik bir uyum eğitiminden geçirilmesinin profesyonel yöneticiliğin geliştirilmesinde fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Kamu ve özel sağlık kuruluşlarındaki yönetici karar stillerinin karşılaştırılması

Kamu ve özel sağlık kuruluşlarındaki yöneticilerin karar stillerinin karşılaştırılması bilimsel olarak araştırılması gereken bir konu olarak önerilmektedir. Bu sayede kamu ve özel sağlık kuruluşundaki yöneticilerin karar verme stillerinde bir farklılığın olup olmadığı ve varsa ne yönde farklılığın var olduğu belirlenebilir. Varılan sonuçlar ile yönetici kararlarını etkileyen faktörler arasındaki ilişkinin incelenmesi her iki sektörün kararlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi açısından faydalı olacaktır.

Farklı karar verme davranışına sahip kamu ve özel sağlık kuruluşlarının performanslarının karşılaştırılması

Bu tür bir araştırmada başarılı sağlık kuruluşları ile karar verme davranışları arasındaki bağ incelenebilir. Bu şekildeki bir araştırmadan elde edilecek bilgiler hem yöneticiler hem de akademik camia için yararlı olacaktır. Örneğin, çalışan memnuniyetini daha çok sağlayan yönetici karar stillerinin yöneticilere kazandırılması hedeflenebilir. Elde edilen bulgular ile her iki taraf için de empati ve davranış yol haritasının belirlenmesine katkı sağlanabilir. Bu bilgi ayrıca yönetim alanında eğitim veren yüksek öğrenim kurumlarının müfredatı açısından da yararlı olacaktır. Çünkü böylece yönetici adaylarına başarılı sağlık kuruluşu yönetimi için hangi karar verme davranışı / davranışları ile ilgili bilgi ve beceri kazandırılması gerekeceği de ortaya konulmuş olacaktır.

'Yönetici' kavramının geniş tutularak alt birim sorumlularının da araştırmaya dahil edilmesi

Bu çalışmada araştırılmaya esas alınan yöneticilerde müdür, müdür eşdeğeri ve üstü pozisyonlar esas alınmıştır. Bu çalışmanın sağlık kurumundaki alt birimlerde görev alan 'birim sorumlusu', 'süpervizör', 'enfeksiyon sorumlu hekimi/ hemşiresi', 'idari amir' gibi çalışanları da kapsayacak şekilde tekrarlanarak mevcut çalışma ile karşılaştırılması önerilmektedir.

Yapılan çalışmanın metropol alandaki kamu sağlık kurumları üzerinden tekrarlanması

Bu şekildeki bir çalışma, mevcut çalışmanın bulgularının güvenilirliğini sağlama açısından yararlı olacağı gibi metropol- metropol olmayan kentlerdeki sağlık kuruluşu yöneticilerinin

karşılaştırılmasına imkan sağlayarak ulusal kamu sağlık sektörü yöneticilerinin karar stillerinin belirlenmesine bilimsel bir katkı sağlayacaktır.

Yöneticilerin kararlarını etkileyen kişisel, örgütsel ve çevresel faktörlerin yönetici karar stillerine etkisinin araştırılması

Çalışmamızda yöneticilerin kararlarını etkileyen faktörler olarak; yöneticilerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim alanı, eğitim düzeyi, mesleği, çalıştığı kurum, toplam çalışma süresi, kurumda çalışma süresi, meslekte çalışma süresi, yönetici olarak yönetici pozisyonunda çalışma süresi ele alınmıştır. Ancak araştırmamızın "Genel Bilgiler" başlığı altında ayrıntılı olarak açıklandığı gibi, yöneticilerin kararlarına etki eden diğer birçok faktör vardır. Bunlar, kişisel (algı, kişilik vb), örgütsel (mülkiyet, büyüklük, teknoloji, iklim, kültür vb) ve çevresel faktörlerdir (genel ve görev çevresi). Bu üç faktörün de karar stillerine etkisinin incelenilmek istenildiği bir çalışma özellikle özel sağlık kuruluşlarının da araştırmaya dahil edilmesi durumunda daha anlamlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Akat İ., Budak G. ve Budak G. (2002) **Yönetimde Bağlantı Süreçleri**. Barış Yayınları, İzmir.
2. Aksoy A. Ş. (1998) Yeni Sağlık Kamu Yönetimi ve Yerel Yönetim: Eleştirel Bir Yaklaşım. **Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi** 7(1): 3-13.
3. Badour M. (2013) Hastane Yöneticilerinin Karar Verme Tarzlarına Göre Örgüt Çevresi Algılarına İlişkin Bir Araştırma. **Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
4. Bahrami M. A., Salehi M., Barati O., Ezzatabadi M. R., Montazer-Alfaraj R. and Tafti A. D. (2016) Nurse's Voluntary Extra Work in the Hospital: The Role of Managers' Decision- Making Style. **International Journal Healthcare Management** 9(3): 155-162.
5. Bakan İ. ve Büyükbeşe T. (2005) Katılımcı Karar Verme: Çalışanlar Hangi Düzeyde Kararlara Katılmak İsterler? **Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi** 7(2): 23-47.
6. Balcı A. (2005) **Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim: Sağlık Hizmet Sunumunun Yeniden Yapılandırılması**. Atlas Yayınları, İstanbul.
7. Bourgeois L.J. (1980) Strategy and Environment: A Conceptual Integration. **Academy of Management Review** 5(1): 25-39.
8. Can H., Doğan T. ve Ayhan D.Y. (2002) **Genel İşletmecilik Bilgileri**, Siyasal Kitabevi, Ankara.
9. Can H. (1997) **Organizasyon ve Yönetim**. 4. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.
10. Daft R. L. (1991) **Management**. Second Edition, The Dryden Press, Chicago.
11. Dinçer Ö. ve Fidan Y. (1995) **İşletme Yönetimine Giriş**. İz Yayıncılık Sanayi ve Ticaret Limited Şirketi, İstanbul.
12. Driver M. J., Brousseau K. R. and Hunsaker P. L. (1990) **The Dynamic Decision Maker Five Decision Styles for Executive and Business Success**. Harper&Row, New York.

13. Dubrin A. (1994) **Applying Psychology: Individual and Organizational Effectiveness**. Prentice Hall, New Jersey.
14. Ehtiyar R.V. ve Tekin Ö.A. (2010) Yönetimde Karar Verme: Batı Antalya Bölgesindeki Beş Yıldızlı Otellerde Çalışan Farklı Departman Yöneticilerinin Karar Verme Stilleri Üzerine Bir Araştırma. **Yaşar Üniversitesi Dergisi** 20(5): 3394- 3414.
15. Ener M. (2008) Demircan E. Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları. **Süleyman Demirel Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi** 13(1): 57-82.
16. Eren E. (2001) **Yönetim ve Organizasyon (Çağdaş ve Küresel Yaklaşımlar)**. 5. Baskı, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.
17. Feshbach S. and Weiner B. (1991) **Personality**. Heath and Company, 3rd Edition, Maryland.
18. Frishammar J. (2003) Information Use in Strategic Decision Making. **Management Decision** 41(4): 318- 326.
19. Gambett E., Fabbri M., Luca B. and Lorenzo T.A. (2008) Contribution to the Italian Validation of the General Decision- Making Style Inventory. **Personality and Individual Differences** 44(4): 842.
20. Griffith J.R. (1999) **The Well Managed Healthcare Organization**. Health Administration Press, Chicago.
21. Gore J. (1995) Hotel Manager's Decision Making: Can Psychology Help? **International Journal of Contemporary Hospitality Management** 7(2/3): 20.
22. Güney S. (2006) **Davranış Bilimleri**. 3 Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
23. Harrison F.E. and Pelletier A.M. (2000) The Essence of Management Decision: **Management Decision** 38(7): 462- 469.
24. Hayran O. (2012) **Sağlık Yönetimi Yazıları**. Sageya Yayınları, Ankara.
25. İzgar H. ve Yılmaz E. (2007) PİO ve YİBO'nda Görev Yapan Okul Yöneticilerinin Karar Vermede Öz-Saygı ve Karar Verme Stilleri Arasındaki İlişki. **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 17: 341- 351.
26. Jones G.R. (2003) **Organizational Theory, Design and Change: Textand Cases**. Fourth Edition, Prentice Hall Inc., New Jersey.
27. Kilby R. W. (1993) **The Study of Human Values**. University Press of America, Inc., Lanham.
28. King L., Appleton J. V. and Intuition A. (1997) Critical Review of the Research and Whetoric. **Journal of Advanced Nursing** 26: 194-202.
29. Kluckhohn C. (1951) "Value and Value Orientations in the Theory of Action" In Parsons T. and Shills E. A. (Eds.) **Toward A General Theory of Action**, pp: 388-433 Harvard University Press, USA.
30. Koçel T. (2010) **İşletme Yöneticiliği**. 12. Baskı, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.

31. Koçel T. (2003) **İşletme Yöneticiliği**. 9. Baskı, Beta Yayınları, İstanbul.
32. Koptagel G. (2001) **Davranış Bilimleri**. 4. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.
33. Kurban C. (2015) Bireysel Algılarına Göre Okul Yöneticilerinin Karar Verme Stilleri. **Pamukkale Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Denizli.
34. Kurt Ü. (2003) Karar Verme Sürecinde Yöneticilerin Kişilik Yapılarının Etkileri. **Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
35. Küçükkendirci H., Şakır A., Arıkan A. ve Güler Y. R. (2016) Kamu Sağlık Kurumları Taşra Yöneticilerinin Karar Verme Stilllerinin Belirlenmesi. **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi** 19(2): 201-219, 209.
36. Lamba M., Altan Y., Aktel M. ve Kerman U. (2014) Sağlık Bakanlığı'nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme, **Amme İdaresi Dergisi** 47(1): 53-78.
37. Nas S. (2010) Karar Verme Stillere Bilimsel Yaklaşımlar. **Dokuz Eylül Üniversitesi Denizcilik Fakültesi Dergisi** 2(2): 43-65.
38. Nas S. (2006) Gemi Operatörlerinin Yönetiminde Kaptanın Bireysel Karar Verme Süreci Analizi ve Bütünleşik Bir Model Uygulaması. **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi**, İzmir.
39. Navran F. (2005) **What is the Difference Between Ethics, Morals and Values?** <http://www.ethics.org/ask-e4.html> (Erişim Tarihi: 15.11.2016).
40. Nutt C. P. (1976) Models for Decision Making in Organization and Some Contextual Variables Which Stipulate Optimal Use. **Academy of Management Review** 1(2): 84-98.
41. Oğuz E. (2009) İlköğretim Okulu Yöneticilerinin Karar Verme Stilleri. **Kastamonu Eğitim Dergisi** 17(2): 415-426.
42. Onaran O. (1975) **Örgütlerde Karar Verme**. AÜSBF Yayınları, Ankara.
43. Özkalp E. (2003) **Davranış Bilimlerine Giriş**. 2. Baskı, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
44. Özer M. A. (2005) **Yeni Kamu Yönetimi: Teoriden Uygulamaya**. Platin Yayınları, Ankara.
45. Parlak B. ve Sobacı Z. (2012) **Ulusal ve Küresel Perspektifte Kamu Yönetimi**. Dördüncü Baskı, MKM Yayınları, Bursa.
46. Payne L.K. (2015) Intuitive Decision Making as the Culmination of Continuing Education: A Theoretical Framework. **The Journal of Continuing Education in Nursing** 46(7): 326-332.
47. Pekdoğan S. (2015) Karar Verme Stilleri Araştırmaları: 2009- 2013 Yılları Arasındaki Yüksek Lisans Tezlerinin İncelenmesi. **The Journal of Academic Social Science Studies** 34: 321-331.

48. Philips S.D., Paziienza N. J. ve Ferrin H. H. (1984) Decision Making Styles and Problem Solving Appraisal. **Journal of Counselling Psychology** 31(4): 497-502.
49. Pimentel J. and Note L. A. (2010) On The Usage Of Likert Scaling For Research Data Analysis. **USM R & D** 18(2):109-112.
50. Ravangard R., Keshtkaran V., Niknam S., Yusefi A.R. and Heidari A.R. (2013) The Decision-Making Styles of Managers of Public and Private Hospitals in Shiraz. **Tehran University Of Medical Sciences** 12(3): 39-45.
51. Resmi Gazete (2011) **Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname**. Yayımlanma Tarihi: 02.11.2011, Sayı: 28103.
52. Rowe A.J., Boulgarides J.D. and McGrath M.R. (1984) **Managerial Decision Making**. Science Research Associates, USA.
53. Sağır C. (2006) Karar Verme Sürecini Etkileyen Faktörler ve Etiğin Karar Verme Sürecindeki Önemi: Uygulamalı Bir Araştırma. **Trakya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Edirne.
54. Sağnak M. (2005) Örgüt ve Yönetimde Değerlerin Önemi. **Milli Eğitim Üç Aylık Eğitim ve Sosyal Bilimler Dergisi**, 33(166): 149-157.
55. Sandeers R. P. (2008) The Decision-Making Styles, Ways of Knowing, and Learning Strategy Preferences of Clients At a One-Stop Career Center. **Southern Oklahoma State University, Faculty of the Graduate College of the Oklahoma State University, Doctorate Thesis**, Oklahoma.
56. Sargutan A. E. (2005) Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergi** 8(3): 400- 403.
57. Scott S. G. and Bruce R. A. (1995) Decision-Making Style: The Development and Assessment of a New Measure. **Educational and Psychological Measurement** 55: 818-31.
58. Shepard R. (1995) Subjectivity in Teacher Decision Making: Underlying Cognitive Processes. **Education** 115(4): 509-516.
59. Simon A.H. (1976) **Administrative Behavior A Study of Decision, Making Processes in Ministrative Organization**. Third Edition, The Free Press, New York.
60. Spicer P. D. and Smith S. E. (2005) An Examination of the General Decision Making Style Questionnaire in two UK Samples. **Journal of Managerial Psychology** 20(2): 137- 149.
61. Taşdelen A. K. (2004) Karar Verme Stilleri Ölçeğinin Öğretmen Adayları İçin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. **Eğitim Araştırmaları Dergisi** 16: 118-124.
62. Tatum B.C., Eberlin R., Kottraba C. and Bradberry T. (2003) Leadership, Decision Making and Organizational Justice. **Management Decision** 41(10): 1006-1016.
63. Taylan S. (1990) Heppner'in Problem Çözme Envanterinin Uyarılma, Güvenirlik ve Geçerlik Çalışmaları. **Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.

64. Tekin Ö.A. (2009) Yönetimde Karar Verme: Batı Antalya Bölgesinde Bulunan Beş Yıldızlı Otel İşletmelerindeki Çeşitli Departman Yöneticilerinin Karar Verme Stillерini Tespit Etmeye Yönelik Uygulamalı Bir Araştırma. **Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Antalya.
65. Thunholm P. (2009) Military Leader Sand Followers do They have Different Decision Styles? **Scandinavian Journal of Psychology** 50: 317–324.
66. Türkel A. (1992) **İşletme Yöneticilerinin Davranışlarına Yön Veren Hakim Kişilik Faktörleri ile Yönetmel Davranış Arasındaki İlişkiler ve Uygulama**. Marmara Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
67. Türk Dil Kurumu (1974) **Sözlük**. 6. Baskı, Türk Dil Kurumu, Ankara.
68. Vroom V. H. and Yetton P. W. (1973) **Leadership and Decision-Making**. University of Pittsburgh Press, Pittsburgh.
69. Yılmaz Z. (1995) **Yatırım Proje Analizi ve Yönetimi**. Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı, Bursa.
70. Zel U. (2006) **Kişilik ve Liderlik**. 2. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

**SAĞLIK İŞLETMELERİNDE BİRİM MALİYETLEME:
BİR ÖZEL HASTANE ERİŞKİN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ
UYGULAMASI**

Cenk TEKER *
Doğancan ÇAVMAK **
Bilal YILDIRIM ***
Hakan AVCI ****

ÖZ

Çalışmanın amacı, bir özel hastanenin erişkin yoğun bakım ünitesindeki maliyet alanlarının tespit edilmesi, birim maliyetlerin elde edilmesi ve maliyet muhasebesinin, işletmenin sürdürülebilirliği için önemini ortaya koymaktır. Araştırmada hastanenin 2017 yılı verileri doğrultusunda fiili tam maliyet yöntemi kullanılmıştır. Veriler insan kaynakları ücret bordroları, satın alma ve depo kayıtları, muhasebe birimi kayıtları, biyomedikal birim kayıtları ve ilgili birimlerdeki uzman görüşlerinden elde edilmiştir. Analiz sonucunda erişkin yoğun bakım giderlerinin %40,67'sinin direkt işçilik, %39,43'ünün direkt ilk madde malzeme giderinden oluştuğu görülmüştür. Erişkin yoğun bakımda toplanan maliyet tutarının 3.062.678,43 TL, birim maliyetin ise 487,99 TL olduğu görülmüştür. Hesaplamalar 694 hasta ve 6276 yatış günü üzerinden gerçekleştirilmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu'nca gerçekleştirilen ödemelerin, maliyetleri karşıladığı görülmüştür. Yoğun bakım ünitelerinin daha geniş bir şekilde ve yalın anlayışlarla birlikte değerlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Maliyet Muhasebesi, Birim Maliyet, Sağlık İşletmeleri, Yoğun Bakım

MAKALE HAKKINDA

* Dr. Öğretim Üyesi, Nişantaşı Üniversitesi, Odyometri Programı cenk.teker@nisantasi.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-4193-2982>


** Öğr. Gör. İstanbul Arel Üniversitesi, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı, dogancancavmak@arel.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-3329-4573>

*** Öğr. Gör. Nişantaşı Üniversitesi, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı, bilal.yildirim@nisantasi.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-6225-5859>

**** Yüksek Lisans Öğrencisi, Nişantaşı Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Programı, havci92@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0703-4978>

Gönderim Tarihi: 07.09.2018

Kabul Tarihi: 21.02.2019

Atıfta Bulunmak İçin:

Teker, C., Çavmak, D., Yıldırım, B., Avcı, H. (2019). Sağlık İşletmelerinde Birim Maliyetleme: Bir Özel Hastane Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi Uygulaması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(1): 97-112.

RESEARCH ARTICLE

UNIT COSTING IN HEALTHCARE: CASE OF A PRIVATE HOSPITAL INTENSIVE CARE UNIT

Cenk TEKER *
Doğancan ÇAVMAK **
Bilal YILDIRIM ***
Hakan AVCI ****


ABSTRACT

The aim of this study is to determine the cost objects to obtain unit costs of intensive care unit of a private hospital and emphasize the importance of cost accounting for health businesses. The actual cost method was used. The data for 2017 were derived from human resources archives, pay rolls, purchasing and storage archives, accounting records, biomedical unit records and expert's opinions. It has been found that %40,67 of the intensive care unit costs were direct labour expenses while the direct raw materials expenses had the %39,43 of total costs. The total cost of the unit is 3.062.678,43 TL and unit cost is 487,99 TL. The calculation has been done for 694 patients and 6276 admission days. It's been determined that the payment made by Social Security Institutions defray the expenses of intensive care unit. It is recommended that intensive care unit should be evaluated in a broader sense and with the lean approaches.


Key Words: Cost Accounting, Unit Cost, Healthcare Businesses, Intensive Care Units

ARTICLE INFO


* Nişantaşı University, cenk.teker@nisantasi.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-4193-2982>


** Istanbul Arel University, dogancancavmak@arel.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-3329-4573>

*** Nişantaşı University, bilal.yildirim@nisantasi.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-6225-5859>

**** Nişantaşı University, havci92@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0703-4978>

Received: 07.09.2018

Accepted: 21.02.2019

Cite This Paper:

Teker, C., Çavmak, D., Yıldırım, B., Avci, H. (2019). Sağlık İşletmelerinde Birim Maliyetleme: Bir Özel Hastane Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi Uygulaması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 97-112.

I. GİRİŞ

Dünyada sağlık sektörü büyük değişimler göstermektedir. Ödeme sistemlerinde ve sürdürülebilirlik noktasında yeni yöntemler arayışı, sağlık sistemlerinin mülkiyet yapılarını değiştirmeye başlamış, performansa yönelik değerlendirmeleri oldukça ön plana çıkarmıştır. ABD’de Managed Care Organizations olarak bilinen “Sağlık Bakım Organizasyonları”(Health Maintenance Organizations), ve “Tercih Edilmiş Sunucu Organizasyonları” (Preferred Provided Organizations) bütçe ödemeleri yaparak, kurumların etkin maliyet kontrolü ile çalışmalarını yönünde mekanizmalar oluşturmaktadır (Navarro, Cahill 2009). Aynı şekilde İngiltere’de Klinik Hizmet Grupları (Clinical Commissioning Groups) olarak ifade edilen “Sağlık Komisyonculuğu” da, içerdiği performans sistemi ile kurumların maliyetlerini katlanılabilir düzeyde tutma noktasında denetim mekanizmaları tahsis etmektedirler (NHS 2014).

Sağlık sektörü; enflasyonist etkiler, kur değişimleri, asgari ücretin durumu vb. gibi faktörlerden doğrudan etkilenmektedir. Ayrıca, Türkiye’de özel hastanecilik sektörü de büyük oranda Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)’nun Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)’ne göre yaptığı ödemeler ile beslenmekte, yoğun bakım gibi bazı hizmetlerde ek herhangi bir gelirin sağlanması mümkün olmamaktadır. Sağlık sektörü geçmişe oranla daha yüksek bir rekabet ortamına sahiptir. Bu rekabet ortamında karlılık oranlarını arttırabilmek ve piyasa payını yüksek tutabilmek, maliyetleri doğru bir şekilde kontrol etmek ile mümkün olacaktır.

Bu çalışmada, İstanbul ilinde, merkezi bir konumda yer alan, bir özel hastanenin erişkin yoğun bakım ünitesinin, maliyet alanlarının belirlenmesi, maliyet ağırlıklarının analiz edilmesi, birim maliyetlerinin hesaplanması ve SUT ödemeleri çerçevesinde değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Dünyanın Endüstri 4.0’ı yaşamaya başladığı bugünlerde kıt kaynakları akılcı ve etkin bir şekilde kullanmak daha da önemli hale gelmiştir. Sağlık endüstrisi de bu doğrultuda, dünya çapında büyük bir gelişim ve değişim göstermektedir. Tıp teknolojisindeki ilerlemeler, tanı-tedavi yöntemlerindeki değişiklikler ve bunlara koşut olarak ödeme sistemlerindeki sürdürülebilirlik arayışları, sağlık işletmelerini profesyonel yönetim anlayışına doğru zorlamaktadır. Sağlık endüstrisi varlığını devam ettirebilmek ve hizmet kalitesini yüksek tutabilmek adına, finansal ve maliyet performansını yükseltmek durumundadır. Sağlık kurumları yöneticileri, işletme performansını geliştirebilmek için doğru kararlar vermek zorundadırlar. Doğru kararlarda ancak, amaca uygun olarak elde edilmiş bilgiler doğrultusunda mantıksal yargılamalar ile elde edilebilmektedir (Özcan 2013).

Yöneticilerin işletme maliyetlerini kontrol altına almaları ve etkinlik-verimlilik düzeylerini yüksek tutabilmeleri için, etkin olarak işleyen bir muhasebe sistemlerine sahip olmaları gerekmektedir. Bu anlamda finansal muhasebenin yanı sıra, modern anlamda yönetim muhasebesinin de benimsenmiş olması oldukça önemlidir. Yönetim muhasebesi içerisinde, maliyet muhasebesi ve finansal tablolar analizi yer almaktadır.

Maliyet belirli bir amaca ulaşabilmek ve gelir yaratabilmek amacı ile kullanılan veya feda edilen kaynakların parasal ifadesi olarak tanımlanmaktadır (Horngern et al. 2012). Maliyetler temel olarak üç ana başlık altında incelenmektedir. Direkt madde malzeme giderleri, nihai ürün veya hizmetin ayrılmaz bir parçası olan ve ürün veya hizmetle doğrudan ilişkilendirilebilen madde-malzeme giderlerini ifade etmektedir. Direkt işçilik giderleri, ilgili ürün veya hizmetin üretimini fiili olarak gerçekleştiren insan kaynağına yapılan tüm ödemeleri ifade etmektedir. Son olarak genel üretim giderleri, direkt işçilik ve madde

malzeme gideri dışında kalan, üretim süreci ile doğrudan ilişkili olmamakla beraber katkı sunan, endirekt işçilik ve madde-malzeme giderleri, bakım-onarım giderleri, sigorta giderleri, amortisman giderleri gibi kalemleri içerisinde barındırmaktadır (Walther, Skousen 2009).

Maliyetler, davranış kalıpları açısından da iki şekilde değerlendirilebilmektedir; sabit ve değişken maliyetler. Değişken maliyetler üretim miktarı ile birlikte değişim gösteren giderlerdir. Sabit maliyetler ise, üretim hacminde büyük hacimli bir artış olmadığı sürece, üretim miktarında meydana gelen değişimlerden etkilenmeyen maliyet türleridir (Horngern et al. 2012).

Maliyet muhasebesinin temel amacı, üretim yerlerine ait gider yerlerini doğru bir şekilde tespit etmek, direkt-endirekt maliyet alanlarını belirlemek ve maliyetlerin uygun dağıtım anahtarları ile analiz edilen birimde toplanmasını sağlamaktır (Akdoğan 2015). Maliyet muhasebesi, yönetimin, mevcut işletme süreçlerini kontrol edebilmesi ve geleceği planlayabilmesi için, ihtiyaç duyduğu detaylı maliyet bilgisini sağlamaktadır. Yönetim maliyet muhasebesinin sağladığı bilgileri, kaynak tahsisat kararlarını en etkili ve karlı olacak şekilde verebilmek için kullanmaktadır (Wanderberck 2010). Dolayısıyla etkin işleyen bir muhasebe sistemi, işletme bütçesinin daha doğru bir şekilde oluşturulmasını mümkün kılmaktadır (Akdoğan 2015).

Sağlık işletmeleri açısından maliyet kavramı, “sağlık kurumlarının sağlık hizmetini üretebilmesi için harcadığı üretim faktörlerinin para ile ölçülebilen değeri” olarak ifade edilebilir. Sağlık hizmetlerinde üretim faktörü, insan gücü, tıbbi madde-malzeme, cihaz, genel sarf malzemeleri, bina ve bunların yanı sıra, dışarıdan alınan hizmetlerin (su, elektrik, ısınma vb.) bütünü olarak ifade edilebilir. Maliyet muhasebesi, sağlık işletmelerinde hizmet üretim yerlerine ait birim maliyetlerin tespit edilmesini ve maliyet kontrolünün etkin bir şekilde yapılabilmesini mümkün kılmaktadır (Ağırbaş 2014). Endüstri ve global ekonomide meydana gelen değişimler sağlık sektörünü de maliyet ve finans kontrolü noktasında çalışmalar yapmasını zorunlu kılmıştır. Dolayısı ile sağlık işletmeleri de sürdürülebilir olabilmek adına, doğru amaçlar belirleyip, etkin bir maliyet analizi yapmak durumundadırlar (Kaptanoğlu 2013).

Maliyetleme çalışmaları özellikle sağlık hizmetleri için oldukça karmaşık bir işlemdir. Bu karmaşık analizin doğru sonuçlar verebilmesi için, süreç içerisinde bazı önemli unsurların belirlenmiş olması gerekir. Bunlar (Young 2014);

- Nihai maliyet nesnesinin belirlenmiş olması
- Esas ve destek(yardımcı) üretim maliyet alanların belirlenmiş olması
- Direkt ve indirekt maliyetlerin belirlenmiş olması
- Yardımcı üretim yeri maliyet alanları için doğru dağıtım anahtarlarının belirlenmiş olması
- Maliyet dağıtım yönteminin işletmenin üretim yapısına göre belirlenmiş olması
- Birim maliyetleme için üretim biriminin doğru belirlenmiş olması

Bu noktada birim maliyetleme süreci, birinci dağıtım, ikinci dağıtım ve üçüncü dağıtım şeklinde, üç temel adımdan oluşmaktadır. Birinci dağıtım giderler ile gider yerlerinin uyumlaştırılması aşamasıdır. İkinci dağıtım esas üretim gider yeri dışında kalan, ancak sıklıkla bu gider yerlerinden esas üretim gider yerine hizmet sunulan veya işletmenin tümü için ortak bir üretim alanı niteliğine sahip “yardımcı üretim gider yerleri” ve “genel yönetim gider yerlerinde” toplanan maliyetlerin, uygun dağıtım anahtarları ile esas üretim gider yerlerine dağıtılması aşamasıdır. Üçüncü dağıtım ise, esas üretim gider yerinde toplanmış olan toplam maliyetin, üretim birimlerine yüklediği düzeydir. (Özgülbaş 2014)

Tablo 1. Maliyet Muhasebesinde Gider Dağıtımları

Dağıtım Basamakları	Dağıtılacak Gider	Dağıtılacak Yer
1.Dağıtım	<u>Toplam Giderler:</u> -Direkt ilk madde-malzeme giderleri -Direkt işçilik giderleri -Genel üretim giderleri	Gider merkezlerinin tamamı
2.Dağıtım	Diğer gider merkezlerinin giderleri	Esas üretim gider merkezleri
3.Dağıtım	Esas üretim gider merkezleri	Mamul/hizmet maliyetine yükleme

Kaynak: Özgülbaş 2014

Diğer gider merkezlerinde toplanmış olan giderlerin dağıtımında, “basit dağıtım yöntemi”, “basamaklı dağıtım yöntemi”, turlama dağıtım yöntemi”, “matematiksel dağıtım yöntemi” ve “önceden saptanmış değerler üzerinde dağıtım” yöntemi kullanılabilir. Bu dağıtım yöntemlerinden hangisinin kullanılacağı işletmenin üretim yapısına göre değişiklik gösterebilmektedir (Özgülbaş 2014).

III. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Amacı ve Gerekçesi

Araştırmanın amacı, ilgili özel hastanenin, erişkin yoğun bakım ünitesinin gider kalemlerini analiz etmek ve birim maliyetlerini tespit etmektir. Yoğun bakım üniteleri SUT’den hasta yatış günü temel alınarak ödeme almaktadırlar. Dolayısıyla, erişkin yoğun bakım ünitesindeki bir yatış günü maliyetinin tespit edilmesi temel amaç olarak belirlenmiştir.

Sağlık hizmetlerinde maliyet çalışmalarının servisler ve poliklinikler özelinde yoğunlaştığı görülmektedir. Servis ve poliklinik maliyetlerinin belirlenmesinin yanında, özel bir hassasiyet gerektiren yoğun bakım ünitelerinin de maliyet analizlerinin yapılması gerekmektedir. Yüksek oranda cihaz ve madde-malzeme yatırımı gerektiren, bunun yanı sıra hizmetlerde hatanın affedilmez olduğu bir süreç yapısına sahip olan yoğun bakımlarda, sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için, etkin maliyet kontrolü kritik bir öneme sahiptir. Bu sebepler doğrultusunda, özel hastanenin erişkin yoğun bakımı, uygulama alanı olarak seçilmiştir.

3.2. Çalışmanın Yöntemi

Çalışma tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma özelliğine sahiptir. Araştırma İstanbul ilinin Bağcılar ilçesinde bulunan bir özel hastanenin erişkin yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirilmiştir. Hastane 20 erişkin yoğun bakım yatağına sahiptir. Araştırma hastanenin 2017 yılı maliyet verileri doğrultusunda “fiili tam maliyet” yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Maliyet dağıtımında “basit dağıtım” yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda esas üretim gider yeri erişkin yoğun bakım ünitesi olarak belirlenmiştir. Yardımcı üretim gider yerleri olarak, laboratuvar ve görüntüleme birimleri maliyet analizine dâhil edilmiştir. Görüntüleme hizmetleri arasında X-ray, Tomografi ve MR hizmetleri yer almaktadır. Genel yönetim gider yeri ise idari birimler olan, üst yönetim, başhekimlik, insan kaynakları, muhasebe, satın alma, hasta hizmetleri, medikal muhasebe ve kalite birimlerinin toplam maliyetlerinden oluşmaktadır. Hasta kabul gider yeri ise, hasta kabul ve tıbbi sekreterlik hizmetleri maliyetlerinden oluşmaktadır.

Yoğun bakımlarda herhangi bir fark ücreti alınmadığı için, birim maliyet ile geliri kıyaslamak adına, SUT hükümleri çerçevesinde elde edilmiş gelirler kullanılmıştır. SGK tarafından yoğun bakım hizmetlerine yapılacak ödemeler için SUT temel düzenlemeler şu şekildedir;

1. “Yoğun bakım tedavileri SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan puanlar üzerinden faturalandırılır
2. Yoğun bakım tedavileri SUT eki EK-2/C Listesinden faturalandırıldığında kan ürünleri işlem puanına dahildir.
3. Yoğun bakımda yatan hastanın, yattığı ilk gün ile vefat ettiği veya yoğun bakımdan çıkarıldığı gün ya da başka bir sağlık hizmeti sunucusunun yoğun bakım servisine sevk edildiği gün verilen sağlık hizmetleri, hizmet başına ödeme yöntemiyle faturalandırılır
4. Yoğun bakım tedavisi sürmekte iken; EK-2/C Listesinde yer alan A, B, C grubu işlemin uygulanması durumunda işlemin yapıldığı gün, tanıya dayalı yoğun bakım puanı faturalandırılabilir. Bu durumda yapılan işlemin SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlem puanı ile tanıya dayalı işlemlerde ayrıca faturalandırılacak tıbbi malzeme bedelleri faturalandırılabilir. D ve E grubu işlemler yoğun bakım bedellerine dâhil olup ayrıca faturalandırılmaz.”

Görüldüğü üzere, yoğun bakım ödemeleri oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Yoğun bakımlarda hastanın yatış günü ve yoğun bakımdaki son günü (vefat da dâhil olmak üzere) hizmet başına faturalandırılırken, geri kalan günler, yatış günü üzerinden paket olarak faturalandırılmaktadır. Ayrıca hemodiyaliz, taze donmuş plazma (TDP) ve eritrosit (ES) nakil hizmetlerinin de bedelleri ödenmektedir.

Çalışma kapsamında hastane istatistiklerinden ve birim uzmanlarının görüşlerinden yararlanılarak her bir basamak hasta için hizmet başı olarak fatura edilen gün sayısı ve ortalama ödeme miktarı tespit edilmiştir. Ödeme miktarı, hastanın ilk günü ve son günü alınan ödemelerin ortalamalarının alınması yolu ile tespit edilmiştir. Aynı şekilde, gün başına fatura edilen yatış günü sayısı da basamaklara göre elde edilmiş ve SUT ödeme tutarları ile çarpılmıştır. Kan ürünlerinden elde edilen gelirler de hemodiyaliz, TDP ve ES için, yatış günleri elde edilerek hesaplanmıştır.

2017 yılı içerisinde, hastanenin erişkin yoğun bakımında A, B ve C tipi işlem gerçekleşmediği için, hesaplar arasında yer almamaktadır.

Araştırmanın verileri, insan kaynakları ücret bordroları, satın alma ve depo kayıtları, muhasebe birimi kayıtları, biyomedikal birim kayıtlarından ve ilgili birimlerdeki kayıtlar ve uzman görüşlerinden elde edilmiştir. Direkt olmayan gider kalemleri için uygun dağıtım anahtarlarının belirlenmesi sürecinde ilgili birim uzmanları ve hastane yöneticilerinin görüşlerine başvurulmuştur. Veriler Microsoft Office 2016 Excel programı ile analiz edilmiş ve raporlanmıştır.

3.3. Çalışmanın Kısıtları

Çalışma kapsamında ilgili hastanedeki bir takım verilerin tam ve eksiksiz olarak tespit edilememesi sebebi ile alternatif dağıtım anahtarları ve bazı varsayımlar kabul edilmiştir. Bu hususlar;

1. Elektrik giderinin dağıtımında birimlerin Kwh olarak harcamaları ve tıbbi cihaz, vantilatör gibi malzemelerin tüketimleri doğrudan tespit edilemediği için giriş sayısı dağıtım anahtarı olarak kullanılmıştır

2. Bakım onarım giderinin dağıtımında da, işçilik süreleri net olarak hesaplanamadığı için tıbbi cihaz sayısı dağıtım anahtarı olarak kullanılmıştır
3. SGK'nin yoğun bakımlara yaptığı ödemeler, gün başı ve hizmet başı, kan ürünlerinin ayrıca faturalandırılması gibi çok bileşenli bir ödeme metodu ile olduğu için, hizmet başı ve kan ürünleri için ortalama bedeller, yaklaşık yüzdelik oranlar kullanılmıştır.

IV. BULGULAR

Çalışma kapsamında yer alan gider merkezleri Tablo 2.'deki gibidir.

Tablo 2. Hastane Gider Merkezleri

Esas Üretim Gider Yeri	Yardımcı Hizmet Gider Yerleri	Genel Yönetim Gider Yerleri
-Erişkin Yoğun Bakım	-Laboratuvar -Görüntüleme	-İdari hizmet birimleri

Maliyet çalışmasında gider yeri olarak belirlenen birimlere yönelik temel bilgiler aşağıdaki gibidir.

- 2017 yılı içerisinde erişkin yoğun bakımdan hizmet alan hasta sayısının 694'tür. Gerçekleşen yatış günü ise 6276'dır. Erişkin yoğun bakımda tedavi gören hastaların yatış günleri incelendiği zaman, toplam yatış gününün %70'ini üçüncü basamak yoğun bakım yatışına ait olduğu görülmüştür.
- Erişkin yoğun bakımda gerçekleşen yatışların, 4.393 günü üçüncü basamak 1.255 günü ikinci basamağa, kalan 628 gün ise birinci basamak hastalara aittir.
- Gün başına paket olarak faturalandırılan gün sayısı 4908, hizmet başı faturalandırılan gün sayısı 1368'dir.
- Erişkin yoğun bakımda A, B ve C tipi işlem gerçekleşmemiştir.
- Yatış gününün %15'inde hemodiyaliz, %35'inde ise TDP ve ES nakil işlemleri gerçekleşmiştir.
- Yoğun bakımda toplam 17 personel ile hizmet sunulmaktadır.
- Laboratuvar biriminde 2017 yılı içerisinde gerçekleştirilen tetkik sayısı 130.440 adettir. Birimde çalışan insan kaynağı sayısı 7'dir.
- Görüntüleme biriminin 2017 yılı işlem hacmi 13.272 adettir. Çalışan insan kaynağı sayısı 6'dır.
- Genel yönetim gider yerini oluşturan idari birimlerde çalışan sayısı 16'dır.

Tablo 3.de belirlenen gider merkezleri dışında kalan gider kalemleri ve gider merkezlerine dağıtımında kullanılan anahtarlar yer almaktadır.

Tablo 3. Hastane Geneli Dışarıdan Sağlanan Hizmet Maliyetleri

Gider Kalemi	Tutar	Dağıtım Anahtarı
Elektrik Gideri	392.163,42	Giriş sayısı
Su Gideri	74.610,00	Musluk sayısı
Haberleşme Giderleri	96.254,23	Personel sayısı
Isınma Gideri	64.058,04	m ² olarak kullanım alanı
Temizlik Gideri	214.241,14	m ² olarak kullanım alanı
Yemekhane Gideri	237.681,00	Öğün ücreti*personel sayısı
Tıbbi Atık Gideri	34.521,14	Uzman görüşüne göre yüzdelik dağılım
Demirbaş Amortisman	138.331,98	Demirbaş değerinin %10'u
Bakım-Onarım	407.683,06	Tıbbi cihaz sayısı
Bina kira gideri	720.800,00	m ² olarak kullanım alanı

Elektrik giderinin dağıtımında, ampul sayısının kullanılması durumunda, tıbbi cihazların varlığı sebebi ile doğru sonuçların elde edilemeyeceği görülmüş ve dolayısıyla ilgili birimlerde yer alan elektrik bağlantı girişi (priz) sayısı kullanılmıştır. Temizlik ve ısınma giderleri için dağıtım anahtarı olarak, ilgili gider yerinin m² olarak kapladığı alan kullanılmıştır. Yemekhane gideri dağıtılırken bir öğünün maliyeti hesaplanarak, ilgili birimdeki personel sayısı göz önüne alınarak dağıtılmıştır. Yoğun bakım hastaları genellikle eczaneden gönderilen besinlerle beslendikleri için, hesaplamalar personel sayısı üzerinden, günde 1 öğün kabulü ile yıllık olarak hesaplanmıştır. Hastanede bir öğünün maliyeti 5 TL'dir. Bir kişilik öğün maliyeti yemekhane birimindeki uzmanlardan edinilmiştir. Bakım-onarım giderleri, genel yönetim birimlerindeki donanımların genelde bilgisayar, yazıcı gibi ekipmanlar olması ve ortak bağlantı üzerinden hızlıca bakım yapılabilmesi ve ilgili payın doğru bir şekilde tespit edilemeyeceği görüldüğünde, genel yönetim gider merkezine dağıtılmamıştır.

Belirlenen dağıtım anahtarları ile gerçekleştirilmiş olan "birinci dağıtım tutarları" Tablo 4' de görülmektedir.

Tablo 4. Birinci Dağıtım Tablosu

Giderler	Esas Üretim Gider Yeri	Yardımcı Hizmet Gider Yerleri		Genel Yönetim Gider Yeri
	Erişkin Yoğun Bakım	Laboratuvar	Görüntüleme	
Direkt İşçilik Gideri	1.245.734,40	363.002,88	321.250,01	617.088,00
Direkt İlk Madde Malzeme Gideri	1.207.734,06	118.923,88	53.802	32.150
Elektrik Gideri	45.336,81	29.468,92	24.935,24	21.534,98
Su Gideri	4.892,45	2.446,22	1834,67	3057,78
Temizlik Gideri	25.624,78	2760,94	3678,91	8415,91
Isınma Giderleri	7.661,80	825,52	1.099,99	2.516,65
Haberleşme Giderleri	7.792	3.208,47	2.750,12	7.333,65
Yemekhane Giderleri	25.500	10.500	9.000	24.000
Tıbbi Atık Giderleri	18.000	500	4.000	-
Bakım-Onarım Giderleri	100.997	16.307	8.153	-
Demirbaş Amortisman Giderleri	11.670	10.952,34	13.139,2	9650
Bina Kira Gideri	86.212,87	9289	12.377,46	28.312,92
Toplam	2.787.142,17	564.976,70	399.522,28	751.059,89

Birinci dağıtım sonucu gider merkezleri incelendiği zaman, erişkin yoğun bakımda toplam maliyetin %44,69'unu direkt işçilik giderinin, %43,31'ni ise direkt ilk madde malzeme giderinin oluşturduğu görülmektedir. Laboratuvar giderleri içerisinde direkt işçilik giderinin payı %64,2, direkt ilk madde malzeme giderinin payı %21,09'dur. Aynı şekilde görüntüleme gider yeri ve genel yönetim gider yerinde de, direkt işçilik giderleri toplam maliyetin %50'sinden fazlasını oluşturmaktadır. (Görüntüleme %80, Genel Yönetim Gider Yeri %81). Direkt işçilik gideri, hekim ve yardımcı sağlık personeli giderlerinden oluşmaktadır. Direkt ilk madde malzeme giderleri tıbbi sarf malzemeleri, ilaç-serum ve kan ürünlerinden oluşmaktadır. Kan ürünleri tutarı Kızılay tarafından fatura edilen bedellerin üzerinden tespit edilmiştir. Yoğun bakım için ayrılan tutarın 265.423 TL olduğu görülmüş ve doğrudan direkt ilk madde malzeme tutarına eklenmiştir.

Genel yönetim giderlerinin yardımcı hizmet gider yerleri ve esas üretim gider yerlerine dağıtılmasında, ölçüt olarak "personel sayıları" kullanılmıştır. Birimlerin personel sayıları aşağıdaki gibidir.

- Erişkin Yoğun Bakım: 17
- Laboratuvar: 7
- Görüntüleme: 6
- İdari Birimler: 16
- Hastane Genel: 210

İlgili gider yerleri arasında, genel yönetim giderinden en yüksek payı, %8 ile erişkin yoğun bakımın aldığı görülmüştür. Genel yönetim giderlerinden esas üretin gider yeri ve yardımcı hizmet gider yerlerine düşen payın %14 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5. İkinci Dağıtım Tablosu

	Esas Üretim Gider Yeri	Yardımcı Hizmet Gider Yerleri	
	Erişkin Yoğun Bakım	Laboratuvar	Görüntüleme
1. Dağıtım Tutarı	2.787.142,17	564.976,70	399.522,28
Genel Yönetim Giderleri	61.042,86	25.135,297	21.544,54
2. Dağıtım Toplamı	2.848.185,03	590.112	421.066,82

Dağıtımların son aşamasında, laboratuvar biriminde toplanmış olan 590.112 TL'lik tutar ile görüntüleme birimlerinde toplanmış olan 421.066,82 TL'lik tutardan, esas üretim gider yerine düşen payın hesaplanması aşaması gerçekleştirilmiştir. Yardımcı hizmet gider yerlerinin dağıtılmasında, anahtar olarak "tetkik sayıları kullanılmıştır. Her bir birimin bir yıl içindeki toplam tetkik sayıları elde edilmiş, ilgili birimin toplam maliyeti tetkik sayısına bölünerek, bir tetkikin maliyeti hesaplanmıştır. Esas üretim gider yeri olan erişkin yoğun bakım için, laboratuvar ve görüntüleme birimlerinden istenen tetkik sayısı elde edilerek, aktarılması gereken pay hesaplanmıştır.

2017 yılı içerisinde hastane genelinde gerçekleştirilen laboratuvar tetkik sayısı 130.440, görüntüleme tetkik sayısı ise 13.272'dir. Erişkin yoğun bakım için gerçekleştirilen tetkik sayıları, laboratuvar ve görüntüleme birimlerinde sırası ile 38.520 ve 1.268'dir.

Tablo 6. Üçüncü Dağıtım Tablosu

	Esas Üretim Gider Yeri
	Erişkin Yoğun Bakım
2. Dağıtım Tutarı	2.848.185,72
Laboratuvar Giderinin Dağıtım	174.264,9
Görüntüleme Giderinin Dağıtım	40.228,5
Toplam	3.062.678,43

Erişkin yoğun bakım ünitesinde laboratuvar tetkik sayısının oldukça fazla olmasından dolayı, laboratuvar birimi giderlerinden erişkin yoğun bakıma düşen pay daha yüksek olmuştur. Laboratuvar birimin toplam maliyetinin, %29,53'ünün, erişkin yoğun bakımla ilgili olduğu görülmüştür. Görüntüleme birimi toplam maliyeti içerisinde ise bu oran %9,55'dir.

Üç kademeli dağıtım sonucunda esas üretim gider yerinde toplanmış olan maliyet tutarı 3.062.678,43 TL olmuştur. Erişkin yoğun bakım maliyetleri içerisinde laboratuvar giderlerinin oranı %5,59, görüntüleme giderlerinin oranı %1,31'dir. Tüm dağıtımlar sonucunda erişkin yoğun bakıma yönelik maliyet kalemlerinin oranları aşağıdaki gibidir.

Tablo 7. Erişkin Yoğun Bakım Maliyet Oranları

Gider Yeri	%
Direkt İşçilik Gideri	40,67
Direkt İlk Madde-Malzeme Gideri	39,43
Laboratuvar Giderleri	5,69
Görüntüleme Giderleri	1,31
Dışarıdan Sağlanan Fayda ve Hizmetler	10,9

Erişkin yoğun bakımda bir yıl içinde gerçekleşen yatış günü 6276'dır. Dolayısı ile 3.062.678,43/6276 işlemi ile bir yatış günü maliyetinin 487,99 TL olarak hesaplanmıştır. Hastanede gerçekleşen yatış süreleri, basamaklara göre incelendiği zaman, 4.393 gün üçüncü basamak hastalara aitken, 1.255 gün ikinci basamağa, kalan 628 gün ise birinci basamak hastalara aittir. Gelirler hesaplanırken hizmet başına ödeme alınan, gün başına ödeme alınan ve kan ürünleri için ödeme alınan gün sayıları ayrı ayrı yaklaşık olarak belirlenmiştir. Bu noktada hastanenin istatistikleri ve ilgili uzmanlarla ilgili unsurlara denk gelecek gün sayıları ve ortalama gelirler belirlenmiştir.

SUT'a göre, hastanelere, yoğun bakımlarda, birinci basamak yatış gününe 200 TL, ikinci basamak yatış gününe 424,99, üçüncü basamak yatış gününe ise 800 TL ödeme yapılmaktadır (SUT EK-2C de yer alan puanların, katsayı olan 0,593 ile çarpılması sonucu elde edilmiştir). Hastanede gün başı ödeme alınan yatış günü sayısı 4908'dir. Bu günlerin dağılımı ve toplam ödeme tutarları aşağıdaki tablodaki gibidir.

Tablo 8. Gün Başlı Fatura Bedelleri

	Hasta Basamağı	Yatış Günü	SUT Ödemesi	Toplam Ödeme
Gün Başlı Ödeme	1. Basamak	539,88	200,00	107.976,00
	2. Basamak	932,52	424,99	396.311,67
	3. Basamak	3435,60	800,00	2.748.480,00
		4908,00		3.252.767,68

Hastanenin 2017 yılı içerisinde gün başına paket faturalama üzerinden fatura ettiği toplam tutar 3.252.767,675TL olarak hesaplanmıştır.

Hizmet başı ödeme tutarları, hastane istatistiklerinden yararlanarak, ilk gün ve son gün yapılan ödemelerin ortalaması alınarak hesaplanmıştır. Hastalara yapılan tüm işlem farklılıklarını elde edip raporlayabilmek mümkün olmamıştır. Hastanenin hizmet başı olarak fatura ettiği gün sayıları ve ortalama ödemeler aşağıdaki tablodaki gibidir.

Tablo 9. Hizmet Başlı Fatura Bedelleri

	Yatış Günü	Ortalama Gün Başlı Gelir	Toplam Gelir
Birinci Basamak	150,48	388,1	58.401,288
İkinci Basamak	259,92	361,7	94.013,064
Üçüncü Basamak	957,6	356,7	341.547,19
	1368		493.961,54

Kan ve kan ürünleri ödemesinde farklı ödeme tutarları mevcuttur. SGK tarafından, hemodiyaliz hizmeti için 248,4 TL ödeme yapılmaktadır.

Tablo 10. Hemodiyaliz Fatura Bedelleri

	Ödeme Tutarı	Hizmet Sayısı	Toplam Fatura Edilen Bedel (TL)
Hemodiyaliz	248,4	941,4	233.843,76

TDP’de, ilk gün için 74,73, ara günler için 26,9 TL, ES için ise ilk gün 235, ara günler için ise 84,63 TL ödeme yapılmaktadır. Hemodiyaliz için hizmet sayısı yatış gününün %15’i, TDP ve ES için %35’i olarak yaklaşık bir varsayım şeklinde hesaplanmıştır.

Tablo 11. TDP ve ES Fatura Bedelleri (TL)

	İlk Gün Ödeme Tutarı	Ara Gün Ödeme Tutarı	İlk Gün Hizmet Sayısı	Ara Gün Hizmet Sayısı	İlk Gün Toplam Bedel	Ara Gün Toplam Bedel	Toplam
TDP	74,73	26,9	121	976,5	9.042,33	26267,85	35.310,18
ES	235	84,63	121	976,5	28.435	82641,195	111.076,2
			242	1953			146.386

Fatura edilen bedeller toplandığı zaman, hastanenin erişkin yoğun bakım için 4.126.959,365 TL’lik hizmet fatura ettiği görülmektedir.

Tablo 12. Toplam Fatura Edilen Bedeller (TL)

Gün Başı	3.252.767,675
Hizmet Başı	493.961,540
Kan Ürünleri Ödemeleri	380.230,150
Toplam	4.126.959,365

İlgili hastanenin erişkin yoğun bakımındaki bir yıllık toplam maliyet 3.062.678,43 TL iken, tahsil edilmek üzere SGK’ya fatura edilen bedelin 4.126.959,365 TL olduğu görülmüştür.

V. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık işletmelerinin karmaşık yapısı ve oldukça fazla sayıda girdiye sahip olması nedeni ile maliyet analizlerinin yapılması oldukça zor alanlardan biridir. Ancak, kaynak tahsisinde akılcı davranabilmek ve sürdürülebilirliği sağlayabilmek adına, ilgili hizmet birimine dolaylı veya doğrudan maliyet yükleyen tüm alanların doğru bir şekilde tespiti ve birim üretim maliyetlerinin tespit edilmesi oldukça hayati bir öneme sahiptir. Doğru bir maliyet analizinin ortaya çıkarmış olduğu sonuçlar, yöneticilerin, işletmenin mevcut durumunu daha net bir şekilde analiz edebilmesini ve geleceği daha doğru planlamasını sağlayacaktır.

Teknolojik gelişmeler ve hasta tedavi ve bakımındaki ilerlemeler, yoğun bakımlarda meydana gelen maliyetlerin artış göstermesine sebep olmuştur. Yoğun bakımlar artık hastane maliyetleri içerisinde önemli bir orana sahiptir (Chassin 1982). Çalışma bu bilgi ve anlayış doğrultusunda, hastaneler için büyük bir maliyet alanı olan yoğun bakım ünitelerindeki birim maliyetlerin tespit edilmesini amaçlamıştır. Araştırma İstanbul ili Bağcılar ilçesinde yer alan bir özel hastanenin erişkin yoğun bakım ünitesi üzerine gerçekleştirilmiştir. Çalışma yapılan hastanede seçilen yıl içerisinde erişkin yoğun bakım ünitesinde A, B ve C grubu işlem gerçekleştirilmemiştir. Dolayısıyla bu grup işlemlerin yapıldığı sağlık işletmelerinde maliyet yapısının ve gelirlerin farklılık göstermesi olağandır. Ayrıca çalışma yapılan hastanede ilgili tüm kalemlere yönelik verilerin %100 doğrulukla edinilmesi mümkün olmamıştır.

Dolayısıyla bazı kısıtlılıklar çerçevesinde, yer yer uzman görüşü ve ortalama değerler üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Birinci dağıtım sonrasında, erişkin yoğun bakım ünitesinin toplam maliyeti 2.787.142,17 TL olarak hesaplanmıştır. Bu tutarın %44,69'unu direkt işçilik giderinin, %43,31'ni ise direkt ilk madde malzeme giderinin oluşturduğu ve kalan %12'lik oranı ise genel üretim giderlerinin oluşturduğu hesaplanmıştır. Sağlık işletmelerinde yüksek sayıda uzmanlık alanının bir arada çalışıyor olması, işçilik giderlerinin genellikle en yüksek orana sahip olmasına sebep olmaktadır. Sağlık hizmetleri üzerine yapılan birim maliyetleme çalışmaları incelendiği zaman, direkt işçilik giderinin, işletme maliyetleri arasında genellikle en yüksek paya sahip olduğu görülmektedir. 1996 yılında Kanada menşeli bir çalışmada, erişkin yoğun bakım maliyetlerinin %63.8 oranında insan kaynağından, %11.7 oranında medikal sarf malzemelerden ve %7.4 ilaç harcamalarından oluştuğu ifade edilmiştir (Noseworthy et al. 1996). 2010 yılında Ankara Üniversitesi Hastaneleri'nde gerçekleştirilmiş bir çalışmada, direkt personel giderlerinin toplam giderler içerisinde %50'den fazla paya sahip olduğu tespit edilmiştir (Esatoğlu ve diğerleri 2010). Aynı şekilde 2017 yılında bir hastanenin fizik tedavi ve rehabilitasyon biriminde yapılan bir çalışmada direkt işçilik giderinin %85,3'lük bir paya sahip olduğu tespit edilmiştir (Akpınar, Karabay 2017).

Yoğun bakım ünitelerinde tedavi süresince birçok tıbbi sarf malzemesinin kullanıyor olması, direkt ilk madde malzeme giderinin, yoğun bakımlarda diğer hizmet üretim alanlarına göre daha yüksek bir paya sahip olmasına sebep olmaktadır. Ayrıca hemofiltrasyon hizmetleri de ciddi bir maliyet yaratmaktadır. Dolayısıyla, etkin bir maliyet kontrolü için, akılcı madde-malzeme kullanımının tahsis edilmesi önemlidir. Bu durum yardımcı hizmet gider yeri olan laboratuvar da göze çarpmaktadır. Direkt madde malzeme giderinin laboratuvar biriminde %21,9'lük bir paya sahip olduğu görülmüştür. Bu oran görüntüleme birimlerinde %13,4'dür. Çalışma kapsamında son gider yeri olan, genel yönetim gider yerinde ise, maliyetlerin %81'i direkt işçilik giderinden oluşmaktadır.

İkinci dağıtım gerçekleştirildiğinde, genel yönetim giderlerinden en yüksek payı erişkin yoğun bakımın almış olduğu görülmektedir. Genel yönetim giderlerinin %8'inin erişkin yoğun bakımdan dolayı ortaya çıktığı görülmektedir. Bu durumun sebebi, yoğun bakımla ilişkili olan personel sayısının diğer birimlere göre daha fazla olmasıdır.

Yardımcı hizmet gider yerlerinde toplanan maliyetin, esas üretim gider merkezine dağıtılması sonrası, en yüksek payın laboratuvar biriminden alındığı görülmektedir. Laboratuvar giderlerinin %29,53'ünün, görüntüleme giderlerinin ise %9,55'inin erişkin yoğun bakım kaynaklı olduğu tespit edilmiştir. Yoğun bakım süresince, hastalardan sık sık numune alınması, laboratuvar tetkik sayısı içerisinde erişkin yoğun bakımın büyük bir yer kaplamasına sebep olmaktadır. Son dağıtımda gerçekleşmesi ile esas üretim gider yeri olarak belirlenen, erişkin yoğun bakımda biriken toplam maliyetin, 3.062.678,43 TL olduğu görülmüştür. Tüm dağıtımlar sonunda erişkin yoğun bakım maliyetlerinin %40,67 oranında direkt işçilik giderinden, %39,43 oranında direkt ilk madde malzeme giderinden, %5,69 oranında laboratuvar ve %1,31 oranında ise görüntüleme giderlerinden oluştuğu tespit edilmiştir. Kalan oran ise dışarıdan sağlayan fayda ve hizmetlerden oluşmaktadır.

Yoğun bakım hizmetlerine ödemeler SGK'ca SUT EK-2C'ye göre, hasta basamakları göz önüne alınarak, yatış günü başına yapılmaktadır. Hemodiyaliz hizmetleri de Ek-2C listesinde yer alan işlem puanları üzerinden faturalandırılabilir. Ayrıca hastanın yatış günü ve vefat ettiği veya yoğun bakımdan çıkarıldığı günler paket olarak, hizmet başına faturalandırılmaktadır. Dolayısıyla çalışmada, her bir basamaktaki yatış günü hesaplanmış, basamaklara göre gün başı ve hizmet başı oranları belirlenmiş, hemodiyaliz hizmet sayıları

ve ödeme tutarları tespit edilerek, maliyetler ile kıyaslaması yapılmıştır. Mevcut durumda yapılan ödemelerin, hastane maliyetlerini karşılıyor olduğu görülmüştür.

Hastanelerde maliyet analizleri yapılırken, poliklinik birimlerinin yanı sıra, diğer üretim alanlarının da ayrı ayrı analiz edilmesi gerekmektedir. Bu çalışma ile amaçlanan, hastanelerin farklı birimlerinin de maliyet analizi açısından değerlendirilmesi gerektiğinin önemini ortaya koymak bunun yanı sıra hayati öneme sahip yoğun bakım ünitelerindeki maliyet yapısını değerlendirmek olmuştur. Yoğun bakımlarda insan kaynağının yanı sıra, kullanılan sarf malzemeler de büyük bir öneme sahiptir. Malzeme israfı, yanlış istekler veya yanlış uygulamalar, maliyetleri yükseltmesinin yanı sıra, hastalara da zarar vermektedir. Dolayısıyla bu üretim alanlarındaki maliyet yapısı doğru bir şekilde ortaya konduktan sonra, yalın anlayışlar ve hasta güvenliği çerçevesinde gerekli önlemlerin alınması oldukça önemlidir.

Yoğun bakımlar ile ilgili maliyetlerin belirlenmesi oldukça zorlu bir süreçtir. Doğrudan ve dolaylı birçok faktörün etkisinde olan yoğun bakımların maliyet analizleri, işletme yöneticileri için karar verme aşamasında oldukça kolaylaştırıcı veriler sunmaktadır. Yoğun bakımlar için yapılan ödemeler, SUT tarifesi ile belirlendiği ve ek ödeme alınmadığı için, maliyet kontrolünün önemi daha da artmaktadır.

Bu çalışmanın yoğun bakım maliyetleme sürecine yönelik göz önüne alınması gereken bileşenler ve görünür maliyetler sunduğu düşünülmektedir. Çalışmanın verileri daha ileri araştırmalar için bir çıkış noktası ve kıyaslama olanağı sunmaktadır. Yoğun bakımlara yönelik maliyet analizlerinin yapılabilmesi için, verilerin daha sistemli tutulması, analizlerin daha yoğun bir şekilde gerçekleştirilmesi ve yalın iyileştirme yöntemleri ile birlikte değerlendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ağırbaş İ. (2014) **Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim ve Maliyet Analizi**. Siyasal Kitapevi, Ankara.
2. Akdoğan N. (2015) **Tekdüzen Muhasebe Sisteminde Maliyet Muhasebesi Uygulamaları**. Gazi Kitapevi, Ankara.
3. Akpınar S. ve Karabay D. (2017) Sağlık Kurumlarında Birim Maliyet Hesaplama: Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Poliklinik Uygulaması. **İşletme Bilimi Dergisi** 5(2): 199-215.
4. Chassin M. R. (1982) Costs and Outcomes of Medical Intensive Care. **Medical Care** 20(2): 165-179.
5. Esatoğlu A. E., Ağırbaş İ., Payziner P. D., Akbulut Y., Göktaş B., Özatkan Y., Uğurluoğlu E., Yıldırım T., Törüner M., Gök H., Atasoy K. Ç., Çakır S. Ü. ve Ökten İ. (2010) Ankara Tıp Fakültesi Hastaneleri'nde Maliyet Analizi. **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası** 63(1): 17-27.
6. Horngern C. T., Datar S. M. and Rajan M. V. (2012) **Cost Accounting A Managerial Emphasis**. Prentice Hall, New Jersey.
7. Kaptanoğlu A. (2013) **Sağlık İşletmelerinde Maliyet Depo Stok ve Envanter Yönetimi**. Beşir Kitapevi, İstanbul.

8. Navarro R. P. and Cahill J. A. (2009) **Managed Care Pharmacy Practice**. Jones and Barlett Publishers, New York.
9. NHS (2014) **Understanding the new NHS**. National Health Services, London.
10. Noseworthy T. W., Konopad E., Shustack A., Johnston R. and Grace M. P. E. (1996) Cost Accounting of Adult Intensive Care: Methods and Human and Capital Inputs. **Critical Care Medicine** 24: 1168-1172.
11. Özcan Y. (2013) **Sağlık Kurumları Yönetiminde Sayısal Yöntemler** (Kavuncubaşı Ş. ve Yıldırım S. Çev.) Siyasal Kitapevi, Ankara.
12. Özgülbaş N. (2014) **Sağlık Sektöründe Hizmet ve Hastalık Maliyet Analizi**. Siyasal Kitapevi, Ankara.
13. Walther L. M. and Skousen C. J. (2009) **Managerial and Cost Accounting**. <http://library.ku.ac.ke/wpcontent/downloads/2011/08/Bookboon/Accounting/managerial-and-cost-accounting.pdf>, Erişim Tarihi:12.07.2018.
14. Wanderberck E. J. (2010) **Principles of Cost Accounting**. South-Western CENGAGE Learning, USA.
15. Young D. W. (2014) **Management Accounting in Health Care Organizations**. Jossey-Bass, San Francisco.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

**MEDİKAL TURİZM ALANINDA FAALİYET GÖSTEREN
HASTANELERDEKİ MEVCUT SORUNLAR VE ÇÖZÜM
ÖNERİLERİ**

Semra ALTSOY *
İlknur TAŞTAN BOZ **


ÖZ

Bu çalışma, sağlık turizminin bir türü olan medikal turizm hizmetinde bulunan hastanelerde sorunları doğru belirlemek ve çözüm önerileri üretebilmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini turizm açısından en çok tercih edilen yerlerden biri olan Antalya ilinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma nitel araştırma yöntemine dayalı olarak görüşme tekniğiyle yapılmıştır. Araştırma kapsamında Antalya'da toplam 14 hastane yetkilisi ile görüşülmüştür. Bu çalışma kapsamında hastanelerin halkla ilişkiler ve pazarlama çalışmalarında yüksek maliyetler, yasal engeller ve rekabet nedeniyle sorunlar yaşadığı tespit edilmiş ve devlet desteğinin olması, yasal düzenlemeler yapılması gibi çözümler önerilmiştir. Hastanelerin insan kaynakları çalışmalarında personelle ilgili sorunlar tespit edilmiş ve personele eğitim verilmesi önerilmiştir. Hasta hakları ve etik açısından hastadan kaynaklı ve hastaneden kaynaklı sorunlar tespit edilmiş ve devlet bazlı çözümler önerilmiştir. Hastanelerin altyapısında hastaneden kaynaklı sorunlar tespit edilmiş ve yatırım amaçlı yeni bölümler açılması önerilmiştir. Hastanelerin finansal teşvikler konusunda devlet kuruluşları bazlı sorunlar tespit edilmiş ve devlet bazlı iyileştirmeler yapılması önerilmiştir. Sağlık turistlerinin hastane, hasta ve Türkiye kaynaklı sorunlar yaşadığı tespit edilmiş, hastane ve devlet bazlı çözümler önerilmiştir. Sağlık turizmi birimi sorumlularının hastadan kaynaklı ve personelden kaynaklı sorunlarla karşılaştığı tespit edilmiş ve hastane bazlı çözümler önerilmiştir. Tespit edilen sorunlar ve çözüm önerileri yalnızca örneklem dahilindeki hastanelerde geçerlidir. Bulgular kısmen benzer durumlara aktarılabilir de daha geniş örneklemlerde ve farklı bölgelerde yeni çalışmalar yapılmalıdır.


Anahtar Kelimeler: Medikal Turizm, Medikal Turizm Sorunları, Hastaneler

MAKALE HAKKINDA

* Yüksek Lisans Mezunu, Trakya Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, semraksoy@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-8404-6086>

** Dr. Öğr. Üyesi, Trakya Üniversitesi, İİBF, İşletme Bölümü, ilknurtastan79@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0002-3214-9403>

Gönderim Tarihi: 11.09.2018

Kabul Tarihi: 04.12.2018

Atıfta Bulunmak İçin:

Altsoy, S., Taştan Boz, İ. (2019). Medikal Turizm Alanında Faaliyet Gösteren Hastanelerdeki Mevcut Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 113-134.

AVAILABLE PROBLEMS IN HOSPITALS OPERATING IN THE FIELD OF MEDICAL TOURISM AND SUGGESTED SOLUTIONS

Semra ALTSOY *
İlknur TAŞTAN BOZ **


ABSTRACT

This study was carried out in order to determine the problems and to be able to produce solution suggestions in the hospitals in medical tourism service which is a subdivision of health tourism. The sample of the research was carried out in Antalya province, which is one of the most preferred places for tourism. The research was conducted by interview technique based on qualitative research method. In the scope of the research; a total of 14 hospital officials were interviewed in Antalya. In the scope of the research; in public relations and marketing studies high costs, legal obstacles and competition have been identified as having problems in the hospital, and government support, legal arrangements have been proposed. In the human resources work of the hospitals, problems related to the personnel have been identified and the training of the personnel has been suggested. In terms of patient rights and ethics, patient-related and hospital-related problems have been identified and state-based solutions have been proposed. Hospital-originated problems have been identified in the infrastructure of the hospitals and it has been proposed to open new sections for investment purposes. In financial incentives government-based problems have been identified for of hospitals and state-based improvements have been proposed. Health tourists experienced hospital, patient and Turkey-based, has been identified the problems hospitals and state-based solutions have been proposed. It has been determined that the responsibilities of the health tourism unit are confronted with problems originating from the patient and the personnel and hospital-based solutions are proposed. The problems identified and the solution recommendation are only valid for the hospitals included in the sample. Although the findings can be partially transferred to similar situations, new studies should be carried out in larger samples and in different regions.

Keywords: Medical Tourism, The Problems of Medical Tourism, Hospitals

ARTICLE INFO

* Trakya University, semraksoy@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-8404-6086>

** Trakya University, ilknurtastan79@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0002-3214-9403>

Received: 11.09.2018

Accepted: 04.12.2018

Cite This Paper:

Altsoy, S., Taştan Boz, İ. (2019). Medikal Turizm Alanında Faaliyet Gösteren Hastanelerdeki Mevcut Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 113-134.

I. GİRİŞ

Dünyada turizm sektörünün gelişmesiyle beraber insanların seyahat etme sebepleri de farklılaşmış, bunun sonucunda farklı turizm türleri meydana gelmiştir. Sağlık turizmi de ortaya çıkan turizm türlerinden biridir. Kişilerin sağlık durumlarını korumak veya geliştirmek amacıyla yaşadıkları yerler dışına seyahat etmek suretiyle gerçekleştirdikleri bir olay sağlık turizmi olarak adlandırılır (Tengilimoğlu 2013). Sağlık turizmi kapsamında medikal turistlerin bir bölgede tedavi olmak, operasyon geçirmek ve aynı zamanda tatil gibi bir amaçları yoksa yalnızca hasta olarak adlandırılırlar (İçöz 2009).

Kişiler hastalandıkları zaman sağlık turizmini farklı nedenlerle tercih ederler. İngiltere'deki hastalar aynı sağlık hizmetini daha uygun fiyata aldıkları için; Kanada'daki hastalar kendi ülkelerindeki uzun bekleme sürelerinden dolayı; Bangladeş'teki hastalar kendi ülkelerinde gerekli sağlık hizmetini bulamadıklarından sağlık turizmi faaliyetini gerçekleştirmektedir. Bazı hastalar ise tatil ve tedaviyi birleştirmek amacıyla sağlık turizmi faaliyetini seçmektedirler (Gülen, Demirci 2012).

Sağlık turizmi medikal (tıp) turizm, termal-SPA turizmi, wellness turizmi, geriatri turizmi ve engelli turizmi olmak üzere 5 gruba ayrılır. Medikal turizm ile ilgili Yiğit (2016) tarafından yapılan araştırma sonuçlarına göre Türkiye'de kamu sektöründe medikal turizmin gelişimine etki eden temel faktörler, imaj problemi, tanıtım eksikliği, sağlık politika ve düzenlemeleri, kapasite problemleri, uzman/işgücü eksikliği, dil ve iletişim problemleri, turistik tesis azlığı ve hastane alt yapı problemleri olarak tespit edilmiştir. Yiğit (2016) çalışmasında, sağlık turizminde önemli faktörler olarak gördüğümüz halkla ilişkiler ve pazarlama, hastanelerde altyapı, insan kaynakları gibi konularda sorunlar yaşandığını vurgulamıştır.

Bu grupta içerisinde yer alan medikal turizm sağlık turizmi içerisinde gün geçtikçe büyümektedir. Literatür incelendiğinde bu alanda hizmet veren ülkeler ve hastaneler arasında bir yer edinme arayışı görülmektedir. Bu arayışa çözüm olarak medikal turizm alanında hizmet veren hastanelerin karşılaştığı sorunları tespit etmek ve sorunların nasıl çözülebileceğini anlamak önem arz etmektedir. Bu öneminden yola çıkarak çalışmada öncelikle medikal turizm incelendikten sonra araştırmaya ilişkin detaylar ve bulgular belirtilmektedir. Çalışmanın en sonunda ise tartışma, sonuç ve öneriler ile çalışma sonlanmaktadır.

II. LİTERATÜR

Medikal turizm, birtakım uzmanlık gerektiren tıbbi müdahalelere ihtiyaç duyulduğunda tedavi olmak ya da olası hastalıklardan korunmak amacıyla seyahat etmek şeklinde adlandırılabilir. Tıptaki ilerlemeler ve teknolojiye gelişmelerle birlikte medikal turizme olan talepte artışlar meydana gelmektedir. Çünkü gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık hizmet fiyatları genellikle yüksek olmaktadır. Nüfusun yaşlanması ile birlikte sağlık hizmetine olan talep artmakta ve bunun sonucunda sağlık harcamaları artmaktadır. Sağlık hizmet maliyetlerini karşılamakta zorlanan ülkeler, aynı tedaviyi daha ucuza sağlayan ülkelerle anlaşmalar yaparak sağlık turizmi faaliyetini teşvik etmektedir. Bu turizm çeşidinde ayrıca hasta tatil deyken sağlık hizmeti alabilmektedir (Daştan 2014).

İlk başlarda, zengin Avrupalılar ve Asyalılar tarafından sınırlar ötesine geçen ve bakım için uğraşanlar tarafından popüler olan medikal turizm faaliyeti yüzlerce yıldır yapılmaktadır. Bugün medikal turistler dünya genelinde ABD, İngiltere ve Kanada'dan gelmektedir. Sağlık hizmeti ihtiyacı için seyahat etmenin çeşitli nedenleri vardır. Düşük maliyete, yüksek kaliteye erişim ve beklemek zorunda kalmadan özel bakım almak en

önemli nedenler arasındadır. Medikal turizmin bir nedeni de uzun bekleme süreleridir. Kanada’da sağlık sigortasına sahip biri, sağlık hizmetine ulaşmak için uzun süre bekleyebilir. Kanadalılar genel pratisyenlerinden bir başvuru aldıktan sonra ortalama 18.2 hafta ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Yapılan bir çalışmaya göre 52.000 Kanadalının medikal turizm faaliyetini gerçekleştirmiştir. Dünya çapında tıbbi turizm pazarı 55 milyar \$ değerinde olduğu tahmin edilmekte ve yılda %20 büyümeye devam etmesi beklenmektedir. Yıllık tıbbi turist sayısı 11 milyonu aşmaktadır ve 2014 yılında 1.2 milyon Amerikalı tıbbi bakım için yurtdışına seyahat etmiştir (Sandberg 2017).

Medikal turizm destinasyonlarının küresel haritası çıkarılmak istendiğinde Orta Asya ve Güney Afrika, Orta ve Güney Amerika, Dubai, Asya, Brezilya, Meksika, Küba, Hindistan, Tayland, Singapur ve Malezya görülebilir. Bazı medikal turizm destinasyonları kendilerini sağlık şehri olarak belirlemiştir. Örneğin, 2001’den itibaren Singapur biyoteknolojik ve biyomedikal bir merkez olarak gösterilir. Benzer şekilde, Dubai de son on yılda Dubai Sağlık Bakım Şehri (DHCC) olarak ortaya çıkmıştır (Bhaidkar, Goswami 2017).

Yapılan bir çalışmaya göre insanların yurtdışında sağlık hizmeti talebi dört gruba ayrılabilir. İlk grup refah (sağlıklı yaşam) ve koruyucu hizmet talebinde bulunanlar ya da SPA ve masaj gibi hizmet talebinde bulunan kişiler; ikinci grup ise plastik cerrahi hizmet talebinde bulunanlar ya da antiaging tedavisi alan güzellik grubudur; Üçüncü grup yurt dışında hastalıklar için tedavi arayan tıbbi turistler ve dördüncü grup anavatani terk etmeyi veya doğum için yurt dışına çıkmayı seçen analık grubudur (Pan, Moreira 2018).

Avrupa bağlamında bir medikal turist iki şekilde sınıflandırılabilir. Birincisi; Avrupalı vatandaşlık haklarını başka bir AB ülkesinde tıbbi cerrahi hizmetini almak ve ulusal alıcısının tedavi masraflarını tazmin etmek için kullanan vatandaşlardır. İkincisi; dış hekimi, kozmetik ve elektif cerrahiye erişmek için cepten ödeme yapan tüketiciler olarak kategorize edilebilen Avrupalı tıbbi turist grubudur (Lunt, Carrera 2010).

ABD gibi gelişmiş ülke vatandaşlarının son yıllarda Hindistan, Tayland, Meksika, Güney Afrika, Singapur, Macaristan, Türkiye ve Kosta Rika’ya sağlık hizmeti talebi için seyahat ettiği bilinmektedir. İngiltere, Hollanda, Belçika, Azerbaycan, Rusya, Bulgaristan, Romanya, Kosova ve Suriye’den de Türkiye’ye sağlık turisti gelmektedir. Türkiye’ye en çok sağlık turistlerinin; prostat, kısırlık tedavileri, göz tedavileri, tüp bebek ve diş için geldiği bilinmektedir. İnsanların sağlık hizmeti almak için yurt dışına gitme nedenleri; ülkelerinde alt yapı eksikliği, ülkelerinde verilen sağlık hizmeti fiyatlarının yüksekliği, ülkelerinde sağlık hizmeti talebinde uzun bekleme süreleriyle karşılaşmaları, kişilerin sigorta kapsamında olmaması veya ülkelerindeki sigortalı sayısının az olması şeklinde sıralanabilir (Çelik 2009).

Dünyada medikal turizmde faaliyet gösteren ülkeler şöyle sayılabilir: Barbados, Dominik Cumhuriyeti, Meksika, Kosta Rika, Panama, Kolombiya, Brezilya, Fransa, İspanya, Hırvatistan, Türkiye, İsrail, Hindistan, Tayland, Belçika, Almanya, Polonya, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Güney Kore, Tayvan, Filipinler, Malezya ve Singapur olduğu bilinmektedir (Sayın ve diğerleri 2017).

Dünyadaki en önemli medikal turizm bölgesi Asya kıtası olduğu varsayılır. Tayland, Singapur, Hindistan, Güney Kore ve Malezya gibi ülkelerle medikal turizm faaliyeti önemli boyutlara ulaşmıştır. Özellikle Tayland’da medikal turizm hareketleri 1970’lerde cinsiyet değişimi operasyonlarıyla başlamış ve daha sonra estetik cerrahi ile kendini göstermiştir. Hindistan medikal turizm alanında en önemli küresel merkez haline gelebilmek için teknolojisini yenilemiş, batılı tıbbi yöntemleri uyarlamış, düşük maliyetler ve hızlı bakım sağlayabilmesini reklamlar aracılığıyla ön plana çıkarmıştır (Güleç 2011). Malezya da en tanınmış uluslararası medikal turizm destinasyonları arasında yer almaktadır. 1998 yılında,

Asya Mali Krizi ortasında, Malezya ulusal hükümeti tarafından medikal turizm ekonomik gelişme için bir araç olarak belirlenmiştir (Klijs et al. 2016).

Medikal turizmin gerçekleşme nedenleri; daha kısa bekleme listeleri veya daha hızlı hizmet, yurt dışında mahremiyete önem verilmesi, yasal veya sosyal nedenler, maliyetler, riskler veya yasallık nedeniyle, bazıları ise basit olmayan tedavileri almak için, birçok işverenin çalışanlarını daha ucuz ve daha hızlı olduğu için sağlık hizmetlerini almak için yurt dışına yönlendirmesi, bazı hastaların dünyayı dolaşabilmeyi istemesi sıralanabilir (Maniam 2015). Japon şirketleri çalışanlarını Tayland'a veya Körfez ülkelerine tıbbi tedavi için gönderdikleri bilinmektedir (Hanefeld 2014). Ayrıca maliyet (genellikle sigorta eksikliği ile ilgili), doktor yetkinliği ve uzmanlığı, bakım kalitesi, tesis itibarı ve akreditasyon ve tedavi seçeneklerinin kullanılabilirliği, personel tutumları, personel-hasta oranı, etkili idari prosedürler ve en son teknoloji, yabancı doktorların eğitimi ve kimlik bilgileri, tıbbi güvenlik ve güven, tedavi seçeneklerinin mevcudiyeti, sigorta kapsamı, evden uzaklık, gidilecek ülke koşulları (ekonomik, politik, düzenleyici, suç ve güvenlik, estetik ve tatil yönleri) ve ortak dil ve ortak dini protokoller gibi kültürel boyutlar da eklenebilir. Ülkeler dış kaynak kullanımını hastalara, ulusal idareler, bakanlıklar veya üçüncü taraf mükellefler tarafından blok sözleşmeler ve devletten geri ödeme ile yurtdışında tedavi görmek için finanse etmektedir (Lunt et al. 2016).

Medikal turizmin popülerleşmesi, uygulamanın eşit sağlık hizmeti sunumu ve sistem gelişimi üzerindeki etkileri konusunda birçok kaygı yaratmıştır. Özel ödeme yapan uluslararası hastalara yönelik girişimlerin, tedaviye yönelik talebi (ve dolayısıyla maliyetleri) artırarak ve sağlık çalışanlarının kamu sektöründen özel sektöre kayması, yerel hastalara yönelik bakım hizmetlerine erişimi ve kaliteyi düşürdüğü düşünülmektedir (Johnston et al. 2015).

Medikal turizmin arz ve talebini etkileyen birçok faktör mevcuttur. En önemli faktör öncelikle tıbbi tedavi ihtiyacının oluşmasıdır. Daha sonra söz konusu ülkedeki hastanelerin bu sektördeki pazarlama dağıtım kanallarının etkinliği gelmekte ve sonrasında medikal turizmi yapacak kişinin hangi ülke (ekonomik, politik şartlar, uzaklık, direkt uçuşlar), hangi hastane (maliyet, akreditasyon, imaj, deneyim) ve hangi doktor (uzmanlık, tavsiye, ün) seçeceği sırasıyla etkilemektedir (Yiğit 2016). Medikal turizm endüstrisinde sigortalar, acenteler, medya ve kongreler, finansal ürünler, web siteleri, sağlayıcılar, seyahat ve konaklama hizmetleri önemlidir ve medikal turizm endüstrisiyle birlikte düşünülebilir (OECD, 2018).

Bir medikal turizm destinasyonu olarak bir ülkenin çekiciliğini sağlayan çeşitli faktörler vardır. Bunlar; ülke imajı, düşük yolsuzluk ve hukukun üstünlüğü de dahil olmak üzere siyasi ortam veya politik istikrar, dil benzerliği, hastanın dilinde akıcılık, hastane personeli ile geçmiş deneyimler, tesisin temizliği, hava koşulları, diğer hastalar tarafından yapılan yorumlar ve değerlendirmeler sayılabilir (Fetscherin, Stephano 2016).

Tablo 1'de medikal turistlerin bir medikal turizm destinasyonunu seçerken göz önünde bulundurduğu unsurlar önem derecelerine göre verilmiştir.

Tablo 1. Medikal Turistlerin Önem Derecesine Göre Değerlendirdikleri Belirleyiciler (%)

Belirleyiciler	Hiç Önemli Değil	Önemli Değil	Kararsız	Önemli	Çok Önemli
Hekim kalitesi	0,00	2,80	0,93	28,04	68,22
Diğer hastaların değerlendirmeleri	0,00	0,96	6,73	50,00	42,31
Çalışanların dil yeterliliği	0,93	1,85	8,33	57,41	31,48
Sağlık işletmesinin konaklama standartları	0,00	1,87	14,95	61,68	21,50
Düşük maliyet	0,92	52,75	14,68	52,29	29,36
Yaşanılan yere uzaklık	1,82	3,64	16,36	52,73	25,45
Sağlık işletmesinin akreditasyonu	0,00	1,87	22,43	39,25	36,45
Sağlık işletmesinin tedavi sonuç verileri	0,99	4,95	20,79	47,52	25,74
Rehberlik hizmetleri	0,95	5,71	21,90	55,24	16,19
Ameliyat sonrası enfeksiyon oranları	1,94	10,68	16,50	50,49	20,39
Tedavi öncesi ve sonrası hizmetleri	0,94	3,77	26,42	44,34	24,53
Yazılı bir garanti	0,94	9,43	40,57	34,91	14,15

Kaynak: Yalçın 2013

Tablo 1’den anlaşılacağı üzere sağlık turistlerinin turizm destinasyonlarını seçmede en çok önem verdiği unsur hekim kalitesidir. Diğer hastaların yorumları en çok etkileyen ikinci önemli unsurken hastane tarafından hastaya yazılı bir garanti verilmesi en son göz önünde bulundukları unsurdur.

Medikal turizm işlem fiyatları en yüksek olduğu ülke ABD’dir ve ABD’de en pahalı işlemin de kalp kapakçığı değişimi olduğu söylenebilir. Hindistan’da tüm medikal işlemler genel olarak diğer ülkelere göre daha uygundur. Ayrıca Malezya ve Polonya’nın da işlem fiyatları açısından uygun ülkeler arasında olduğu da söylenebilir (OECD, 2018).

Medikal turistlerin algıladığı fiziksel riskler, finansal riskler, psikolojik riskler ve seyahatteki sağlık risklerine yol açabilecek doğal afet, terörizm ve politik istikrarsızlık gibi pek çok neden olabilir. Hedefle bağlantılı güvenlik gezginler arasında önemli bir sorun teşkil etmektedir. Turistlerin karar verme sürecinde, risk algılaması, hedef seçiminde karar verme sürecini revize edebildiği için büyük öneme sahiptir. Düşük maliyetli medikal turizm hizmetleri ile ilgili en büyük riskler, düşük kaliteli sağlık hizmetleridir. ABD’de, 1998 Hastalık Kontrol Merkezi (CDC), ABD’den dokuz hastanın Venezuela’da mikobakteriyel enfeksiyonlara maruz kalan liposuction uyguladığını bildirmiştir. 2004 yılında ABD’den 12 kadın, Dominik Cumhuriyeti’nde kozmetik cerrahi sırasında tüberküloz olmayan mikobakteriyel enfeksiyonların enfeksiyonu ile karşı karşıya kalmıştır. Bangkok’taki Bumrungrad Hastanesi, Amerika’dan gelen 23 yaşındaki çocuğun ölümüyle ilgili bir dava ve ceza soruşturmasıyla karşı karşıya bulunmaktadır (Khan et al. 2016).

Medikal turistlerin karşılaşılabileceği risklerden biri de yara ve kan yoluyla bulaşan enfeksiyonlardır. Medikal turist işleme bağlı enfeksiyonlar için risk altındadır. Patojenler veya direnç belirleyicileri bakım sırasında ya da eve döndükten sonra yayılabilir. Yurt dışında sağlık hizmetleri sonuçları erken ya da geç görülebilir. Her ne kadar sağlık hizmeti almak için seyahat eden bireylere bu riski taşıyor gibi görünse de, seyahat sırasında bakım gerektiren yolcular için (istenmeyen tıbbi turistler) ve yurtdışında prosedürlere tabi tutulan arkadaş ve yakınlarını ziyaret eden kişiler (tesadüfi tıbbi turist) için de benzer riskler bulunmaktadır (Grant 2015). Herhangi bir cerrahi anestezi komplikasyonları, kontrolsüz kanama, enfeksiyon, kan pıhtıları, gecikmiş iyileşme ve daha fazlası gibi potansiyel riskler taşır. Bununla birlikte, tıbbi turizm yoluyla yapılan ameliyatlara, ameliyattan sonra uzun

sürekli uçuşların alınması, yurtdışında tıbbi uygulamalara maruz kalma, takip bakımının zorlaştırılması ve bulaşıcı hastalık bulaşma tehlikesi de sayılabilir (Jun, Mi Oh 2015).

Tartışılan en yaygın güvensizliklerden biri, yurtdışındaki kliniklerde mevcut olan farmakolojiklerin kalitesi ve güvenilirliği konusudur. Hastalara verilen ilaçların saygın bir üreticiden olduğunu bilmenin hiçbir yolu yoktur (Crooks et al. 2015).

Bakım ve bakımın takibi kalitesine ek olarak, birçok hasta malpraktis hakkında endişeli; belki de bu konuda aşırı endişeli olan hastalar ABD vatandaşlarıdır. Hastalar bir şeyler ters gittiğinde başvuracakları bir yer olmasını isterler. Birçok hasta böyle bir seçeneğin olmadığı yerlerde bakım alma konusunda endişe duymaktadır. Başlıca tıp turizmi destinasyonlarındaki (örnek olarak Tayland) hekimlerin bir tür uygulama hatası sigortasını taşıması ve mahkemeye getirilmeleri ve suçlu bulunmaları durumunda tıbbi lisanslarını kaybetmeleri gerekmektedir (Burns 2015).

Türkiye'ye hasta gönderen ülkeler aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir:

- Bünyesinde büyük bir Türk nüfusu barındıran ülkeler (Almanya, Hollanda, Belçika vb.),
- Altyapı ve hekim yetersizliği nedeniyle gelişmekte olan ülkeler (Balkan ülkeleri, Orta Asya'daki Türki Cumhuriyetler),
- Sağlık hizmetlerinin pahalı olduğu ve sigortaların kapsamadığı hizmetleri talep eden hastaların bulunduğu ülkeler (Amerika, Almanya),
- Uzun bekleme sırası olan ülkeler (İngiltere, Hollanda ve Kanada) olarak sıralanabilir (Akdu 2009).

Yukarıda ifade edilen durumlara ve araştırmalara daha geniş açıdan bakıldığında sağlık turizminin bir alt dalı olan medikal turizmin etkinliğini etkileyecek çeşitli unsurlar göze çarpmaktadır. Medikal turizm hizmeti veren hastaneler bir kısmı hastaneye ilişkin çalışmalar, bir kısmı gelen sağlık turistleri ile ilgili sebepler ve bir kısmı ülkeler ile ilgili yasalar ve prosedürler nedeniyle olmak üzere üzerinde durmaları gereken çeşitli unsurlar göze çarpmaktadır. Devam eden kısımda medikal turizm ile ilgili hastanelerdeki sorunları ve çözüm önerileri tespit etmek amacıyla yapılan araştırmanın detayları yer almaktadır.

III. METODOLOJİ

Metodoloji başlığı altında öncelikle araştırmanın amacı ve önemine değinilmiştir. Daha sonra araştırmanın yönteminden bahsedilmiş ve sırasıyla araştırmanın evreni, örnekleme ve zamanlaması hakkında bilgi verilmiş, verilerin analizi yöntemi açıklanmış ve son olarak araştırmanın etik yönü ve inandırıcılığı hakkında bilgi verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Medikal turizm ülkelerin ekonomilerine büyük katkısı olan bir pazar haline gelmiştir. Türkiye de yaptığı başarılı operasyonlarla adını duyurmuş, tercih edilen ülkeler arasında girmiş fakat bu pazardan hak ettiği payı alamamıştır.

Türkiye'nin de sağlık turizmi pazarından payını alabilmesi sağlık turizmi alanındaki mevcut sorunlarını belirleyip bu sorunlara çözüm geliştirmesine bağlı olduğu kabul edilebilir. Bu amaçla Türkiye'nin en çok turist ağırlayan ili Antalya merkezde 3 kamu hastanesi ve 8 özel hastane, Antalya'nın Kemer ilçesinde 1 özel hastane ve Antalya'nın Manavgat ilçesinde 2 özel hastane olmak üzere toplam 14 hastanede sağlık turizmi

konusunda yetkili olan kişilerle görüşülüp sağlık turizminin bir çeşidi olan medikal turizm konusunda karşılaşılan sorunlar ve çözüm önerileri üzerine görüşülmüştür.

Yapılan çalışma sonucunda medikal turizmde karşılaşılan sorunlar tespit edilmiş ve yetkili kişilerin çözüm önerileri saptanmıştır. Bu konuda akademik çalışma olmaması ve Türkiye'deki sağlık hizmeti sunucularının medikal turizm konusunda yaşadığı sorunları farklı bakış açılarıyla görüp ve bu sorunlara çözüm olacak önerilerin gerçekleştirilmesi halinde Türkiye'nin sağlık turizmi pazarında istediği payı alacağı ve dünyada en çok tercih edilen ülkeler arasına gireceğinin düşünülmesi açısından önemlidir.

3.2. Araştırmanın Yöntemi

Nitel araştırmalarda nitel kelimesi; nicelik, kapsam, yoğunluk ya da frekans kavramlarıyla kesin olarak sınıp, ölçülemeyen süreçleri ya da anlamları vurgular. İnsanları esnek bir anlayışla inceleme fırsatı sağlayan nitel araştırma yöntemi, sosyal ya da beşeri bir problemi bireylerin veya grupların attığı anlamları keşfetme ve anlama amacı taşır (Yılmaz 2016). Bu çalışmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır.

Durum çalışması; durumdan en mükemmel şekilde ne anlaşıldığının çalışılması, gerçekte ortamda neler olduğuna bakma, sistematik bir biçimde verileri toplama, analiz etme ve sonuçları ortaya koyma, olayın niçin o şekilde olduğunun ve gelecek araştırmalar için yol gösterici olma özelliğine sahiptir (Aytaçlı 2012). Bu çalışmada nitel çalışma desenlerinden durum çalışması kullanılmıştır.

Araştırmacı kendini tanıtmış, çalışma konusu olan "Medikal Turizm Alanında Faaliyet Gösteren Hastanelerdeki Mevcut Sorunlar ve Çözüm Önerileri" adlı konunun yapılma amacına değinmiş, görüşme sorularında geçen kavramların anlamını açıklamış ve son olarak katılımcıya aşağıdaki bilgileri vererek görüşmeyi başlatmıştır:

- Bana görüşme esnasında söyleyeceklerinizin tümü gizlidir. Bu bilgileri araştırmacıların dışında herhangi bir kimsenin görmesi mümkün değildir. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken görüştüğümüz bireylerin isimleri kesinlikle rapora yansımayacaktır.
- Başlamadan önce bu söylediklerimle ilgili belirtmek istediğiniz bir düşünce ya da sormak istediğiniz bir soru var mı?
- İzin verirseniz görüşmeyi kaydetmek istiyorum. Bunun sizce bir sakıncası var mı?
- Görüşmenin yaklaşık 30 dakika süreceğini tahmin ediyorum. İzin verirseniz görüşmeye başlamak istiyorum.

Yarı yapılandırılmış görüşme, katılımcılara hem sabit seçenekli yanıt vermeyi hem de ilgili alanda derinlemesine incelemeyi sunar. Bundan dolayı, bu çeşit görüşme diğer iki yöntemin avantajlarını ve dezavantajlarını içinde barındırır. Analizlerde kolaylık, katılımcıya kendini ifade edebilme imkanı sunmak, derinlemesine bilgi sağlamak gibi avantajları ve bazen kontrolü kaybetmek, gereksiz konularda fazla zaman harcamak, katılımcılar belli standartlarda yaklaşılmadığından güvenilirliğin azalması gibi dezavantajları da vardır (Büyüköztürk ve diğerleri 2010). Araştırmada açık uçlu sorulardan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Sorular görüşme formu takip edilerek sorulmuştur.

3.3. Araştırmanın Evreni, Örnekleme ve Zamanlaması

Her araştırma bir evrene sahiptir. Bu evren gerçek olabildiği gibi kuramsal bir özelliğe de sahip olabilir. Verilerin kaynağı çoğunlukla evrenden meydana gelir. Evrenin büyüklüğü ya da küçüklüğüne karar verilirken araştırma konusu, araştırmanın amacı, genellemelerin neleri kapsayacağı göz önünde bulundurulur. Bir araştırmanın evreni sonuçların genellenebileceği, örneklemin içinden çekildiği alanın tümüdür. Dolayısıyla çalışma evreninden çıkarılan bulgular araştırma evrenine genellenebilir (Aziz 2015). Bu araştırmanın evreni Antalya ilidir. Maksimum çeşitlilik örnekleminin tam tersi olan homojen (benzeşik) örneklemede amaç, küçük ve homojen bir örneklem ele alarak belli alt grupları derinlemesine çalışmaktır (Koç, Başaran 2017). Araştırmaya konu olan katılımcıların belirlenmesi için amaçlı örnekleme yöntemlerinden homojen (benzeşik) örnekleme türü kullanılmıştır. Araştırma medikal turizm faaliyetinde bulunan Antalya merkezde 17 özel hastane ve 3 kamu hastanesi, Antalya'nın Manavgat ilçesinde 5 özel hastane ve Antalya'nın Kemer ilçesinde 2 özel hastane olmak üzere toplam 27 hastanenin yöneticisiyle görüşülmesine karar verilmiş fakat araştırmacı hastanelerle görüşmeye gittiğinde araştırma konusuyla ilgili doğru bilgiyi hastanelerin sağlık turizmiyle ilgili birimlerinden alacağını fark etmiş ve araştırma ancak ulaşılabilen 14 hastanenin sağlık turizmiyle ilgili birim yetkilisi veya birim personeliyle yapılmıştır. Bunun nedeni görüşmeye gidilen hastanelerin bir kısmının medikal turizm faaliyetinde bulunmaması, Kemer'de bir özel hastanenin tadilatla olması, Manavgat'ta bulunan özel hastanelerin 2'sinin görüşmeyi reddetmesi, bir özel hastanede de sağlık turizmi biriminde çalışan personelin Türkçeyi fazla anlamamasından dolayı araştırmacının görüşmeyi yarıda kesmesidir. Araştırma kapsamında Antalya merkezde 3 kamu hastanesi sağlık turizmi ile ilgili birim yetkilisi veya personeli, 8 özel hastane sağlık turizmi birim yetkilisi veya personeli, Kemer ilçesi 1 özel hastane sağlık turizmi birim yetkilisi veya personeli ve Manavgat ilçesi 2 özel hastane sağlık turizmi birim yetkilisi veya personeli olmak üzere toplam 14 katılımcı ile 20 Nisan - 4 Mayıs 2018 tarihleri arasında görüşülmüştür. Görüşmeler katılımcının odasında gerçekleştirilmiş, odaya başka personelin girmesi veya katılımcının telefon görüşmesi yapması ile kesintiye uğramıştır.

3.4. Verilerin Analizi

İçerik analizi tekniği, veriden onun içeriğine ilişkin tekrarlanabilir ve geçerli sonuçlar çıkarmak üzere kullanılır. Metinden çıkarılan geçerli yorumların bir dizi işlemde geçirilerek ortaya konulduğu, mesajın göndereni, mesajın kendisi ve mesajın alıcısı hakkındaki bir araştırma yöntemidir (Koçak, Arun 2006). Bu çalışmada nitel veri analizi yöntemlerinden içerik analizi kullanılmıştır.

Katılımcıların sorulara verdiği yanıtlar yorum eklenmeden aktarılmıştır. Katılımcıların mahremiyetine saygı duyularak 14 katılımcının baş harfiyle başlayan takma adlar verilerek bir liste oluşturulmuş ve verilerin analizinde bu isimler kullanılmıştır.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü ve İnanırcılığı

Araştırma Trakya Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'nun 18.04.2018 tarihli toplantısında alınan 04/03 numaralı kararı ile uygun görülmüştür. Ayrıca her katılımcıya katılımcı bilgilendirme formu okutularak imzalatılmıştır.

Bu çalışmada inanırcılığın sağlanması kriterlerinden çoğunlukla onaylanabilirlik kriteri sağlanmaya çalışılmıştır. Onaylanabilirlik bulguların araştırmacının inançları, arzuları ve önyargıları haricinde araştırılan fenomeni yansıtmaya bağlı olan bir ölçüttür. Yani bulguların bütünlüğünün toplanan veride yattığı düşünülen bir yaklaşımdır. Buna göre bazı tekniklerin kullanılması önerilmektedir: Çeşitleme, yansıtıcı düşünme ve denetim izi

tekniklerinin onaylanabilirlik ölçütünün karşılanmasını sağlayabileceği düşünülmektedir (Arastaman ve diğerleri 2018).

Bu çalışmada inandırıcılığın sağlanması açısından yapılanlar aşağıda sıralanmıştır:

- İnanırlığın sağlanması açısından araştırma kapsamında uzman incelemesi gerçekleştirilmiştir.
- Katılımcılarla olan görüşmelerde ses kayıt cihazı kullanılmıştır.
- Gerektiği durumlarda saha notları alınmıştır.
- Çalışma ile ilgili günlük tutulmuştur.
- Çalışmanın bulguları yazılırken önemli cümlelere yer verilmiş, bulgular temalara, kodlara ve kategorilere ayrılarak yazılmıştır.
- Kullanılan yöntem ve prosedürler açıklanmış, çalışmanın amacına ve hedefine değinilmiştir.
- Bulgular katılımcıların kendi ifadeleriyle yansıtılmıştır.
- Pilot uygulama Edirne’de özel bir hastanenin yöneticisi ile görüşme yapılarak gerçekleştirilmiştir. Pilot görüşme neticesinde görüşme sorularında bir takım değişiklikler yapılmış ve sorular yeniden gözden geçirilmiştir.
- Çalışma kapsamında görüşmelerde kullanılan sorular oluşturulurken uzman görüşüne başvurulmuştur. Uzman görüşü alınmasının sonucunda sorular yeniden gözden geçirilmiş ve düzeltme yoluna gidilmiştir.

IV. BULGULAR

Araştırmanın bulguları katılımcılara ve analiz sonuçlarına göre aşağıdaki gibidir.

Katılımcı Bilgileri

Katılımcıların %50’si kadın, %50’si erkek, eğitim durumları %57,14’ü lisans, %28,57’si tıp fakültesi, %7,14’ü lise ve %7,14’ü yüksek lisans mezunudur. Katılımcıların %14,28’si 10 yıl ve altı tecrübeye sahip, %85,71’i 11 yıl ve üstü tecrübeye sahiptir. Aşağıda Tablo 2’de katılımcı bilgileri verilmiştir.

Tablo 2: Katılımcıların Sahip Olduğu Özellikler

Temsili Katılımcı İsimleri	Mezuniyet Durumu	Mezun Olduğu Bölüm	Pozisyon	Tecrübe/Toplam Tecrübe (Yıl)
Batuhan Bey	Tıp Fakültesi	Acil Tıp Hekimi	Uluslar Arası Hasta Departmanı Koordinatörü	1/13
Şeyma Hanım	Yüksek Lisans	İktisat	Anlaşmalı Kurumlar Sorumlusu	3/15
Doruk Bey	Lisans	İngiliz Rus/İngiliz Dili ve Edebiyatı	Uluslar Arası İş Geliştirme Müd. Yard.	4,5/12
Yaman Bey	Tıp Fakültesi	Pratisyen Hekim	Başhekim Yardımcısı	10/20
Zeynep Hanım	Lisans	İktisat	Yabancı Sigortalar Sorumlusu	2 Ay/15
Ayşe Hanım	Lise	-	Uluslar Arası Hasta Bakım Koordinatörü	8/14
Harun Bey	Tıp Fakültesi	-	Genel Müdür	3,7/20
Gürkan Bey	Lisans	İşletme	Personel Müdürü	15/18
Kübra Hanım	Lisans	Hemşirelik	Baş Hemşire	13/13
Meltem Hanım	Lisans	Hemşirelik	Uluslar Arası Hasta Birimi Sorumlusu	8/18
Berk Bey	Lisans	İngiliz Dil Bilimi	Sağlık Turizmi Birimi Sorumlusu	4/18
Beyza Hanım	Lisans	Tercümanlık	Sigorta Uzmanlığı	11/17
Gökalep Bey	Tıp Fakültesi	Pratisyen Hekim	Başhekim Yardımcısı	8/10
Ceren Hanım	Lisans	İngiliz Dili ve Edebiyatı	Tercüman	4/4

Araştırmanın temaları

Araştırma bulguları 8 ana tema ve bu temalara ait alt temalar katılımcıların verdikleri cevaplar doğrultusunda kodlanarak belirlenmiştir. 8 ana tema; Halkla İlişkiler ve Pazarlama, İnsan Kaynakları, Hasta Hakları ve Etik, Hastanenin Altyapısı, Hastanelere Sağlık Turizmiyle İlgili Finansal Teşvikler, Sağlık Turistlerinin Türkiye’de Karşılaştığı Sorunlar ve Bu Sorunlara Çözüm Önerileri ve Sağlık Turizmi Birimi Sorumlularının Karşılaştıkları Sorunlar ve Bu Sorunlara Çözüm Önerileri gibi başlıklar belirlenmiştir. Bu temalara ilişkin bulgular sırasıyla aşağıdaki gibidir. Aşağıda temalarla ilgili tespit edilen bulgular yazılırken her tema ile ilgili katılımcıların kendi sözleri ile sorunların ifade edilmiş şekilleri ile ilgili birer örnek verilmiştir.

4.1. Halkla İlişkiler ve Pazarlamada Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Halkla ilişkiler ve pazarlama açısından karşılaşılan sorunlar katılımcıların verdikleri cevaplar benzerlik ve farklılıklarına göre alt temalara ayrılmıştır. Buna göre katılımcıların halkla ilişkiler ve pazarlamada maliyetler ve yasal engeller, rekabet ve diğer sorunlar tespit edilmiştir. *Maliyetler ve yasal engeller* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “reklam maliyetlerinin yüksek olması, tanıtımda, reklamlarda yasal engellerin bulunması” gibi sorunlardır. Örneğin katılımcılardan Doruk Bey “Bizim en büyük hatamız ülke olarak reklamlara koyulan bu yasaklar, kısıtlamalar, Antalya’ya 50 milyon civarında turist getiriyorsun ama getirdiğin turistin etinden sütünden faydalanamıyorsun” şeklinde açıklamıştır. *Rekabet* konusunu katılımcılardan Doruk Bey “Birlik içerisinde değiliz, fiyatlar konusunda bir karara varıyoruz iki gün sonra şu operasyonu daha aşağı yapayım mı diye teklifler geliyor, biri kabul etmiyor diğeri onun belirlediği fiyatın çok az üzerini belirliyor.

Ya boş ver o kıytırık hastane diye birbirimizi kötülüyoruz” şeklinde açıklamıştır. *Diğer* sorunlar içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “hastanenin yoğun olmasından dolayı sorunlarla ilgilenememe, beklentilerin karşılanamaması ve turistlerin ülkeye giriş yapmaması” gibi sorunlardır. Örneğin katılımcılardan Ayşe Hanım “Sorunlar demeyelim de beklentiler karşılanmamış olabiliyor. Fuara katılım oluyor ama oradan gelen verim az oluyor. Hani bir beklentinin karşılanmama durumu oluyor” şeklinde açıklamıştır.

Halkla ilişkiler ve pazarlamada karşılaşılan sorunlara çözüm önerileri katılımcıların verdikleri cevaplar benzerlik ve farklılıklarına göre alt temalara ayrılmıştır. Buna göre halkla ilişkiler ve pazarlamada devlet desteği, yasal düzenlemeler, bütçe ve diğer çözümler gibi çözüm önerileri tespit edilmiştir. *Devlet Desteği* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “bilgilendirici bir kurumun varlığı, ortak bir veri bankası, reklam çalışmalarının devlet tarafından yapılması, sağlık turistinin ülkeye girişinin maddi açıdan kolaylaştırılması” gibi çözüm önerileridir. Örneğin katılımcılardan Doruk Bey “Bilgilendirecek bir kurum, fiyatların kontrol altına alınması, devlet dünya çapında sağlık turizmde öncül ülkelerin araştırmasını yapmalı, bu ülkelerde şu hizmetler şu fiyata yapılıyor, hastaneleri ciddi anlamda yurtdışı masrafından kurtarmalı, yani bir ortak veri bankası oluşturulabilir” şeklinde açıklamıştır. *Yasal Düzenlemeler* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “tanıtımda yasal engellerin kaldırılması” gibi çözüm önerileridir. Örneğin katılımcılardan Batuhan Bey “Tabi reklam maliyetleri var bu konuda biliyorsunuz çok fazla sağlıkla ilgili konuda reklam yapamıyoruz. Bir maliyeti var iki sınırlamaları var onların kaldırılması lazım ki daha önemli planda reklam yapabilelim. Bence hukuki düzenlemeler yapılabilir bu konuda reklam düzenlemeleri” şeklinde açıklamıştır. *Bütçe* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “halkla ilişkiler ve pazarlama çalışmalarına bütçe ayrılmalı” gibi çözüm önerileridir. Örneğin katılımcılardan Zeynep Hanım “Her şey giderle alakalı yani hastanenin bütçesiyle yani bunun için iyi bir bütçe ayırmanız gerekiyor, çünkü insanların bu tarz reklamlara olan ilgileri büyük oluyor” şeklinde açıklamıştır. *Diğer* çözüm önerileri içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “Türkiye’ye duyulan güven eksikliği kaldırılmalı, tanıtımlar yurt dışında yapılmalı, dijital pazarlama doğru kullanılmalı” gibi çözüm önerileridir. Örneğin katılımcılardan Kübra Hanım “Yurtdışı tanıtımları yapılabilir. Tanıtımlar direk yurtdışında olabilir. Hasta buraya gelmeden” şeklinde açıklamıştır.

4.2. İnsan Kaynaklarında Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

İnsan kaynakları açısından karşılaşılan sorunlar katılımcıların verdikleri cevaplar benzerlik ve farklılıklarına göre alt temalara ayrılmıştır. Buna göre katılımcıların insan kaynaklarında personel eğitimi ile ilgili sorunlar, kalifiye personel bulma sorunu, yabancı dil sorunu ve diğer sorunlar tespit edilmiştir. *Personel eğitimi ile ilgili sorunlar* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “eğitilmiş personel bulmada sorun, pişmiş eleman bulma sorunu” gibi sorunlardır. Örneğin katılımcılardan Batuhan Bey “Bir de eğitilmiş personel bulamıyoruz. Yani bu işleri yapan personellerin üniversitede eğitimi yok, öyle bir bölüm yok” şeklinde açıklamıştır. *Kalifiye personel bulma sorunu* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “kalifiye eleman bulma sorunu ve Türkiye’deki eğitimin kalitesizleşmesi” gibi sorunlardır. Örneğin katılımcılardan Zeynep Hanım ve Gürkan Bey “Kalifiye eleman bulmak çok zor, dili bilen buluyorsunuz, işi bilen bulamıyorsunuz, işi bilen buluyorsunuz dil bilmiyor. Yani o anlamda her ikisini birden bilen bulmak zor” şeklinde açıklamışlardır. *Yabancı dil sorunu* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “yabancı dil bilen kişilerin az olması, bazı dilleri bilen personel bulmada sorunlar” gibi sorunlardır. Örneğin katılımcılardan Gürkan Bey “Yabancı dil bilen sağlık personeli bulamıyoruz, en zorlandığımız husus o” şeklinde açıklamıştır. *Diğer* sorunlar içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “sağlık turizmine gereken önemin verilmemesi, belli bir saatten sonra hastanelerde tercüman bulundurulmaması, kalifiye eleman bulma sorunu” gibi sorunlardır. Örneğin katılımcılardan Gökalp Bey “Akademiye gelenler istemiyor burası ilçe çünkü

Antalya merkez olsa akademisyenler gelebilir ilçe olduğu için hiçbir hastanede akademisyen yoktur” şeklinde açıklamıştır.

İnsan kaynaklarında karşılaşılan sorunlara çözüm önerileri katılımcıların cevaplarının benzerlik ve farklılıklarına göre alt temalara ayrılmıştır. Buna göre insan kaynaklarında karşılaşılan sorunlara personelin eğitimi, personelin sahip olması gereken özellikler ve diğer çözüm önerileri tespit edilmiştir. *Personelin eğitimi* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “hizmet içi eğitimler olmalı, yabancı dile ağırlık verilmeli, üniversitelerde sağlık turizmüne yönelik eleman yetiştirilmeli, personel tıbbi terminoloji bilgisine sahip olmalı, tıbbi İngilizce bilinmeli, eğitim sistemi gözden geçirilmeli, mevzuatta değişikliğe gidilmeli (kamuda), tüm personele yabancı dilde birincil ihtiyaçlar öğretilmeli” gibi çözüm önerileridir. Örneğin katılımcılardan Batuhan Bey “Hizmet içi eğitimler olmalı. Yani bu işleri yapan personellerin üniversitede eğitimi yok öyle bir bölüm yok. Onunla ilgili bölüm açılması iyi olur” şeklinde açıklamıştır. *Personelin sahip olması gereken özellikler* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “halkla ilişkiler bilinmeli, hasta ile iletişim yöntemleri bilinmeli, personel aynı zamanda iyi bir rehber olmalı” gibi çözüm önerileridir. Örneğin katılımcılardan Ayşe Hanım “Halkla ilişkileri çok iyi bilmeleri gerekiyor, hasta ile iletişimi, senin moralin bozuk olabilir ama bunu hastaya yansıtamazsın. Dolayısıyla hem hasta psikolojisi, hem halkla ilişkiler, hem de tıbbi anlamda öğrenmeleri çok daha kaliteli ve güzel olur” şeklinde açıklamıştır. *Diğer* çözüm önerileri içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “personel sayısı artırılmalı, yabancılara çalışma izni verilmeli, çalışma şartları iyileştirilmeli, işsiz kalmalarından dolayı sağlık turizmüne yönelik bölüm açılmamalı” gibi çözüm önerileridir. Örneğin katılımcılardan Zeynep Hanım “Yabancılar rahatlıkla çalışabilmeli” şeklinde açıklamıştır.

4.3. Hasta Hakları ve Etik Konusunda Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Hasta hakları ve etik açısından karşılaşılan sorunlar katılımcıların verdikleri cevaplar benzerlik ve farklılıklarına göre alt temalara ayrılmıştır. Buna göre katılımcıların hasta hakları ve etik konusunda hasta kaynaklı sorunlar ve hastane kaynaklı sorunlar tespit edilmiştir. *Hasta kaynaklı sorunlar* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “iyi niyetin suistimali, hastanın aldığı hizmetin karşılığını ödemek istememesi, hastanın kendisiyle ilgili eksik bilgi vermesi, hastanın dürüst olmaması, ülkeye giriş yapan turist kalitesizliği” gibi sorunlardır. Örneğin katılımcılardan Doruk Bey “İyi niyetin suistimali oluyor. Özellikle Avrupalı hastalarda var. Nerde neyi yakalarım da nerden dava açarım diye. Çok dikkatli davranıyoruz” şeklinde açıklamıştır. *Hastane kaynaklı sorunlar* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “hastaneler tarafından çıkarılan şişirilmiş fiyatlar, hastanelerin etik kurullara uymaması, doktorun hijyen kurallarına uymaması” gibi sorunlardır. Örneğin katılımcılardan Batuhan Bey “Daha önceden yani bir fiyat alınmış sonra ekstra fiyatlar çıkarıldığını duyuyoruz” şeklinde açıklamıştır.

Hasta hakları ve etik konusunda karşılaşılan sorunlara çözüm önerileri katılımcıların cevaplarının benzerlik ve farklılıklarına göre alt temalara ayrılmıştır. Buna göre hasta hakları ve etik konusunda karşılaşılan sorunlara etik kurulun olması, devlet desteği ve denetimi ve diğer çözüm önerileri tespit edilmiştir. *Etik kurulun olması* içerisinde katılımcılar “ciddi bir etik kurul olmalı” şeklinde cevap vermiştir. Örneğin katılımcılardan Doruk Bey “Ciddi bir etik kurulu kurulmalı” şeklinde açıklamıştır. *Devlet desteği ve denetimi* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “şeffaf fiyatlandırma politikaları, ciddi bir denetim olmalı, devlet tarafından hastaneler içerisine denetçi yerleştirilmeli, devlet tarafından tüm onamlar tercüme edilmeli” gibi çözüm önerileridir. Örneğin katılımcılardan Doruk Bey “Devlet ortak onam formu ortaya çıkartıp bunların tercümesini tek elden yapıp tüm hastanelere verirse standardizasyonu da sağlamış olur. Aynı şekilde uluslararası araştırma incelemeleri yapıp destek verebilir” şeklinde açıklamıştır. *Diğer* çözüm önerileri içerisinde katılımcıların

verdikleri cevaplar “formlar yabancı dilde olmalı, hasta hakları ve etik birimi etkin olmalı, hasta şikâyetleri değerlendirilmeli, periyodik aralıklarla toplantılar yapılmalı, hasta hakları ve etik konusunda personele eğitimler verilmeli, iletişim doğru kullanılmalı, ülkeye giriş yapacak turistlerin standartları belirlenmeli” gibi çözüm önerileridir. Örneğin katılımcılardan Şeyma Hanım “Formlar yabancı dilde olmalı. Hasta memnuniyet anketi yapılmalı, sorun olduğunda hasta psikologla görüştürülmeli” şeklinde açıklamıştır.

4.4. Hastanenin Altyapısındaki Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Hastanenin altyapısı açısından karşılaşılan sorunlar katılımcıların verdikleri cevaplar benzerlik ve farklılıklarına göre alt temalara ayrılmıştır. Buna göre katılımcıların hastanenin altyapısında hastane bazlı sorunlar ve diğer sorunlar tespit edilmiştir. *Hastane bazlı sorunlar* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “yabancı dilde TV kanalının olmaması, ibadethane olmaması, hastane küçük hasta talebinin karşılanamaması, hastanenin bahçesinin olmaması, hastanede yönlendirme levhaları olmaması, refakatçiler için özel alan olmaması, kutsal kitap olmaması, yabancı dil bilen personel eksikliği” gibi sorunlardır. Örneğin katılımcılardan Gökâl Bey “Hastanede yönlendirme levhaları, refakatçiler için özel alan, kutsal kitap, din adamı gibi faaliyetler yok” şeklinde açıklamıştır. *Diğer sorunlar* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “yemek menülerinin yabancı hastalara hitap etmemesi, yatırımsal problemlerin olması, bütçede sorunlar olması” gibi sorunlardır. Örneğin katılımcılardan Kübra Hanım “Çocuklar bizim hasta yemeklerimizi yemiyor, özellikle Rus çocuklar. Yemek kültürümüz çok farklı” şeklinde açıklamıştır.

Hastanenin altyapısındaki sorunlara çözüm önerileri katılımcıların cevaplarının benzerlik ve farklılıklarına göre alt temalara ayrılmıştır. Buna göre katılımcıların hastanenin altyapısı ile ilgili sorunlara yatırım amaçlı yeni bölümler ve diğer çözüm önerileri tespit edilmiştir. *Yatırım amaçlı yeni bölümler* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “yeni bölümlerin açılması (saç ekimi, plastik cerrahi, organ nakilleri, kanser tedavisi), yeni hastanelerin açılması, hastane içerisinde sağlık turizmi köşeleri açılmalı” gibi çözüm önerileridir. Örneğin katılımcılardan Batuhan Bey “Yeni bölümler açılabilir arz talebe istinaden” şeklinde açıklamıştır. *Diğer çözüm önerileri* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “esnek bir Sağlık Bakanlığı, hastaya özel menü, daha fazla tercüman bulundurulmalı, doğru iletişim kullanılmalı” gibi çözüm önerileridir. Örneğin katılımcılardan Kübra Hanım “Sonra menü yapmaya karar verdik görselli. Eskiden iyi beslenmediği için tedavi olamıyor, pozitif olamıyor, böyle bir çözüm bulduk” şeklinde açıklamıştır.

4.5. Sağlık Turizminde Finansal Teşviklerde Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Finansal teşviklerle ilgili karşılaşılan sorunlar katılımcıların verdikleri cevaplar benzerlik ve farklılıklarına göre alt temalara ayrılmıştır. Buna göre finansal teşviklerde devlet kuruluşları bazlı sorunlar ve diğer sorunlar tespit edilmiştir. *Devlet kuruluşları bazlı sorunlar* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “yönlendirici kurumun olmaması, teşviklerin alımının zor olması, finansal teşviklerle ilgili komisyonlarda doğru kişilerin olmaması, teşviklerin etkili kullanılmaması” gibi sorunlardır. Örneğin katılımcılardan Doruk Bey “Bakanlar Kurulunun toplanması bekleniyor, anında akut hareketler yapamıyorlar. Devlet “Sağlık turizmi benim politikamdır, sahnede değil sahada kimler var” demeli. Ama devlet sürekli olarak sahnedekileri topluyor. Bizde sahnede adam çok, ama sahadaki adamları dinleyen yok” şeklinde açıklamıştır. *Diğer sorunlar* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “teşviklerin alımında kamu hastaneleri ile özel hastanelerin aynı şartlarda değerlendirilmesi, fuar firmalarının devlet teşviki nedeniyle fiyatları yükseltmesi” gibi sorunlardır. Örneğin katılımcılardan Doruk Bey “Çünkü devlet teşvikini duyduğu zaman fuar

firması fiyatı bir anda ikiye katlıyor. Yani teşvikin her hangi bir anlamı kalmıyor” şeklinde açıklamıştır.

Finansal teşviklerde karşılaşılan sorunlara katılımcıların verdikleri cevaplar benzerlik ve farklılıklarına göre alt temalara ayrılmıştır. Buna göre katılımcıların finansal teşviklerde karşılaşılan sorunlara devlet bazlı iyileştirmeler ve teşvik bazlı iyileştirmeler gibi çözüm önerileri tespit edilmiştir. *Devlet bazlı iyileştirmeler* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “teşviklerde torpil olmaması, teşviklerin verilmesinde ikilik olmaması, teşviklerin etkili dağıtılması, teşvik komisyonlarının homojen oluşturulması, mevzuatla orantılı desteklerin olması (kamu için)” gibi çözüm önerileridir. Örneğin katılımcılardan Yaman Bey “Finansal teşviklere başvurunun bir kurum tarafından reddedilirken ana merkez tarafından kabul edilmesi ikiliğe yol açar. Karar vermede ikilik ortadan kalkarsa daha iyi olur” şeklinde açıklamıştır. *Teşvik bazlı iyileştirmeler* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “teşviklerin artırılması, bazı teşviklerin sürekli hale getirilmesi, teşvik şartlarında esnekleştirme ” gibi çözüm önerileridir. Örneğin katılımcılardan Berk Bey “Teşvik şartlarında esnekleştirme yapılabilir. Çünkü kamu kurumlarının çok çabuk hareket edebilen yapıları yok” şeklinde açıklamıştır.

4.6. Sağlık Turistlerinin Türkiye’de Karşılaştığı Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Sağlık turistleri ile ilgili karşılaşılan sorunlar katılımcıların verdikleri cevaplar benzerlik ve farklılıklarına göre alt temalara ayrılmıştır. Buna göre sağlık turistlerinin Türkiye’de hastaneden kaynaklı sorunlar, hastadan kaynaklı sorunlar ve Türkiye kaynaklı sorunlar gibi sorunlarla karşılaştıkları tespit edilmiştir. *Hastaneden kaynaklı sorunlar* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “yemek menülerimizin yabancılara hitap etmemesi, sağlık hizmeti anlayışındaki farklılıklar” gibi sorunlardır. Örneğin katılımcılardan Şeyma Hanım ve Ayşe Hanım “Hastanelerde yabancı hastalara verilen yemeklerde sıkıntı olabilir. Her ülkenin birbirinden farklı yemek kültürleri olmasından kaynaklı” şeklinde açıklamışlardır. *Hastadan kaynaklı sorunlar* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “yabancı hastanın sigorta yaptırmaması, yapılan tedavilere hastanın güvenmemesi” gibi sorunlardır. Örneğin katılımcılardan Gökalp Bey “Birincisi karşılıklı dil konusunda sorunlar, ikincisi yapılan tedavilere bazen güvenmiyorlar. Tek sorun kalite. Kalitede sıkıntı var” şeklinde açıklamıştır. *Türkiye kaynaklı sorunlar* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “ulaşımında sorunlar, hastaların iyileşme dönemlerini geçirebilecekleri yerlerin olmaması, fiyatlandırma listesinin olmayışı, dil problemleri, ülkenin altyapısında sorunlar, devlet hastanelerinin durumu” gibi sorunlardır. Örneğin katılımcılardan Doruk Bey “Ulaşımında her şeyi İstanbul’la kısıtlıyoruz. Türkiye ilk önce kendi analizini yapmalı, artılarını belirlemeli, ulaşım, tanıtım, hasta ameliyatını geçirdikten sonra iyileşme dönemini geçirecek “Şöyle bir yer var” diye bilgilendirme yok, bunların çalışması da yok” şeklinde açıklamıştır.

Sağlık turistlerinin karşılaştıkları sorunlara çözüm önerileri konusunda katılımcıların verdikleri cevaplar benzerlik ve farklılıklarına göre alt temalara ayrılmıştır. Bu amaçla sağlık turistlerinin Türkiye’de karşılaştığı sorunlara hastane tarafından yapılması gerekenler ve devlet tarafından yapılması gerekenler gibi çözüm önerileri tespit edilmiştir. *Hastane tarafından yapılması gerekenler* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “hasta hastane içerisinde olabildiğince az tutulmalı, müşteri ilişkileri yönetimine önem verilmeli, personel kalitesi yükseltilmeli, hastaya yapılamayacak vaatlerde bulunulmamalı” gibi çözüm önerileridir. Örneğin katılımcılardan Harun Bey “Verilen hizmetin sonrasında sadece parayla hizmet alındıktan sonra ilişkinin bitmemesi gerekiyor. Desteğin devam etmesi gerekiyor (müşteri ilişkileri yönetimi)” şeklinde açıklamıştır. *Devlet tarafından yapılması gerekenler* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “Antalya engelsiz hale getirilmeli, şeffaf fiyatlandırma olmalı, yabancı dil ülke geneline yayılmalı, hava limanlarında sağlık turistleri için özel bir denetçi desk kurulmalı, denetim olmalı, merdiven altı işler kalkmalı, turistin

buraya gelirken bir seyahat sigortası bir acente sigortası yaptırdığını bütün kurum ve kuruluşların bilmeli, turist bilgilendirme ofisleri olmalı, İngilizce yönlendirme levhaları olmalı, fiyatlar arttırılmalı, kalite arttırılmalı” gibi çözüm önerileridir. Örneğin katılımcılardan Harun Bey “Türkiye’de verilen hizmetle alınan fiyatın dengeli olması gerekiyor. Fiyatlar mutlaka yükse olmalı ama aldığı hizmetle ödediği rakam bir dengesini olması lazım. Bunun için etik kurul, standartlar artık ne gerekiyorsa çok zor bir durum (fiyatlar konusunda). Merdiven altı işlerin kalkması gerekiyor” şeklinde açıklamıştır.

4.7. Sağlık Turizmi Birimi Sorumlularının Karşılaştıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Sağlık turizmi birimi sorumlularının karşılaştıkları sorunlar konusunda katılımcıların verdikleri cevaplar benzerlik ve farklılıklarına göre alt temalara ayrılmıştır. Buna göre sağlık turizmi birimi sorumlularının yöneticinin hastadan kaynaklı karşılaştığı sorunlar, yöneticinin personelden kaynaklı karşılaştığı sorunlar ve diğer sorunlar olarak tespit edilmiştir. *Yöneticinin hastadan kaynaklı karşılaştığı sorunlar* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “kan tranfüzyonunu reddeden hastaların olması, hastanın sürekli ilgi odağı olmak istemesi, hastanın kendisiyle ilgili eksik ve yanlış bilgi vermesi, ambulans ücretini ödemek istememesi, hizmetin karşılığına itiraz etme, hastanın kaçma ihtimali” gibi sorunlardır. Örneğin katılımcılardan Gökalp Bey “Parayı ödememe, paraya itiraz etme, “Bu otel fiyatına dahil değil mi?”, tam pansiyon felsefesinin hastanede de olacağı izlenimleri, ülkemiz yasalarını algılayamıyorlar bazıları” şeklinde açıklamıştır. *Yöneticinin personelden kaynaklı karşılaştığı sorunlar* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “istenilen personele ulaşamaması, profesyonel personelin olmaması” gibi sorunlardır. Örneğin katılımcılardan Batuhan Bey “Bir profesyonel istihdam problemimiz var. Bu işin okulu olmadığı içi alaylı yetişiyor arkadaşlar ve her ayrıldandan sonra yeni aday yetiştirmek zorunda kalıyoruz. iki süreklilik problemi var” şeklinde açıklamıştır. *Diğer sorunlar* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “en üst kademenin olumsuz etkisi, usulsüz işlemlerin olması, maliyet sorunu, acente ile problemler yaşanması, turizm piyasasının oturmamış olması, sigorta şirketiyle problemler” gibi sorunlardır. Örneğin katılımcılardan Doruk Bey “En üst kademe yönetim reklama bütçe ayırmaz, verdiğim teklifi incelemeyiz, değerlendirmeyiz” şeklinde açıklamıştır.

Sağlık turizmi birimi sorumlularının karşılaştıkları sorunlar katılımcıların verdikleri cevaplar benzerlik ve farklılıklarına göre alt temalara ayrılmıştır. Buna göre sağlık turizmi birimi sorumlularının karşılaştıkları sorunlara hastane bazlı çözümler ve diğer çözüm önerileri tespit edilmiştir. *Hastane bazlı çözümler* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “hastanın verdiği eksik bilgiler nedeniyle standart formlar oluşturulması, hasta anketlerinin değerlendirilmesi, sağlık turistleri diğer hastaların işleyişini aksatmayacak şekilde akşam saatlerinde yapılmalı (kamuda), sağlık turizmine küçük küçük taleplerle başlanmalı” gibi çözüm önerileridir. Örneğin katılımcılardan Ayşe Hanım “Yine aynı kullanılan ilaçlar, boy, kilo, sigara içme, yaptığı doğumlar, önemli geçirdiği ameliyatlar gibi eksik bilgiler gelebiliyor. Onlarda aynı bir önlem alındı standart bir form, standart sorular gönderiliyor. Bunların hepsinin cevaplanması isteniyor” şeklinde açıklamıştır. *Diğer çözüm önerileri* içerisinde katılımcıların verdikleri cevaplar “hasta arttırıcı teşvikler olmalı, yönetmelikler çıkarılırken geniş katılımı olmalı, yatırımlarda gerçekçi hedefler belirlenmeli, yabancı çalışana getirilen sınır kalkmalı, yöneticiler eğitimlerini aksatmamalı” gibi çözüm önerileridir. Örneğin katılımcılardan Harun Bey “Yönetmelikler çıkarırken daha geniş tabanlı katılımı, daha çok paydaşın bir arada olması gerekiyor, birkaç kurumun kişinin görüşü alınarak değil. Gerçekçi beklenti oluşturmamız gerekiyor. Sağlık turizmine özel sektör yatırım yaparken de gerçekçi hedefler belirlemeleri gerekiyor” şeklinde açıklamıştır.

V. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık turizmi, günümüz sektörleri arasında önde gelen ve her yıl daha fazla ilgi çeken alanlardan biridir. Araştırmalarda medikal turizmde gelişmiş ülkeler kadar gelişmekte olan ülkelerin de pay kapma yarışında olduğu görülmektedir. Bu yarış işletmeler arasında artan bir rekabet ortaya çıkarmaktadır. Belirtilen rekabetin etkisiyle sağlık turizminin alt dalı olan medikal turizmin etkinliği, ilgili hizmeti veren hastanelerin etkinliği büyük önem arz etmektedir.

Hastanelerin medikal turizm ile ilgili etkinliğini sağlamak açısından yapılacak temel çalışma alanları halkla ilişkiler ve pazarlama, insan kaynakları, hasta hakları ve etik, hastanenin altyapısı, sağlık turizmiyle ilgili finansal teşvikler ve sağlık turistleri bulunmaktadır. İlgili çalışma alanlarında sorunların belirlenmesi ve çözüm önerileri getirilmesi için Türkiye'nin en çok turist ağırlayan Antalya ilinde 14 hastanede önemli sorunlar tespit edilmiştir. Arsezen ve Yüzbaşıoğlu (2015) tarafından yapılan bir araştırmaya göre Antalya medikal turizm işletmeleri bağlamında %79 oranında sağlık turistlerine hizmet verdiği, küresel bağlantılar ve işbirlikleri için bu oranın güçlü bir yan olduğu belirtilmiştir. Ayrıca medikal turistlerin sağlık sigortası koşulları, bina, teknolojik donanım, coğrafi konum, dil bilen uzman insan kaynakları gibi faktörler ağ ilişkileri açısından çok önemli olduğunun altı çizilmiştir. Görüldüğü gibi bu çalışmada da medikal turizmde hastanelerde altyapı, insan kaynakları gibi faktörlerin önemine değinilmiştir. Akdu (2009) tarafından yapılan çalışmada Türkiye'nin dünya medikal turizm pastasından payını alamadığı bu durumun nedeninin eksik ve plansız reklam ve tanıtım faaliyetleri, nitelikli personel sayısının az olması, ilgili birimlerdeki koordinasyon sorunu gibi nedenlerin etkili olduğu ve konu ile ilgili kurumların birlikte hareket ederek eşgüdümün sağlanması, nitelikli personel istihdamı, reklam ve tutundurma faaliyetleri yapılarak çözülebileceği belirtilmiştir. Aynı şekilde bu çalışma da medikal turizmde insan kaynakları, halkla ilişkiler ve pazarlama faktörlerinin önemine değinen bir çalışmadır.

Halkla ilişkiler ve pazarlama, hastanelerin tanıtımında ve pazar payını genişletme açısından önemli faaliyetlerden biridir. Bu alanda hastanelerin yüksek maliyetler, tanıtım ile ilgili yasal engeller ve artan rekabet nedeniyle sorunlar yaşadığı ilgili hastanelerde tespit edilmiştir. Halkla ilişkiler ve pazarlama çalışmalarını etkin yapabilmek için devlet desteğinin artırılması, yasal düzenlemeler geliştirilmesi ve bütçe ayrılması gibi çözümler önerilmiştir. Belirtilen alanda literatürde yapılan bir çalışma Aydın ve Karamehmet (2015) tarafından yapılan Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Turizmi Pazarlama Uygulamaları ve Karşılaştırmalı Durum Analizi adlı çalışmalarında bazı ülkelerin pazarlama yöntemlerine değinmiştir. Fakat belirtilen çalışmada bu alandaki sorunlara ve çözüm önerilerine değinilmemiştir. Şahbaz ve diğerleri (2012) tarafından yapılan bir araştırmada Türkiye'nin turistik reklam ve tanıtım faaliyetlerinde medikal turizme yönelik tanıtımların artırılmasının mevcut medikal turizm hareketlerinin ve medikal turizmden elde edilen gelirin de artmasını sağlayacağına değinilmiştir. Bu açıdan bakıldığında çalışmamızda bu alandaki sorunlara verilen çözüm önerileriyle benzerlik göstermektedir.

Araştırmanın önemli bir sonucu da araştırma dahilinde olan hastanelerde insan kaynakları nedeniyle karşılaşılan sorunlardır. Hastanelerin insan kaynakları çalışmalarında karşılaştığı sorunlar arasında personel eğitimi yetersizliği, kalifiye personel bulamama, yabancı dil yetersizliği bulunmaktadır. Bu sorunlara ilişkin çözüm önerileri arasında ise personele eğitim verilmesi, personelin sahip olması gereken özelliklerin artırılması yer almaktadır. Medikal turizm ile ilgili Arsezen ve Yüzbaşıoğlu (2015) tarafından yapılan bir araştırmaya göre nitelikli personel eksikliğinin olduğu belirtilmiştir. Aynı şekilde Acar ve Turan (2016) tarafından yapılan çalışmada da kamu hastanelerinde yabancı dil bilen personel sayısının azlığı, medikal turizm alanındaki sorunlardan biri olduğu, çalışanlara yabancı dil konusunda

eğitim imkânı sunulması çözüm olarak önerilmiştir. Bu iki çalışmanın bulguları çalışmamızda hastanelerde insan kaynakları konusunda tespit ettiğimiz sorunlarla örtüşmektedir. Göçer ve Aydın (2016) tarafından yapılan başka bir araştırmaya göre artan doktor sayısı ve sağlık sektörüne yönelik harcamaların, Türkiye'nin turizm gelirlerini olumlu yönde etkilediği saptanmış ve bu nedenle turizm gelirlerini arttırabilmek için sağlık turizmine daha fazla önem verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu çalışmada değinildiği gibi sağlık turizmi bilincinin oluşturulması çalışmamızdaki önemli çözüm önerilerinden biridir.

Araştırma dahilinde hasta hakları ve etik açısından hastadan kaynaklanan ve hastaneden kaynaklı sorunlar göze çarpmaktadır. İlgili sorunların çözümünde ise önerilenler arasında; konuya ilişkin bir etik kurulun olması, hastanın ve hastanenin tedavi sürecinde etkin denetim yapması ve devletin etik meseleler ile ilgili desteği bulunmaktadır. Konunun önemini ifade eden bir çalışma ise Yirik ve Ekici (2014), Akdeniz bölgesinde medikal turizm açısından etik problemler ve bunların ortaya çıkardığı olumsuzlukları incelemiştir. Tespit ettikleri etik sorunlar ise hastaların tedavi uygulamaları konusunda bilgilendirilmemeleri, yerel halkın sağlık turizmi imkânlarına erişimde yetersizlik, ticari amaçlar ile gereksiz ve yanlış tedavi uygulanması, fiyatlandırma politikalarında belirsizlik, inanç konusunda hassas olan hastaların mahremiyetinin sağlanamaması ve yasal düzenlemelerin net olmaması bulunmaktadır. Bu çalışmada da katılımcılara karşılaştıkları etik problemler ile araştırmamızda örtüşen noktalar yer almaktadır. Kitapçı (2014) tarafından yapılan çalışmada akredite hastanelerde etik komitelerin olmasının hastalar için önemli bir tercih nedeni olduğu belirtilmiştir. Kitapçı (2014) çalışmasında etik kurulun hastane tercihinde önemli olduğuna değinmiş bu açıdan bakıldığında çalışmamızda, hasta hakları ve etik konusundaki sorunların çözüm önerilerinden biri de etik kurulun olması gerektiği bulgusuyla benzerlik göstermektedir.

Araştırmada hastanelerin etkin çalışması açısından önemli olan altyapı çalışmalarında da medikal turizm açısından bir takım sorunlar olduğu görülmüştür. Belirtilen altyapı sorunlarının büyük kısmı hastaneden kaynaklı olarak hastanede yabancı dilde TV kanalının olmaması, ibadethane olmaması, hasta talebinin karşılanamaması, hastanenin bahçesinin olmaması, hastanede yabancı dilde yönlendirme levhalarının olmaması, refakatçiler için özel alan olmaması, kutsal kitap olmaması, yabancı dil bilen personel eksikliğidir. Altyapı eksikliği ile ilgili çözüm önerileri arasında yatırım amaçlı yeni bölümler açılması bulunmaktadır. Yalçın (2006), Türkiye'de Sağlık Turizminde Alt Yapı Oluşturulma Gereği ve Sağlık Kurumlarına Yönelik Bir Araştırma adlı çalışmada seçilmiş bazı hastanelerin sağlık turizmine alt yapı olarak hazır olup olmadığı çeşitli değişkenlere göre incelenmiştir. Bu çalışmada fiziki altyapı yeterliliği, teknolojik altyapı yeterliliği, insan gücü altyapı yeterliliğine ilişkin çeşitli sonuçlar görülmektedir. Medikal turizmle ilgili Seyfullahoğulları (2014) tarafından yapılan bir araştırmaya göre sağlık kuruluşunun bir uluslararası hasta ilişkileri departmanına sahip olmasının önemli kriterlerden olduğu belirtilmiştir. Akın (2016) tarafından yapılan bir çalışmaya göre hastanenin altyapısının fiziksel büyüklüğü, kafe ve restoranının bulunması, hastanenin bahçesinin, otoparkının, ibadethanesinin bulunması, teknolojik ekipmanlarının bulunması gibi açılardan dolayı iç sağlık turizminde hastane seçiminde etkili olduğuna değinilmiştir. Hastanenin altyapısının sağlık turizminde önemli bir faktör olduğu Akın (2016)'nın çalışmasında görülmektedir. Çalışmamızda önemli faktörler arasında hastanenin altyapısına da yer vermemiz açısından bu çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Hastanelerin medikal turizm ile ilgili etkinliğini sağlamak açısından yapılması gereken çalışmalardan bir diğeri de finansal teşvik çalışmalarıdır. Hastanelerin finansal teşvikler konusundaki çalışmalarında karşılaşılan sorunların büyük bir kısmı devlet kuruluşları bazlı sorunlar olarak finansal teşviklerde çok fazla yönlendirici kurum olmaması, teşviklere başvuruların kolaylaştırıcı olmaması, devlet teşvikini duyduğu zaman fuar firmasının fiyatı

bir anda ikiye katlaması, Bakanlar Kurulunun anında akut hareketler yapamaması, devlet tarafından sahadaki değil sahnedeki adamların dinlenmesi, teşvik ile ilgili seçilen komisyon üyelerinin konudan haberdar bile olmaması ve kontrolsüz hedef pazar seçimidir. Belirtilen bu sorunlara ilişkin çözüm önerileri ise devlet bazlı iyileştirmeler yapılması ve teşvik bazlı iyileştirmeler yapılarak çözüme kavuşturulması hedeflenmektedir. Edinsel ve Adıgüzel (2014) tarafından yapılan çalışmada sağlık turizmi açısından verilen teşviklerin yetersiz olduğu, bu konuda teşvikin artırılması ile daha büyük bir gelişme kaydedilebileceği belirtilmektedir. Çalışmamızda katılımcılar tarafından verilen finansal teşvikler yetersiz görülmüş, bu teşviklerin artırılması ve sürekli olması gerektiğine değinildiğinden dolayı bu çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Araştırmada hastanelerin medikal turizm ile ilgili etkinliğini sağlamak açısından yapılması gereken temel çalışmalardaki sorunlar ve bu sorunlara çözüm önerileri geliştirilmesine ek olarak sağlık turistlerinin ve sağlık turizmi birimi sorumlularının karşılaştığı sorunlar ve bu sorunlara çözüm önerileri de tespit edilmiştir. Sağlık turistlerinin Türkiye’de karşılaştığı sorunlar hastaneden kaynaklı sorunlar, hastadan kaynaklı sorunlar ve Türkiye kaynaklı sorunlar olduğu görülmektedir. Bu sorunların hastane tarafından yapılması gereken bir takım çalışmalar ve devlet tarafından yapılması gereken bir takım çalışmalarla çözüme kavuşturulacağı düşünülmektedir.

Araştırmada sağlık turizmi birimi sorumlularının karşılaştıkları sorunlar yöneticinin hastadan kaynaklı karşılaştığı sorunlar, yöneticinin personelden kaynaklı karşılaştığı sorunlar ve diğer sorunlar olduğu görülmektedir. Bu sorunların büyük bir çoğunluğunun hastane bazlı çözümlerle giderilebileceğini katılımcıların yanıtlarından ulaşabiliriz.

Belirtilen sonuçların dışında araştırmada yer alan katılımcıların genel görüşleri arasında Türkiye’nin yabancı hastalar için ucuz, kaliteli, hizmette sınır tanımayan bir ülke olduğu, hizmet kalitesinin yüksek olması ile beraber fiyat açısından diğer ülkelere göre daha düşük fiyatlara tedavi olduğu yer almaktadır. Ayrıca araştırmaya katılan hastane yetkililerinin çoğu medikal vizeye gerek olmadığını, ülkemize yabancılar tarafından giriş çıkışın çok rahat yapıldığını ifade etmiştir.

Araştırma Antalya ilinde bulunan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastanelerde yapılması nedeniyle tespit edilen sorunlar ve bu sorunlar katılımcıların cevaplarının analizi sonucu ortaya çıkan çözüm önerilerini genellemek doğru bir yaklaşım olmayacaktır. Nitel araştırmanın doğası gereği yapılan araştırma ilgili konudaki çalışmalar önemli bir çerçeve oluşturulacaktır. Benzer durumlarda aynı sorunlar ve çözüm önerileri uygulansa daha geniş örneklemelerde yeni çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Ayrıca diğer araştırmacılara başka ülkeler ile Türkiye’yi sağlık turizmi açısından karşılaştırmalı çalışmalar önem arz etmektedir. Sağlık turistlerinin en çok talep ettiği hizmetlerde; hizmete ulaşma süresi, hizmeti sunan hekimin nitelikleri, hizmeti aldıktan sonraki iyileşme süresi, enfeksiyon durumları, sağlık turistinin aldığı hizmet kalitesi, gidilen ülkeye giriş koşulları, alınan hizmetin fiyatı gibi birçok durumun değerlendirilip ülkemizdeki durumla karşılaştırma yapılmasıdır. Belirtilen karşılaştırma alanında hangi alanlarda iyi, hangi alanlarda eksiklikler olduğunu göstermede önem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

1. Acar N. ve Turan A. (2016) Sağlık Çalışanlarının Sağlık Turizmi Farkındalığı Üzerine Bir Araştırma: Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çalışanları Örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 17(1): 17-36.

2. Akdu S. A. (2009) Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal Turizm ve Türkiye'deki Uygulamalar Üzerine Bir Araştırma; İstanbul ve Ankara Örneği. **Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
3. Akın M. (2016) İç Sağlık Turizminde Hastane Tercihini Etkileyen Faktörler Üzerine Araştırma: İstanbul Örneği. **Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.
4. Arsezen O. P. ve Yüzbaşıoğlu N. (2015) Medikal Turizm Kümesinin Gelişimi: Antalya Örneği. **Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi** 13(1): 165-185.
5. Aydın G. ve Karamahmet A. B. (2015) Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Turizmi Pazarlama Uygulamaları ve Karşılaştırmalı Durum Analizi. **Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi** 16:1-21.
6. Aytaçlı B. (2012) Durum Çalışmasına Ayrıntılı Bir Bakış. **Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi**: 3(1): 1-9.
7. Aziz A. (2015) **Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri ve Teknikleri**. Nobel Yayıncılık, Ankara.
8. Bhaidkar A. and Goswami A. (2017) Medical Tourism in India and the Health Policy of the NDA Government: An Overview. **A Peer Reviewed Research Journal** 22(1): 82-90.
9. Burns L. R. (2015) Medical Tourism Opportunities And Challenges: Illustration From Us-India Trade. **International Journal of Healthcare Management** 8(1): 15-26.
10. Büyüköztürk Ş., Kılıç-Çakmak E., Akgün Ö. E., Karadeniz Ş. ve Demirel F. (2010) **Bilimsel Araştırma Yöntemleri**. Pegem Akademi, Ankara.
11. Crooks V. A., Li N., Snyder J., Dharamsi S., Benjaminy S., Jacob K. J. and Illes J. (2015) "You Don't Want To Lose That Trust That You've Built With This Patient...": (Dis)Trust, Medical Tourism, And The Canadian Family Physician-Patient Relationship. **BMC Family Practice** 16(1): 1-7.
12. Çelik A. (2009) Sağlık Turizmi Kapsamında Termal İşletmelerde Sağlık Hizmetleri Pazarlaması ve Algılanan Hizmet Kalitesi: Balçova Termal İşletmesinde Bir Uygulama. **Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, İzmir.
13. Daştan İ. (2014) Türkiye'de Sağlık Turizmi: Türkiye ve Özelinde İzmir'de Sağlık Turizminin Mevcut Durum Analizi ve Strateji Önerileri. **Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 6(10): 143-163.
14. Edinsel S. ve Adıgüzel O. (2014) Türkiye'nin Sağlık Turizmi Açısından Son Beş Yılda Dünya Ülkeleri İçindeki Konumu ve Gelişmeleri. **Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 4(2): 167-190.
15. Fetscherin M. and Stephano R. M. (2016) The Medical Tourism Index: Scale Development and Validation. **Tourism Management** 52: 539-556.

16. Göçer İ. ve Aydın N. (2016) Türkiye’de Sağlık Değişkenlerinin Turizm Gelirine Etkisi: Çoklu Yapısal Kırımlı Bir Analiz. **Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 6(1): 777-800.
17. Grant T. (2015) Made in America: Medical Tourism and Birth Tourism Leading To A Larger Base Of Transient Citizenship. **Virginia Journal Of Social Policy & The Law** 22(1): 160-177.
18. Güleç D. (2011) Sağlık Turizmi Kapsamında Antiaging (Sağlıklı Yaşlanma) Uygulamaları ve Yaşlı Bakımı: Türkiye Değerlendirmesi. **Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
19. Gülen K. G. ve Demirci S. (2012) **Türkiye’de Sağlık Turizmi Sektörü**. İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul.
20. Hanefeld J., Smith R., Horsfall D. and Lunt N. (2014) What Do We Know About Medical Tourism? A Review Of The Literature With Discussion Of Its Implications For The Uk National Health Service As An Example Of A Public Health Care System. **Journal Of Travel Medicine** 21(6): 410-417.
21. İçöz O. (2009) Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Türkiye’nin Olanakları. **Journal Of Yasar University** 4(14): 2257-2279.
22. Johnston R., Adams K., Bishop L., Crooks V. A. and Snyder J. (2015) Best Care On Home Ground” Versus “Elitist Healthcare”: Concerns And Competing Expectations For Medical Tourism Development in Barbados. **International Journal For Equity in Health** 14(1): 1-13.
23. Jun J. and Mi O. K. (2015) Framing Risks And Benefits Of Medical Tourism: A Content Analysis Of Medical Tourism Coverage in Korean American Community Newspapers. **Journal Of Health Communication** 20(6): 720-727.
24. Khan M. J., Chelliah S. and Haron M. S (2016) Medical Tourism Destination İmage Formation Process: A Conceptual Model. **International Journal Of Healthcare Management** 9 (2): 134-135.
25. Kitapçı O. C. (2014) Türkiye’de Medikal Turizm İçin Model Önerisi. **Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi**, İstanbul.
26. Klijs J., Ormond M., Mainil T., Peerlings J. and Heijman W. (2016) A State-Level Analysis Of The Economic İmpacts Of Medical Tourism in Malaysia. **Asian-Pacific Economic Literature** 30(1): 3-29.
27. Koç Başaran Y. (2017) Sosyal Bilimlerde Örnekleme Kuramı. **Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi** 5(47), 480-495.
28. Koçak A. ve Arun Ö. (2006) İçerik Analizi Çalışmalarında Örneklem Sorunu. **Selçuk İletişim** 4(3): 21-28.
29. Lunt N., Horsfall D. and Hanefeld J. (2016) Medical Tourism: A Snapshot Of Evidence On Treatment Abroad. **Maturitas** 88: 37-44.

30. Lunt N. and Carrera P. (2010) Medical Tourism: Assessing the Evidence on Treatment Abroad. **Maturitas** 66(1): 27-32.
31. Maniam G. (2015) Medical Tourism As The Result Of Rising American Healthcare Costs In The Context Of Healthcare Globalization. **Journal Of Business And Behavioral Sciences** 27(2): 117-118.
32. OECD (2018) <https://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf> Erişim Tarihi: 04.07.2018.
33. Pan X. and Moreira J. P. (2018) Outbound Medical Tourists From China: An update on Motivations, Deterrents, and Needs. **International Journal Of Healthcare Management** 11(3): 217-224.
34. Sandberg D. S. (2017) Medical Tourism: An Emerging Global Healthcare Industry. **International Journal of Healthcare Management** 10(4): 281-288.
35. Sayın K. Ş., Yeğınboy E. E. ve Yüksel İ. (2017) Türkiye’de Medikal Turizm Uygulamaları: Bir Üniversite ve İzmir Sağlık Serbest Bölgesi Değerlendirmesi. **Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 32(2): 289-313.
36. Seyfullahoğulları A. (2014) Turizm Sektöründe Çok Amaçlı Kullanılan Medikal Turizm: Bir Sağlık Kuruluşunda Araştırma. **Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 3: 41-64.
37. Şahbaz P., Akdu U. ve Akdu S. (2012) Türkiye’de Medikal Turizm Uygulamaları; İstanbul ve Ankara Örneği. **Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 15(27): 15-27.
38. Tengilimoğlu D. (2013) **Sağlık Turizmi**. Siyasal Kitabevi, Ankara.
39. Yalçın B. (2013) Antalya İli Sağlık Turizmi Potansiyeli Araştırması. **Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi**, Antalya.
40. Yalçın P. (2006) Türkiye’de Sağlık Turizminde Alt Yapı Oluşturulma Gereği ve Sağlık Kurumlarına Yönelik Bir Araştırma. **Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
41. Yılmaz N. (2016) Tıpta Uzmanlaşma Üzerine Nitel Bir Araştırma. **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi**, Isparta.
42. Yiğit V. (2016) Kamu Hastanelerinde Medikal Turizminin Gelişimini Etkileyen Faktörler. **Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi** 7(15): 107-119.
43. Yirik, Ş. ve Ekici, R. (2014). *Medikal Turizm Pazarında Yaşanan Etik Problemler ve Bölge Pazarında Ortaya Çıkan Sorunlar* (Akdeniz Bölgesi Örneği). 15. Ulusal Turizm Kongresi, Ankara.
44. <http://www.saglikturizmi.org.tr/tr/saglik-turizmi/genel-bilgi> Erişim Tarihi: 08.07.2018

ARAŞTIRMA MAKALESİ

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK
ŞİDDET: ANKARA İLİNDE ARAŞTIRMA**

Mustafa Said YILDIZ *

ÖZ

Bu çalışma, Türkiye'de şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının şiddetin nedenleri ve önleme yolları üzerine düşüncelerinin ve şiddete maruz kalma düzeyini belirleyen faktörlerin araştırılmasına odaklanmıştır. Ankara'da birer kamu, özel ve üniversite hastanesi ile bir 112 istasyonunda görev yapmakta olan sağlık çalışanlarına gönderilen 600 anket formundan 429'u (%71,5) tam olarak cevaplandırılmıştır. Yaşı 30'dan az bulunanların diğer yaş gruplarından daha az şiddete maruz kaldığı; öğrenim durumları arasında ise şiddete maruz kalma bakımından farklılık bulunmadığı görülmüştür. Acil, dâhili ve cerrahi servislerin yoğun bakım, ameliyathane, radyoloji ve laboratuvarlar bölümlerinden daha fazla şiddete maruz kalınan bölümler olduğu, özel hastanelerde daha az şiddete maruz kalındığı görülmüştür. Ayrıca çalışma kapsamında şiddet olayı sonrası raporlama davranışları, şiddetin olası nedenleri ve önlemleri konusunda çalışanların görüşlerine başvurulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Türkiye, Sağlık Çalışanları, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet, İşyerinde Şiddet

MAKALE HAKKINDA

* İç Denetçi, Sağlık Bakanlığı, Ankara, msaid@email.com

 <https://orcid.org/0000-0001-7423-1408>

Gönderim Tarihi: 05.10.2018

Kabul Tarihi: 08.01.2019

Atıfta Bulunmak İçin:

Yıldız, M. S. (2019). Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 135-156

RESEARCH ARTICLE

VIOLENCE AGAINST HEALTHCARE PROFESSIONALS IN TURKEY: A RESEARCH IN ANKARA

Mustafa Said YILDIZ *

ABSTRACT

This study focuses on opinions of healthcare workers about ways of preventions and causes of violence and factors which determine exposure levels. Survey was sent to healthcare professionals of a public, a private, a university hospital and an emergency unit (429 of 600 survey were responded - %71,5). Health workers with age less than 30 was exposed to violence less frequently than the other age groups. There was no difference between education backgrounds regarding violence level. Emergency, internal and external diseases services were the units exposed to violence more than intensive care, surgery room, radiology and laboratory units. Private hospital healthcare workers were exposed to violence less than other ownership types' workers. Additionally, reporting behavior after violence and healthcare workers' opinions for possible causes and precautions of violence were reported.

Keywords: Turkey, Healthcare Workers, Violence Against Healthcare Workers, Workplace Violence

ARTICLE INFO

* Ministry of Health, Ankara, msaid@email.com

 <https://orcid.org/0000-0001-7423-1408>

Received: 05.10.2018

Accepted: 08.01.2019

Cite This Paper:

Yıldız, M. S. (2019). Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 135-156

I. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) genel olarak şiddeti: “*Tehdit veya faaliyet düzeyinde; kendisine, başka bir kimseye, bir gruba veya topluluğa kasti olarak yönelmiş fiziki gücün; yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, körelme veya mahrumiyet ile sonuçlanmış veya yüksek sonuçlanma ihtimali oluşturması*” şeklinde tanımlamış, tanımın amaca göre değişkenlik göstereceği vurgusu yapmıştır. Farklı alanlar ve bağlamlar için tanımın farklılaşması doğaldır. Sosyal çalışma bağlamında şiddetin tanımı doğal olarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin tanımı ile farklılık gösterecektir (WHO 1998). Bununla beraber kime yönelmiş ve ne ile sonuçlanmış olursa olsun şiddetin bir önlenabilir halk sağlığı sorunu olduğu açıktır (Wen, Goodwin 2016). Şiddetin kurbanları arasında en önde gelen meslek gruplarından olan sağlık çalışanları aynı zamanda şiddete karşı insanlara yardım etmek konusunda eşsiz bir yere sahiptirler (WHO 1996). Bu üstünlükleri nedeniyle öncelikle kendilerine yönelme potansiyeli taşıyan şiddetin nedenleri ve önleme yolları konularında sağlık çalışanlarının görüşleri önem taşımaktadır.

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve DSÖ’nün katkıları ile oluşturulan çerçeve rehber işyerinde şiddet tanımını: “*Çalışanların işe gidiş gelişini de kapsayacak şekilde işleriyle ilgili uğradıkları; sağlık, güvenlik ve refahlarına doğrudan veya dolaylı şekilde yönelen suiistimal, tehdit ve saldırı*” şeklinde paylaşmıştır (ILO 2002). Hasta ve hasta yakınları için çoğu zaman stres kaynağı olan hastane ortamında şiddet tüm sağlık sistemlerinin sorunu ve halk sağlığı alanının giderek daha fazla ilgi çeken alanlarından olmuştur. Sağlık çalışanlarının işyerinde ölüm nedenleri arasında ilklerde olan şiddet aynı zamanda bir çalışan güvenliği sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Kowalenko et al. 2012). Çoğu ülkede salgın halini alarak yaygınlaşan bu tehdit karşısında en fazla oranda şiddete maruz kalan hemşireler başta olmak üzere sağlık çalışanları daha belirleyici rol oynamalıdır (Kingma 2001; Gates 2004).

Stres ve depresyon oranını artıran, iş tatmini düzeyinde azalmaya neden olan (Aytaç, Dursun 2013) ve böylelikle işleyişte ciddi aksamalara sebep olan bu sorun gerek gelişmekte olan ve gerekse gelişmiş ülkelerde sağlık sistemlerinin en başta gelen sorun kaynaklarından görülmekte, engellemek yönünde çaba gösterilmektedirler (Groenewold et al. 2017). Bu soruna odaklanan çalışmalar giderek artış göstermekte, bu konu giderek halk sağlığı alanının ilgi çeken başlıklarından biri haline gelmektedir (Franz et al. 2010). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet üzerine yapılan araştırmalar; şiddetin türleri (Ryan, Maguire 2006), özellikleri ve sonuçları (Knott et al. 2005), önleme yönündeki eğitim faaliyetlerinin etkililiği (Deans 2004) gibi çok çeşitli konular üzerine odaklanmıştır. Bir sistematik literatür taraması araştırmaların çoğunluğunun tanımlayıcı, az bir kısmının ilişkisel veri kullandığını göstermiştir (Taylor, Rew 2010).

Türkiye’de sağlıkta şiddet konusuna odaklanan pek çok çalışma bulunmakla beraber farklı hastane türlerinde gerçekleştirilen ve bu hastane türleri arasında karşılaşmalara yer verilen çalışmalar oldukça sınırlı sayıdadır. Söz konusu boşluğu doldurmak çalışmanın öncelikli amacını oluşturmuştur. Uluslararası literatürde son dönemde üzerinde daha yoğun olarak durulan sağlık çalışanlarının iletişim becerilerinin artırılması, şiddet konusunda bilinç ve farkındalıklarının artırılması gibi konularda sağlık çalışanlarının yaklaşımlarının değerlendirilmesi de diğer bir amacı oluşturmuştur. Çalışanların şiddetin nedeni ve önleme yolları konusunda düşüncelerinin hangi odalarda merkezileştiğinin uluslararası literatürün belirtilen yönelimi doğrultusunda değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmada Ankara’da bulunan birer kamu, özel ve üniversite hastanesi ve bir 112 Acil istasyonunda uygulanan anketle şiddete maruz kalanlar ve uygulayanların özellikleri, şiddet sonrası çalışanların başvurdukları merciler ile sağlık çalışanlarının şiddeti artıran nedenler ve şiddeti önleme yolları konusunda düşünceleri ortaya konulmuştur.

II. SAĞLIKTA ŞİDDETE İLİŞKİN LİTERATÜRÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sağlık tesislerinde şiddetin giderek yaygınlaşması ve ciddi bir halk sağlığı ve iş güvenliği sorunu haline gelmesi bu alana odaklanan çalışmalarda artışa neden olmuştur. Şiddet türleri ve özellikleri, şiddete maruz kalanlar ve uygulayanlar, şiddet sonrası raporlama alışkanlıkları, şiddetin nedenleri ve diğer pek çok konu gerek hastaneler genelinde ve gerekse belli birimler özelinde araştırılmıştır (Taylor, Rew 2010). Diğer ülkelerde ve ülkemizde gerçekleştirilen söz konusu araştırmalardan aynı bağlamda bulunanların saha çalışması sonuçlarına bu bölümde yer verilmiştir.

2.1. Şiddete Maruz Kalanlar

Şiddete maruz kalan sağlık çalışanları çalıştıkları servis ve bölüme; cinsiyetlerine, mesleklerine göre farklılık göstermektedirler. Uluslararası ve ulusal literatürde bu durum sıklıkla konu edilmiştir.

Çalışılan hastane bölümü şiddet olayının yaygınlığı bakımından belirleyici faktörlerden biridir. İngiltere’de yapılan bir çalışmada şiddete maruz kalanların %36’sının cerrahi alanlarda, %30’unun acil servislerde, %42’sinin diğer servislerde görev aldığı göstermiştir. Kalabalık olması ve bekleme sürelerinin uzunluğu; diğer taraftan hastaların acil durumları nedeniyle daha agresif olabilmeleri nedeniyle acil servisler çoğunlukla tüm ülkelerde şiddetin yaygın görüldüğü bölümlerendir (Winstanley, Whittington 2004). Diğer bir şiddet yaygınlığı farklılığı hasta ile temasın daha yoğun ve daha seyrek yaşandığı bölümler arasındadır. Laboratuvar ve görüntüleme gibi alanlarda şiddet daha az görülmektedir. Şiddetle karşılaşma durumunun bizzat hasta bakımı yapan çalışanlarda hastadan daha uzak çalışanlara göre daha yüksek olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (Groenewold et al. 2017). Acil yanında psikiyatri kliniklerinde de şiddet özel olarak ele alınmıştır (Zampieron 2011). Almanya’da yapılan bir araştırmada psikiyatri kliniğinde çalışanların %96,7’si sözlü şiddete maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (Franz et al. 2010). Türkiye’de yapılan bir çalışma da fiziksel şiddete maruz kalanların %82’si psikiyatri kliniklerinde çalışırken şiddete maruz kaldıklarını belirtmektedir (Coşkun, Öztürk 2010). Bir diğer çalışmada ise acil servis yanında dâhiliye servisleri, anestezi klinikleri, yoğun bakımlar da şiddet için riskli alanlar olarak sıralanmıştır (Al ve diğerleri 2012).

Şiddetin daha çok hangi sağlık meslek mensuplarına yöneldiği bir diğer araştırma alanıdır. İngiltere’de yapılan bir çalışmada ise şiddet görenlerin çoğunluğunu hemşirelerin (%43,4) ve daha azını hekimlerin (%13,8) oluşturduğu gösterilmiştir (Winstanley, Whittington 2004). Şiddete uğrayanların görev dağılımının araştırıldığı bir diğer çalışmada; şiddete uğrayanların %66,67’sinin hemşire, %22,99’unun sağlık memuru ve %10,34’unun acil tıp teknisyeni olduğu belirlenmiştir (Şahin ve diğerleri 2011). Zampieron ve arkadaşlarının (2011) İtalya’da gerçekleştirdikleri çalışmada bir yıl içinde hemşirelerin %49’u şiddetle karşılaştıklarını (%82’si sözlü şiddet) belirtmişlerdir. Bu durum Avustralya’da yapılan bir diğer çalışma ile teyit edilmiş, ancak hemşireliğin farklı disiplin ve alanları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunamamıştır (Alexander, Fraser 2004). Hekime şiddet de azımsanmayacak boyuttadır. Carmi-Iluz ve arkadaşları (2005), İsrail’de gerçekleştirdikleri çalışmada bir önceki yılda hekimlerin %56’sının en az bir sözlü şiddet, %9’unun en az bir fiziksel şiddetle karşılaştığını göstermişlerdir. Türkiye’de bir üniversite hastanesinde çalışan hekimlerden %60,9’unun çalışma yaşamı boyunca iş yerinde şiddetle karşılaştığı gözlemlenmiştir (İlhan ve diğerleri 2009).

Şiddete maruz kalmanın sağlık çalışanının cinsiyeti ile ilişkisi de çalışmaların odaklandığı bir diğer konu olarak öne çıkmıştır. Çalışma sonuçları bu konuda değişkenlik göstermektedir. Gerberich ve arkadaşlarının Minnesota –ABD çalışmasında erkek

çalışanların kadın çalışanlardan daha fazla şiddet gördükleri (% 19,4 ve % 12,9) bulgusu paylaşılırken (Gerberich ve diğerleri 2004), Zampieron ve arkadaşlarının (2011) İtalya çalışması ile Ayrancı ve arkadaşlarının Türkiye çalışmasında şiddete maruz kalanların % 39.6’unun erkek % 60.4’ünün kadın olduğuna yer verilmiştir (Ayrancı ve diğerleri 2006).

Söz konusu bilgilerin edinilmesi ile politika yapıcılar ve yöneticilerin bu yönde çalışma yürütmeleri önem taşımaktadır. Şiddetin daha sıklıkla görüldüğü hastane türleri, departmanlar ve şiddetin daha çok yöneldiği meslek grupları belirlenerek bu alanlar özelinde çözümler geliştirilmesi için çalışılmalıdır.

2.2. Şiddeti Artıran Nedenler ve Önleme Yolları

Şiddeti artıran nedenler ve önleme yolları konusunda sağlık çalışanlarının algıları ve görüşleri büyük önem taşımaktadır. Şiddetin kaynağının başlıcaları hasta ve yakınlarının özellikleri ve tutumları, sağlık çalışanlarının bu yönde eğitiminde eksiklikler, sistem ve yapı sorunları ile yönetiminin destek konusunda isteksizliği olarak değerlendirilmiştir.

Şiddet riskinin hasta ve yakınlarının uyuşturucu ve alkol kullanımı ile ruhsal sorunları; silah taşımaları, sağlık sorunları karşısında çaresiz duygu durumları, uzun bekleme süreleri ile beraber arttığı iletilmiştir. Hastanın tedavi konusunda tatmin düzeyinde genel düşüklük ve hekim ile teşhis ve tedavi konusunda iletişim sorunu yaşamaması da şiddetin nedenleri arasında gösterilmiştir (Alexander, Fraser 2004).

Çalışanların şiddete sebep olmamak, şiddeti öncesinde anlamak ve uygun davranış geliştirmek konularında eğitim almamış olması da gerek şiddetin yaygınlığının artması ve gerekse şiddetin olumsuz etkisinin büyümesine sebep olmaktadır. Gates ve arkadaşları (2004) acil servislerde yaptıkları çalışmada son 12 ayda çalışanların yüzde 65’i şiddet önleme eğitimi almadıklarını belirlemiştir. Yine Gates ve arkadaşlarının bir çalışmasında sağlık çalışanlarının hasta veya yakınlarının agresifleşebileceklerini nasıl anlayabilecekleri ve bu durumu nasıl yönetecekleri konusunda kendilerine güveninin oldukça düşük olduğu belirlenmiştir (Gates et al. 2004).

Şiddetin hasta ve yakınları ile ilgili başlıca nedenleri arasında tıbbi gereklilikle çatışan istekleri, düşük eğitim düzeyleri, çalışanlara karşı güvensizlikleri (Şahin ve diğerleri 2011), stresli duygu durumları ve medyadan etkilenmeleri gösterilmiştir. Yapısal sorunlar da şiddeti beslemektedir (Özcan, Bilgin 2011). Kalabalık ve gürültülü ortamlar, hastaneye uygun olmayan mimari, personel yetersizliği, uzun bekleme süreleri (Vural ve diğerleri 2013) ile yetersiz güvenlik ve polis desteği yapısal sorunlar arasında sayılmıştır. Çalışanların iletişim problemleri ve kişisel sorunları ve yorgunluğu, krizleri yönetmede yetersizlikleri (Şengül ve diğerleri 2009) de sebepler arasında görülmüştür (Al ve diğerleri 2012).

Hastane yönetiminin yetersizlikleri ve destekçi tutum içinde olmamaları da sebepler arasında gösterilmiştir. Hastane yönetimi seviyesinde şiddeti önleme adanmışlığı, bireysel ve kurumsal düzeyde yapılacak analizler ve müdahalelerin sürekli şekilde yapılmıyor olması şiddetin önlenmesinin önündeki engellerdendir (Kowalenko et al. 2012).

2.3. Şiddet Olayı Sonrası Davranış ve Bildirim

Şiddet olayı sonrasında yaşananlar ve raporlama konusu diğer bir literatür odağı haline gelmiştir. Raporlamanın az olması nedeniyle şiddetin ve sağlık çalışanına saldırı yaygınlığının belirtilenden çok yukarıda olduğu değerlendirilmesi yapılmakta, sebepleri hakkında saptamalara yer verilmektedir. Hastanelerin bildirim için çalışanları cesaretlendirmek yerine engellemesi (Nelson 2014), sağlık çalışanlarının misilleme görme ve

hastane yönetiminden destek alamama korkusu (Gacki-Smith et al. 2009), sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılanması, diğerlerinin mesleğin bir doğası olarak algılanmaması da raporlama oranlarının düşük kalmasına gerekçe olarak gösterilmiştir (Al ve diğerleri 2012). Türkiye’de sağlık çalışanlarının şiddeti rapor etme oranları oldukça düşüktür. Bir çalışmada şiddeti rapor etme oranı %26.8 (Vural ve diğerleri 2013) ve diğer bir çalışmada %24 olarak belirtilmiştir (Sönmez ve diğerleri 2013).

Şiddet olayının sonrasında şiddete maruz kalan çalışanın çoğunlukla sessiz kaldığı ve raporlamayı dahi gerçekleştirmediği görülmüştür. Bir çalışmada çalışanların fiziksel ve duygusal iyilik durumuna ciddi anlamda zarar veren (Franz et al. 2010) şiddet olayına uğrayan hemşirelerin %53’ünün olay sonrası yardım çağırmadığı görülmüştür (Zampieron et al. 2011). Çalışanların %70.11’inin hastaya bakmaya devam ettikleri, yalnızca %29.66’nın ise hastayı başka arkadaşına devrettikleri belirtilmiştir (Şahin ve diğerleri 2011). Diğer bir çalışmada sağlık çalışanlarının %50’sinin şiddet olayını sözel olarak yöneticilerine bildirmekle yetindiği, yalnızca %16’sının resmi olay raporu düzenlediği (Gates 2004), bir diğer çalışmada %65’inin şiddeti hastane yönetimine bildirmediği (Chapman et al. 2010) gösterilmiştir. Şiddet bildirim konusunda daha genç çalışanların daha istekli oldukları da görülmüştür (Riopelle et al. 2000; Ayrancı ve diğerleri 2010).

Şiddete maruz kalma sonrasında oluşturdukları tepkiler bakımından da sağlık çalışanları farklılık göstermiştir. Acil serviste görev yapan doktorların kendini korumak için silah (%18) bıçak (%20) bulundurmanın da aralarında olduğu yollar aradığı bir çalışmada gösterilmiştir (Kowalenko et al. 2012). Diğer bir çalışmada şiddet sonrası çalışanların yalnızca dörtte biri kadarının izin aldığı, %18’i şiddet sonrasında bir daha şiddet gördüğü birimde çalışmama kararı aldığı ifade edilmiştir (Fernandes et al. 1999).

III. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Kamu, özel ve üniversite hastaneleri ve bir 112 Acil istasyonunda görev yapan sağlık çalışanlarına uygulanan bir anket ile:

- Sağlık personelinin şiddete maruz kalma sıklıkları ile özellikleri (yaş, eğitim durumu, görev yaptıkları sağlık kuruluşu birimleri, görev yaptıkları kurumlar) arasında ilişki;
- Şiddete maruz kalmış olanların şiddet olayı sonrası geliştirdikleri davranışlar (tedavi olma, rapor alma, bildirim yapma),
- Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının şiddetin nedenleri ve önleme yolları üzerine düşüncelerinin İncelenmesi; araştırma sonuçları ışığında sağlıkta şiddetin azaltılmasına yönelik bulgu ve önerilere ulaşılması amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Örnekleme ve Sınırlılıkları

Araştırmada olabildiğince çok sayıda sağlık çalışanına ulaşılmaya çalışılmakla beraber gerek çalışmanın süresi ve gerekse maliyeti göz önünde bulundurularak çalışma Ankara ili ile sınırlı tutulmuştur. Araştırma sonuçlarının öncelikle bu sebeple Türkiye’ye genellenmesi mümkün olamamaktadır. Araştırmanın evrenini Ankara ilinde faaliyet gösteren hastaneler oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme ise Ankara’da faaliyet gösteren birer kamu, özel ve üniversite hastanesi ile bir 112 istasyonunda görev yapmakta olan çalışanlardan kolayda örnekleme ile oluşturulmuştur. Araştırmanın karşılaştırmaları mümkün kılabilmesi amacıyla her bir gruptan yeterli sayıda sağlık çalışanının araştırmaya dâhil edilebilmesine çalışılmıştır. Ancak örneklemin belirtilen nedenlerle çok fazla genişletilememesi nedeniyle bu durum her

alt grup için istenildiği ölçüde sağlanamamıştır. Araştırma sonuçlarının bu sınırlılık göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Her ne kadar anket sorularının yöneltildiği sağlık çalışanlarına sonuçların bireysel olarak değerlendirilmeyeceği belirtilmiş ve isim belirtilmemesi istenmiş ise de ankete katılanların sorulara tam bir içtenlikle cevap verdikleri konusunda tereddütün giderilmesi güçtür. Bu durum da diğer bir sınırlılık olarak belirlenmelidir.

3.3. Verilerin Analizi

Veri toplama aracının oluşturulmasında gerçekleştirilen ve sonuçları önceki bölümde paylaşılan literatür taraması öncelikle belirleyici olmuştur. Araştırma soruları hastanelerde farklı görevlerden bulunan katılımcılarla yapılan odak grup görüşmeleri sonunda araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Anket, 7 adet demografik soru, 13 adet birden fazla seçeneğin seçilebildiği soru ile artış nedenleri ve önleme yollarına ilişkin 22 adet 5’li Likert ölçeğine göre hazırlanan sorudan oluşmaktadır. Karşılaştırmanın mümkün olabilmesi için öncelikle uluslararası ve ulusal literatüründe paylaşılan sorular ve sonuçlar derlenmiştir. Söz konusu çalışma ile oluşturulan çerçeve farklı sağlık mesleği gruplarından oluşan 15 kişilik sağlık çalışanı alt kümesi ile değerlendirilmiş; bu süreçte bazı başlıkların soru setinden çıkarılması yoluna gidilmiştir.

Birer devlet hastanesi, özel hastane, eğitim ve araştırma hastanesi, tıp fakültesi hastanesi ve 112 ambulans biriminden farklı sayılarda çalışanlara 2017 yılı Nisan ve Mayıs aylarında yöneltilen 600 anket formunun 429’u (%71,5) tam olarak cevaplandırılmış ve analize dâhil edilmiştir.

Araştırma sorularına cevap aramak amacıyla ortalamalar arasında karşılaştırmalar yapmak üzere tanımlayıcı istatistik ve ANOVA analizi uygulanmış; SPSS v.20 paket programı kullanılmıştır.

IV. BULGULAR VE SONUÇLAR

Şiddete maruz kalan sağlık çalışanının özelliklerinin neler olduğuna ilişkin bulgulara yaşları, eğitim durumları, çalıştıkları hastane bölümleri, hangi tür hastanelerde görev yaptıkları gibi çeşitli yönlerden cevap aranmaya çalışılmıştır. Şiddeti artıran nedenler konusunda şiddet görenlerin düşünceleri, şiddeti önleme yolları konusunda şiddet görenlerin düşünceleri araştırmaya konu edilmiş, şiddet görenlerin olay sonrasında davranışlarının neler olduğu ayrıca araştırılmıştır.

Maruz kalma sıklığının değerlendirilmesi için son 3 yıl içinde her hangi tür şiddete hiç maruz kalmayan, en çok iki kere maruz kalan ve 2’den fazla kere maruz kalan sağlık çalışanlarına sırasıyla 1, 2 ve 3 değerleri verilmiştir. Böylelikle en az 1 ve en fazla 3 değerleri arasında bir ortalama değerlere her bir özellik için ulaşılabilmiş, ortalamaların arasındaki farklılıkların değerlendirilmesi mümkün olabilmektedir. Son 3 yıl içinde şiddete maruz kalma sıklıkları hiç maruz kalmayan 197 (%37,2), en çok iki kere maruz kalan 81 (%15,3) ve 2’den fazla kere maruz kalan 251 (47,4) olarak gerçekleşmiştir. Sonraki aşamada şiddeti artıran nedenler ve şiddeti önleme yolları konusunda şiddete maruz kalanların cevapları (332 katılımcı, Örneklemin %62,7’si değerlendirmeye alınmıştır).

4.1. Şiddete Maruz Kalanların Özellikleri

Şiddete maruz kalma ile yaşlar arasında bir ilişkinin bulunup bulunmadığı sorusu pek çok bakımdan önem taşımaktadır. Analiz sonucunda 30-40 arası ve 40 yaş üzeri gibi yakın

ortalamalarda şiddete maruz kalmış iken 30 yaş altı kişilerin daha az şiddet gördükleri anlaşılmıştır. Levene Değeri'nin 0,972 olarak belirlenmesi sonrasında gerçekleştirilebilen ANOVA Tukey testinde 30 yaş altı ile 30-40 yaş aralığında bulunanlar ve 40 yaş üzeri katılımcılar arasında istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık bulunduğu görülmüştür.

Tablo 1. Sağlık Çalışanlarının Yaşlarına Göre Şiddete Maruz Kalma Durumları

Yaşlara göre şiddete maruz kalma		n	Ort.	S. Sapma		
	30 yaş altı	138	1,9538	0,9152		
	30-40 arası	193	2,2124	0,9022		
	40+	98	2,2449	0,8974		
	Toplam	429	2,1021	0,9155		
		Ortalama Farklılığı	p			
	30 yaş altı / 30-40 arası	-0,2587	0,009			
	30-40 arası / 40+	-0,0325	0,955			
	30 yaş altı / 40+	-0,2911	0,021			
		Levene Değeri		p		
Levene	0,029		0,972			
Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p	
Gruplar Arası	9,584	2	4,792	5,822	0,003	
Gruplar İçi	432,904	526	0,823			
Toplam	442,488					

Şiddete maruz kalma ile sağlık çalışanlarının tamamladıkları öğrenim derecesi arasındaki ilişki de araştırılmıştır. Levene Değeri'nin 0,581 olarak belirlenmesi sonrasında gerçekleştirilebilen ANOVA Tukey testinde öğrenim durumları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık bulunmadığı görülmüştür. Test sonuçlarına aşağıdaki gibi ulaşılmıştır ($p < 0,05$).

Şiddete maruz kalanların yaşları bakımından yapılan analizde son 3 yıl içinde 30-40 arası ve 40'dan fazla yaşı bulunanların yakın ortalamalarda şiddete maruz kaldığı, yaşı 30'dan az bulunanların istatistik bakımından anlamlı olarak daha az şiddet gördükleri gözlemlenmiştir. Söz konusu farklılaşmanın nedeninin belirlenmesi şiddetin önlenmesi ve engellenmesi bakımından önem taşımakta, ayrıntılı daha ileri analizlere ihtiyaç bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının eğitim durumlarının şiddete maruz kalma ortalamalarında istatistiksel bakımdan farklılığa neden olmaması yaşlar arasında şiddete maruz olma farklılığının sebebinin eğitim düzeyi farklılığı olmadığı konusunda fikir vermektedir.

Tablo 2. Sağlık Çalışanlarının Öğrenim Durumlarına Göre Şiddete Maruz Kalma Durumları

Eğitim durumuna göre şiddete maruz kalma		n	Ort.	S. Sapma		
	Lise	108	2,1102	0,9225		
	Ön Lisans	74	2,2031	0,9458		
	Üniversite	203	2,0667	0,9093		
	Y.Lisans	44	2,2188	0,9064		
	Toplam	429	2,1021	0,9155		
		Ortalama Farklılığı	p			
	Lise / Ön Lisans	-0,0929	0,914			
	Lise / Üniversite	0,0435	0,972			
	Lise / Y.Lisans	-0,1086	0,934			
	Ön Lisans / Üniversite	0,1365	0,698			
	Ön Lisans / Yüksek Lisans	-0,0156	1,000			
	Üniversite / Y.Lisans	-0,1521	0,808			
		Levene Değeri	p			
Levene	0,654	0,581				
Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p	
Gruplar Arası	1,492	3	0,497	0,592	0,620	
Gruplar İçi	440,996	525	0,840			
Toplam	442,488					

Şiddete maruz kalma ile çalışanların görev aldıkları bölümler arasındaki ilişki de araştırılmıştır. Şiddete en fazla maruz kalınan alanlar sırasıyla Acil, Cerrahi ve Dâhili servisler ve Kan Alma-Enjeksiyon bölümleri iken, en düşük oranda şiddete maruz kalınan bölümler sırasıyla Y.Bakım ve Ameliyathane, Radyoloji ve Laboratuvarlar olarak belirlenmiştir. Levene Değeri’nin 0,946 olarak belirlenmesi sonrasında ANOVA Tukey testi yapılabilmektedir. Test sonucunda Dahili Servisler ile Yoğun Bakım/Ameliyathane ortalamaları arasında ($p=0,001$), Cerrahi Servisler ve Yoğun Bakım/Ameliyathane ortalamaları arasında ($p=0,000$), Acil ile Radyoloji/Laboratuvarlar ortalamaları arasında ($p=0,006$), Acil ile Yoğun Bakım/Ameliyathane ortalamaları arasında ($p=0,000$) istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık gözlemlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının Görev Aldıkları Bölümlere Göre Şiddete Maruz Kalma Durumları

	n	Ort.	S. Sapma		
	Dâhili	94	2,1736	0,9032	
Cerrahi	64	2,2281	0,8928		
Acil	96	2,3542	0,8703		
Radyoloji ve Lab.	82	1,8780	0,8943		
Y.Bakım Ameliyathane	74	1,6622	0,8802		
Kan Alma, Enjeksiyon	19	2,2105	0,9177		
Toplam	429	2,1021	0,9155		
	Ortalama Farklılığı	p			
Dâhili/Cerrahi	-0,0544	0,997			
Dâhili/Acil	-0,1806	0,640			
Dâhili/Radyoloji ve Lab.	0,2956	0,159			
Dâhili/Y.Bakım Ameliyat.	0,5115	0,001			
Dâhili/Kan Alma, Enjeks.	-0,0369	1,000			
Cerrahi/Acil	-0,1261	0,911			
Cerrahi/Radyoloji ve Lab.	0,3500	0,074			
Cerrahi/Y.Bakım Ameliy.	0,5659	0,000			
Cerrahi/Kan Alma, Enjeks.	0,0175	1,000			
Acil/Radyoloji ve Lab	0,4761	0,006			
Acil/Y.Bakım Ameliyat	0,6920	0,000			
Acil/Kan Alma, Enjeks.	0,1436	0,988			
Rad. ve Lab./YB Amel	0,2159	0,657			
Rad. ve Lab./Kan AL., Enj	-0,3325	0,686			
Y.Bakım Ameliyat / Kan Alma, Enjeksiyon	-0,5484	0,160			
	Levene Değeri	p			
Levene	0,237	0,946			
Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar Arası	27,307	5	5,461	6,880	0,000
Gruplar İçi	415,181	523	0,794		
Toplam	432,488				

Şiddet sıklığının araştırıldığı bir diğer başlık ise farklı sahipliklerde bulunan sağlık tesisleri arasındadır. En sık şekilde 112 Ambulanslarında şiddete maruz kalındığı ve hastane türleri arasında Tıp Fakültesi Hastaneleri, Devlet Hastaneleri ve Eğitim Araştırma Hastanelerinin Özel hastanelerden daha yüksek oranda şiddet riskine sahip buldukları görülmüştür.

112 Ambulansları, tıp fakültesi hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri ve devlet hastanelerinde özel hastanelere göre daha yüksek ve birbirlerine yakın düzeyde şiddete maruz kalındığı ifade edilmiştir. Levene Değeri'nin 0,660 olarak belirlenmesi sonrasında gerçekleştirilebilen ANOVA Tukey testi ile ortalamalar arasında farklılıklar araştırılmıştır. Devlet hastaneleriyle özel hastaneler ortalamaları arasında ($p=0,005$), eğitim araştırma hastaneleri ile özel hastaneler ortalamaları arasında ($p=0,041$), tıp fakültesi hastaneleri ile özel hastaneler ortalamaları arasında ($0,014$), 112 Ambulans istasyonu ile özel hastaneler ortalamaları arasında ($0,012$) istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık gözlemlenmiştir ($p<0,05$).

Özel hastane çalışanlarının daha az şiddete maruz kalmış olmasının iş yükünün ve hasta yoğunluğunun nispeten az olması dışındaki nedenleri (yapı ve organizasyon, hasta kitlesi ve çalışan karakteristikleri) ayrıca araştırılmalıdır.

Tablo 4. Sağlık Çalışanlarının Görev Aldıkları Hastane Türlerine Göre Şiddete Maruz Kalma Durumları

		n	Ort.	S. Sapma		
Hastane türüne göre şiddete maruz kalma	Devlet Hastanesi	175	2,1396	0,9078		
	Özel Hastaneler	45	1,5333	0,8604		
	Eğitim Araştırma Hastanesi	89	2,0562	0,9215		
	Tıp Fakültesi Hastanesi	64	2,1618	0,9079		
	112 Ambulans	56	2,2647	0,8981		
	Toplam	429	2,1021	0,9155		
		Ortalama Farklılığı		p		
	Devlet/Özel	0,6063	0,005			
	Devlet/ Eğitim Araştırma	0,0834	0,941			
	Devlet/Tıp Fakültesi	-0,0222	1,000			
	Devlet/112 Ambulans	-0,1251	0,941			
	Özel/Eğitim Araştırma	-0,5229	0,041			
	Özel/Tıp Fakültesi	-0,6284	0,014			
	Özel/112 Ambulans	-0,7314	0,012			
	Eğitim Araştırma/Tıp	-0,1055	0,951			
	Eğitim Araştırma/112 Ambulans	-0,2085	0,785			
	Tıp Fakültesi/112 Ambulans	-0,1029	0,983			
		Levene Değeri		p		
	Levene	0,604	0,660			
	Varyansın Kaynağı	KT	Sd	KO	F	p
Gruplar Arası	11,467	4	2,867	3,485	0,008	
Gruplar İçi	431,021	524	0,823			
Toplam	442,488					

4.2. Şiddeti Artıran Nedenler Konusunda Şiddet Görenlerin Düşünceleri

Son üç yıl içinde şiddete en az bir kere maruz kaldığımı ifade eden katılımcılara şiddeti artıran nedenler konusunda görüşleri sorulmuştur. İfadelerin belirlenmesi için öncelikle bir devlet hastanesinde görev yapan 12 sağlık çalışanı ile odak grup görüşmesi yapılmış, ardından üzerinde daha fazla önemle durulan konuların katılımcılara sorulması kararlaştırılmıştır. Çalışanlara her bir ifade için görüşleri sorulmuş, Kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, ne katılıyorum ne de katılmıyorum, katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum cevaplarından biri ile ifadelerin değerlendirilmesi istenmiştir. İfadeler sırasıyla 1’den 5’e kadar puanlanarak ortalamaları değerlendirilmiştir. Bulgulara ilişkin ortalama ve standart sapma değerlerine Tablo 5’de ortalama değer sırasıyla yer verilmiştir.

Şiddeti artıran nedenlerle ilgili sağlık çalışanlarının görüşlerinin derlenmesinde öncelikle toplumun özelliklerine odaklanan cevaplar göze çarpmaktadır. Toplum bakımından nedenler; toplumun genel eğitim düzeyindeki düşüklük (4,2169), toplumun sağlık çalışanlarına yönelik medyada yer alan yayınlardan etkilenmesi (4,3976), toplumda diğer nedenlerle şiddet eğiliminin giderek artması (4,6355), sistemden kaynaklanan hata ve aksaklıkları toplum tarafından çalışan kaynaklı algılanması (4,3825), toplumun hasta hakları konusuna yapılan vurgudan etkilenmesi (4,6175) olarak sıralanmıştır.

Yönetimsel ve sistemselsel sorunlar da şiddet olgusunun nedenleri arasında gösterilmiştir. Sağlık insan kaynaklarının yetersizliği ve dengeli planlanmamış olması (3,8825), çalışma ortamı ve mimari yapının uygunsuzluğu nedeniyle çalışanların şiddete açık halde bırakılması (4,0452), sağlık tesisi yönetim ve organizasyonunda aksaklıklar (4,4880) bu nedenlerin

başlıcaları olarak öne çıkmaktadır. Şiddeti önleyici yasal düzenlemelerin yetersizliği ve etkin güvenlik önlemlerinin alınmaması hususu üzerinde en çok durulan neden olarak göze çarpmaktadır (4,6837)

Sağlık çalışanlarının hastalara ve hasta yakınlarına karşı hoşgörüsüz ve bazen aşağılayıcı yaklaşımlarının şiddetin nisbi olarak daha düşük düzeyde de olsa bir nedeni olduğu sağlık çalışanları tarafından ifade edilmiştir (3,0482). Çalışanların aşırı iş yükü ve iş tatminsizliği nedeniyle tükenmişliği de nedenlerden biri olarak gösterilmiştir (4,2771).

Tablo 5. Şiddeti Artıran Nedenlere İlişkin Sağlık Çalışanlarının Görüşleri: Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları

	n	Ort.	Standart Sapma
Şiddeti önleyici yasal düzenlemelerin yetersizliği ve etkin güvenlik önlemlerinin alınmaması	332	4,6837	0,7120
Genel toplumsal nedenlerle şiddete eğilimin artması	332	4,6355	0,7830
Hizmet alanların hasta haklarına yapılan vurgudan etkilenmeleri	332	4,6175	0,8836
Sağlık tesisi yönetim ve organizasyonunda aksaklıklar	332	4,4880	0,9599
Sağlık çalışanları hakkında medyada çıkan olumsuz haber ve yorumlar	332	4,3976	0,9917
Sistemden kaynaklanan problemlerin sağlık çalışanından kaynaklandığının algılanması	332	4,3825	1,1665
Çalışanların aşırı iş yükü ve iş tatminsizliği nedeniyle tükenmişliği	332	4,2771	1,1588
Toplum genel eğitim düzeyinin düşük olması	332	4,2169	1,2221
Çalışma ortamı ve mimari yapının uygunsuzluğu nedeniyle çalışanların şiddete açık halde bırakılması	332	4,0452	1,2514
Sağlık insan kaynaklarının yetersizliği ve dengeli planlanmamış olması	332	3,8825	1,3242
Sağlık çalışanlarının hastalara ve hasta yakınlarına karşı hoşgörüsüz ve bazen aşağılayıcı yaklaşımları	332	3,0482	1,5999

4.3. Şiddeti Önleme Yolları Konusunda Şiddet Görenlerin Düşünceleri

Şiddete son üç yıl içinde en az bir kere maruz kaldığımı ifade eden katılımcılara şiddeti önleme yolları konusunda görüşleri sorulmuştur. İfadelerin belirlenmesi için öncelikle bir devlet hastanesinde görev yapan 12 sağlık çalışanı ile odak grup görüşmesi yapılmış, ardından üzerinde daha fazla önemle durulan konuların katılımcılara sorulması kararlaştırılmıştır. Çalışanlara bu bölümde de bir önceki bölüme benzer şekilde çalışanlardan ifadeleri kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, ne katılıyorum ne de katılmıyorum, katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum cevaplarından biri ile değerlendirilmeleri istenmiş, cevaplar sırasıyla 1'den 5'e kadar puanlanarak ortalamaları değerlendirilmiştir.

Hizmet sunumunun iyileştirilmesi, kaynakların daha doğru şekilde tahsis ve planlanması ilk üzerinde durulan husus olarak göze çarpmaktadır. Hizmet sunumunun talebi karşılayacak düzeye getirilmesi (4,4488), hasta yoğunluklarının yönetilebilir seviyelerde tutulması (4,7259) ve iş yükü ile orantılı personel istihdamı (4,7229) bu kapsamda öne çıkmaktadır.

Sağlık çalışanlarının yeterli sayıda istihdamının ötesinde yönlendirme elemanı ve hasta danışmanlarının istihdamı (4,6175) üzerinde durulmuştur.

Çalışanların şiddete karşı desteklenmesi ve daha korunaklı hale getirilmesi için çalışılması gerektiği üzerinde ayrıca durulmuştur. Çalışanlara iletişim becerileri (4,2417) ile şiddetle başa çıkma, krizleri yönetme yöntemleri (4,3133) gibi konularda eğitim verilmesi, önleyici güvenlik önlemlerinin artırılması (4,7289) ve çalışanlara hukuki destek verilmesi (4,7229) konuları bu kapsamda ele alınabilir.

Şiddet olgusunun toplumsal boyutunun ayrıca ele alınması gerektiği de sağlık çalışanlarının üzerinde durduğu bir diğer husus olmuştur. Kamuoyunun bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi (4,7922), daha caydırıcı önlemlere başvurulması (4,7470) ve medya yayınlarının şiddeti önleme amaçlı kullanılması (4,8494) bu kapsamda önemli görülen hususlardandır.

Tablo 6. Şiddeti Önleme Yolları Konusunda Sağlık Çalışanlarının Görüşleri: Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları

	n	Ort.	S.S.
Yazılı ve sözlü medyada yapılan haberler ve programların şiddet önleme amaçlı kullanılması	332	4,8494	1,61045
Kamuoyunun doğru bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi	332	4,7922	0,64723
Şiddete karşı daha caydırıcı yasal önlemlerin alınması	332	4,7470	0,98745
Hastanelerde güvenlik önlemlerinin etkinleştirilmesi	332	4,7289	0,72421
Hastanede hasta yoğunluklarının önlenmesi	332	4,7259	0,77354
İş yüküyle orantılı personel çalıştırılması	332	4,7229	0,72609
Çalışana hukuki destek verilmesi	332	4,7229	0,75064
Hastanın tedavi öncesi ve tedavi sırasında yeterince ve doğru şekilde yönlendirilmesi ve yönlendirmeyi sağlayacak hasta danışmanlarının görevlendirilmesi	332	4,6175	0,81973
Hizmet sunumu kapasitesinin erişim düzeyi ve talebi karşılayacak düzeye getirilmesi	332	4,4488	0,97728
Hemşire ve diğer sağlık çalışanlarına şiddetle başa çıkma, krizleri yönetme yöntemleri konusunda eğitim verilmesi	332	4,3133	1,05071
Çalışanlara iletişim becerileri eğitimi verilmesi	331	4,2417	1,05409

4.4. Şiddet Görenin Olay Sonrası Davranışı ve Bildirimler

Sağlık çalışanlarından şiddet gördüğünü belirtenlere şiddet olayı sonrasında davranışları sorulmuş, çoğunluğunun tedavi görme ve istirahat raporu alma yoluna gitmediği çalışmalarına devam ettikleri görülmüştür.

Tablo 7. Şiddet Sonrasında Davranış ve Bildirime İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları

Şiddet Sonrasında		n	%
Sağlık Bakanlığına Bildirim	Yapmayanlar	304	91,6
	Yapanlar	28	8,4
Meslek Odasına Bildirim	Yapmayanlar	328	98,8
	Yapanlar	4	1,2
Polise bildirim	Yapmayanlar	312	94,0
	Yapanlar	20	6,0
Hastane Güvenliğine Bildirim	Yapmayanlar	303	91,3
	Yapanlar	29	8,7
TOPLAM		332	100,0

Bildirimlerin de oldukça düşük seviyelerde kaldığı belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığına bildirim %8,4 oranı ile meslek odasına bildirim ise %1,2 oranıyla oldukça düşük seviyelerdedir. Polise ve hastane güvenliğine bildirim de sırasıyla %6 ve %8,7 oranlarında görülmüştür.

V. TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlıkta şiddet giderek yaygınlaşmakta ve güç kazanmakta iken nedenleri ve önleme yollarının sorunun muhatapları ile tartışılması büyük önem taşımaktadır. Şiddetten etkilenenlerin sağlık kuruluşlarının hangi birimlerinde görev yaptıkları, sağlık kuruluşlarının tür ve sahiplik durumuna göre şiddet olaylarının görülmesi bakımından ne şekilde farklılaştığı gibi sorular sorunun nedenleri ve önleme yollarının tartışılması öncesinde cevaplandırılmalıdır. Ancak bu yolla şiddetin nedeni ve önleme yolları konusunda teşhisler doğrulukla paylaşılabilir. Söz konusu gerçeklikler göz önünde bulundurularak çalışmada öncelikle şiddetin nedenleri ve önleme yolları ile ilişkili oluşturulan sorularla bağlantılı konularda (yaş, eğitim, birim ve hastane türü) şiddete maruz kalma durumunun farklılaşıp farklılaşmadığı araştırılmıştır. Ardından şiddete son üç yıl içinde en az bir kere maruz kaldığını belirten katılımcılara şiddet nedenleri ve önleme yolları ile şiddet sonrası davranış ve raporlama alışkanlıkları sorulmuştur.

Gerçekleştirilen ANOVA analizinde 30'dan az yaşta bulunanlar ile 30-40 yaş aralığında bulunanlar ve 40'dan fazla yaşı bulunanlar arasında istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık bulunduğu görülmüştür. 30'dan az yaşta bulunanların daha düşük şiddete maruz kalma ortalamalarına sahip oldukları görülmüştür. Çalışanın yaş ortalaması ve deneyim süresi ile şiddete uğrama sıklığında anlamlı bir farklılığın olmadığını belirten çalışmalar da bulunmakla beraber (Ayrancı ve diğerleri 2006) orta ve ileri yaştakilerin şiddete maruz kalma durumunun daha fazla olduğunu belirleyen çalışmalar şaşırtıcı şekilde yoğunluktadır. Daha ileri yaştaki sağlık çalışanlarının şiddete daha sıklıkla uğradığı sonucu acil yardımcı sağlık hizmetler çalışanları (Şahin ve diğerleri 2011) için yapılan çalışmada saptanmış, 32 yaş ve üzerindeki diğer gruplardakine göre daha sıklıkla şiddete maruz kaldıkları paylaşılmıştır. Şiddete maruz kalmanın 31-35 ve 36 yaş ve üstü çalışanlarda anlamlı olarak yüksek şekilde görüldüğü Sönmez ve arkadaşlarının Malatya örnekleminde gerçekleştirdikleri çalışmada da ifade edilmiştir (Sönmez ve diğerleri 2013). Wang ve diğerleri (2006) 30-44 yaş grubundakilerin daha fazla oranda şiddete maruz kaldıklarını paylaşmıştır. Şiddete uğramada en riskli yaş grubunu 35-40 yaş aralığı olarak belirleyen bir diğer çalışma da mevcuttur (Hahn et al. 2012). Ulaşılan sonuç söz konusu çalışmaların sonucuyla uygunluk göstermektedir. Yaş farklılığının neden bu tür bir sonuç verdiğine odaklanan daha ayrıntılı ve ileri çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Gerçekleştirilen ANOVA analizinde öğrenim durumları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık bulunmadığı görülmüştür. Çamcı ve Şahin çalışmalarında eğitim durumu için anlamlı bir farklılığa ulaşamamıştır (Çamcı, Şahin 2011). Bir diğer çalışmada ise eğitim düzeylerine göre şiddete uğramanın oranı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, eğitim düzeyi arttıkça şiddete maruz kalma durumunun azaldığı gözlenmiştir (Şahin ve diğerleri 2011). Örnekleme yer alan farklı mesleki geçmişlerin eğitim düzeyleri arasında karşılaştırma yapmayı güçleştirdiği ve sonuca etki ettiği düşünülmektedir. Örnekleme büyüklüğünün artması ve mesleki anlamda daha homojen bir grup ile çalışmanın yapılması halinde eğitim düzeyi karşılaştırmasında daha sağlıklı sonuçlara ulaşılabilecektir.

ANOVA testi sonucunda Dahili Servisler ile Yoğun Bakım/Ameliyathane ortalamaları arasında, Cerrahi Servisler ve Yoğun Bakım/Ameliyathane ortalamaları arasında, Acil ile Radyoloji/Laboratuvarlar ortalamaları arasında, Acil ile Yoğun Bakım/Ameliyathane ortalamaları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık gözlemlenmiştir. Hastane

bölgeleri bakımından acil, cerrahi ve dahili servisler ve kan alma-enjeksiyon bölümleri çalışanları daha yüksek; yoğun bakım ve ameliyathane, radyoloji ve laboratuvar çalışanları daha düşük şiddete maruz kalma ortalaması göstermişlerdir. Psikiyatri departmanlarının şiddet riskinin yüksekliği konusunda da pek çok araştırma bulunmaktadır (Yassi 1994; Zampieron et al. 2011; Coşkun, Öztürk 2010). Acil departmanları da en fazla yoğunlukta şiddetin gözlemlendiği departmanlar olarak sıkça bildirilmiştir (Barlow, Rizzo 1997; Ayrancı ve diğerleri 2006; Lavoie et al., 1988; Winstanley, Whittington 2004). Şiddetle karşılaşma durumunun bizzat hasta bakımı yapan çalışanlarda hastadan daha uzak çalışanlara göre daha yüksek olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (Groenewold et al. 2017). Gerberich bizzat sağlık hizmeti sunulan departmanların ve özellikle yoğun bakım departmanlarının şiddet bakımından yüksek oranlara sahip olduğunu (Gerberich et al. 2004) belirtmiştir. Bir diğer çalışmada dahiliye ve cerrahi bilimleri uzmanlık öğrencilerinin şiddete maruz kalma oranının temel birimlerde çalışan meslektaşlarına kıyasla anlamlı oranda daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Ağkoç 2005). Çalışmada sınıflandırma servisler düzeyinde yapılmadığı; cerrahi, dahili servisler ve görüntüleme alanları olarak yapıldığından departman düzeyinde tartışma mümkün olmamıştır. Bununla beraber; şiddet ortalamasının hasta-çalışan etkileşiminin, kalabalığın, stres düzeyinin ve iş yoğunluğunun fazla olduğu bölümlerde daha yüksek olduğu sonucu literatürdeki sonuçlarla paralellik oluşturmaktadır.

Çalışma ile devlet hastaneleriyle özel hastaneler ortalamaları arasında, eğitim araştırma hastaneleri ile özel hastaneler ortalamaları arasında, tıp fakültesi hastaneleri ile özel hastaneler ortalamaları arasında, 112 Ambulans istasyonu ile özel hastaneler ortalamaları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık gözlemlenmiştir. Özel hastanede şiddete maruz kalma ortalaması diğer tür hastaneler ve 112 istasyonundan önemli ölçüde farklılık göstermiştir. Uluslararası literatürde hastane türleri arasında karşılaştırma yapan çalışmalara rastlanabilmektedir. Örneğin ABD’de gerçekleştirilen bir çalışmada özel hastane çalışanlarının daha sık şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir (Gerberich et al. 2004). Ancak diğer ülke sağlık sistemlerinin ve hastane türü kombinasyonunun farklılığı nedeniyle bu konuda bir değerlendirme yapmanın güç olduğu düşünülmektedir. Bir çalışmada devlet hastanelerinde çalışanların şiddete anlamlı şekilde daha fazla maruz kaldıkları belirtilmiştir (Ayrancı ve diğerleri 2006). Bir diğer çalışmada devlet ve SSK hastanelerinde çalışanların şiddete maruz kalma oranının üniversite hastanelerinden daha yüksek olduğu (Avşar ve diğerleri 2003) bildirilmişse de 2003 yılı sonrası hastanelerin yapı, hasta kitlesi ve işleyişlerinde köklü değişiklikler sonrasında durumun farklılaşmış olabileceği değerlendirilmesi yapılmıştır. Zira bu çalışmada üniversite ve devlet hastanesi arasında bu anlamda farklılık görülmemiştir. Ülkemizde gerçekleştirilen çalışmaların çoğunlukla birden çok hastane için gerçekleştirilmediği, birden çok hastanede gerçekleştirilen çalışmaların ise bu konuya odaklanmadığı görülmüştür. Şiddetin nedenleri ile önemli ölçüde neden-sonuç ilişkisi bulunması beklenen söz konusu çalışmaların ülkemiz özelinde daha kapsamlı ve farklı türde hastaneleri kapsayacak şekilde gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Şiddetin nedenleri konusunda şiddete maruz kalanların görüşleri değerlendirildiğinde toplum yapı ve özelliklerine vurgu yapılan ifadelerin daha fazla öne çıktığı görülmüştür. Toplumun eğitim düzeyindeki düşüklük, medyada yer alan yayınlardan etkilenmesi, toplumda şiddet eğiliminin giderek artması, sistemden kaynaklanan hata ve aksaklıkları toplum tarafından çalışan kaynaklı algılanması ve toplumun hasta hakları konusuna yapılan vurgudan etkilenmesi başlıkları bu kapsamda sıralanabilir. Yönetimsel ve sistemsel sorunlar da şiddet olgusunun nedenleri arasında gösterilmiştir. Sağlık insan kaynaklarının yetersizliği ve dengeli planlanmamış olması, çalışma ortamının uygunsuzluğu nedeniyle çalışanların şiddete açık halde bırakılması, sağlık tesisi yönetim ve organizasyonunda aksaklıklar bu nedenlerin başlıcaları olarak öne çıkmaktadır. Şiddeti önleyici yasal düzenlemelerin yetersizliği ve etkin güvenlik önlemlerinin alınmaması hususu üzerinde en çok durulan neden olarak göze çarpmaktadır. Sağlık çalışanlarının hastalara ve hasta yakınlarına karşı hoşgörüsüz ve bazen

aşağılayıcı yaklaşımlarının şiddetin nisbi olarak daha düşük düzeyde de olsa bir nedeni olduğu sağlık çalışanları tarafından ifade edilmiştir. Çalışanların aşırı iş yükü ve iş tatminsizliği nedeniyle tükenmişliği de nedenlerden biri olarak gösterilmiştir. Sağlık çalışanlarının şiddetin nedeni olarak gördüğü hususlara genel olarak bakıldığında birbirini destekleyen nedenlerin bulunduğu görülebilecektir. Sağlık insan kaynaklarının doğru şekilde planlanmamış olması ve yetersizliği aşırı iş yükünü ve bu durum ise çalışmada tükenmişliği beraberinde getirmekte diğer hususlarında destekleri ile şiddet olgusunun yaygınlaşarak arttığı anlaşılmaktadır. Eğitim seviyesinin düşüklüğü Şahin ve arkadaşları çalışmasında da şiddetin nedeni olarak gösterilmiş, hasta yakınlarının çalışanlara karşı güvensizliği de ayrıca öne çıkmıştır (Şahin ve diğerleri 2011). Uzun hasta bekleme süresi belirlenen bir diğer şiddet nedeni olarak öne çıkmaktadır (Boz ve diğerleri 2006). Hastaların çalışanlara karşı güvensizlikleri, stresli duygu durumları ve medyadan etkilenmeleri (Şahin ve diğerleri 2011); yapısal sorunlar (Özcan, Bilgin 2011), kalabalık ve gürültülü ortamlar, hastaneye uygun olmayan mimari, personel yetersizliği, uzun bekleme süreleri (Vural ve diğerleri 2013) diğer sebepler olarak görülebilmektedir. Çalışanların iletişim problemleri ve kişisel sorunları ve yorgunluğu, krizleri yönetmede yetersizlikleri (Şengül ve diğerleri 2009) de sebepler arasında görülmüştür (Al ve diğerleri 2012). Şiddetin sebeplerine ilişkin değerlendirmelerin çalışmalarda ve çalışmamızda belirli başlıklar altında toplanabildiği ve paralellik gösterdiği görülmektedir. Tüm hastane türlerinde daha fazla sayıda şiddete maruz kalan katılımcı ile çalışmaların gerçekleştirilerek hangi hastane türünde hangi şiddet nedeninin öne çıktığı araştırılmalıdır.

Şiddetin önlenmesi yolları konusunda şiddete maruz kalan katılımcıların düşüncelerinin değerlendirilmesinde hizmet sunumunun iyileştirilmesi, kaynakların daha doğru şekilde tahsis ve planlanması, ilk üzerinde durulan husus olarak göze çarpmaktadır. Hizmet sunumunun talebi karşılayacak düzeye getirilmesi, hasta yoğunluklarının yönetilebilir seviyelerde tutulması ve iş yükü ile orantılı personel, yönlendirme elemanı ve hasta danışmanı istihdamı bu kapsamda öne çıkmaktadır. Çalışanların şiddete karşı daha korunaklı hale getirilmesi için çalışılması gerektiği üzerinde ayrıca durulmuştur. Çalışanlara iletişim becerileri ile şiddetle başa çıkma, krizleri yönetme yöntemleri gibi konularda eğitim verilmesi, önleyici güvenlik önlemlerinin artırılması ve çalışanlara hukuki destek verilmesi konuları bu kapsamda ele alınabilir. Şiddet olgusunun toplumsal boyutunun ayrıca ele alınması gerektiği de sağlık çalışanlarının üzerinde durduğu bir diğer husus olmuştur. Kamuoyunun bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi, daha caydırıcı önlemlere başvurulması ve medya yayınlarının şiddeti önleme amaçlı kullanılması bu kapsamda önemli görülen hususlardandır. Literatürde üzerinde sıklıkla durulan hususların çalışanlar tarafından da vurgulandığı söylenebilir (Keely 2002). İletişim becerilerinin geliştirilmesi, hastaya kendisi için kaygılanıldığının hissettirilmesi ve yeterli ve kapsamlı bilgi verilmesi önleme yolları arasında sayılmıştır (Nelson 2014). Şiddetin azaltılmasına yönelik planlı stratejik önleme programlarının geliştirilmesi ve yıllara yaygın olarak uygulanması önerilmektedir (Kowalenko et al. 2012). Ajite ve agresif hasta ve hasta yakını tanımak, yatıştırma yollarını öğrenmek ve saldırıya uğramaktan kendini korumak konusunda çalışanların bilinçlendirilmesi ve özgüvenlerinin artırılması gerektiği de diğer bir öneri olarak değerlendirilmelidir (Gates et al. 2004).

Şiddet nedenleri konusunda düşünceler ile şiddetin önleme yolları konusundaki düşüncelerin aynı eksende ilerlediği görülmektedir. Çalışanlar yapı ve mimari sorunlarını, yapısal ve sistemsel sorunları, iş yoğunluğu ve hasta talebine karşılık veremeyen istihdam düzeyini sebepler olarak saymakta; bu durumların giderilmesinin şiddeti azaltacağına inanmaktadırlar. Diğer taraftan şiddetin daha çok toplum kaynaklığı olduğu algısı nedeniyle toplum eğitim ve yönlendirmesine ilişkin önlemler öne çıkmaktadır. Uluslararası literatürde şiddetin nedeni olarak öne çıkan iletişim problemleri ve şiddet konusunda çalışanların

hazırlıklı olmamaları konuları ve şiddetin önlenmesi için bu alanlarda çalışma yapılması gerekliliği yeterli ilgiyi görmemektedir.

Son olarak bildirimlerin de oldukça düşük seviyelerde kaldığı belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığına bildirim %8,4 oranı ile meslek odasına bildirim ise %1,2 oranıyla oldukça düşük seviyelerdedir. Polise ve hastane güvenliğine bildirim de sırasıyla %6 ve %8,7 oranlarında görülmüştür. Uluslararası literatürde de raporlama konusu bir problem olarak ortaya konulmuştur. Şiddet sonrası ciddi anlamda zarar gören çalışanların dahi %53’ünün bildirim yaptığı (Franz et al. 2010), bir diğer çalışmada yalnızca %16’sının resmi rapor düzenlediği (Gates 2004), bir diğer çalışmada %65’inin şiddeti hastane yönetimine bildirmedeğini (Chapman et al. 2010) gösterilmiştir. Ülkemizde en yoğun şekilde benimsenen ve kullanılan sistemin Sağlık Bakanlığının beyaz kod sistemi olduğu görülmekle, bu sistemin işlerliğinin artırılmasının şiddeti nedeni, şiddet uygulayanların özellikleri, şiddetin daha yaygın şekilde gerçekleştiği alanlar gibi bilgilerin toplulaştırılmasıyla politika yapımı ve uygulaması kolaylaşabileceği ifade edilebilecektir.

Yapılan literatür taraması ve anket çalışması ışığında aşağıdaki öneriler yapılmıştır:

1. Veri toplama sistematığının geliştirilmesi hastanelerde şiddetin önlenmesi için gerekliliklerin başında gelmektedir. Şiddet olayı bildirimini gerekli ayrıntı ve düzende gerçekleştirilmesi ilk adım olarak önem taşımaktadır. Ülkemizde beyaz kod uygulamaları ile başlayan çabaların çalışanların bilinçlendirilmesi, güçlendirilmesi ve hastane yönetimlerince desteklenmesi ile sürdürülmesi fayda sağlayacaktır.
2. Literatür, araştırmalar ve toplanan veriler ışığında daha sıklıkla şiddet eyleminin gözlemlendiği bölümler için eylem planları oluşturulmalı, bu bölümlerin tasarımı, organizasyonu ve yönetimi üzerinde daha hassasiyetle durulmalıdır.
3. Kamu hastanelerinde özel hastanelerden daha sıklıkla şiddet olayının gerçekleştiği bulgusu ışığında söz konusu farklılığın sebepleri araştırılmalı, şiddetin azaltılması amaçlı söz konusu bilgidен yararlanılmalıdır.
4. Sağlıkta şiddet konusunun sağlık tesisi akreditasyonunda konu edilmesi uluslararası akreditasyon setlerinde sıkça görülen bir olgudur (Ecri Institute 2017). Bu başlığa bileşenlerde yer verilmesi şiddetin azaltılması yönünde üst yönetim desteğini güçlendirebilir.
5. Çalışanların sağlık hizmeti sunumunda sayıca yetersiz kalmaları iş yüklerinde artışa, tükenmişliğe ve yorgunluğa sebep olabilmektedir. Bu durumun ise memnuniyetsizlik ve şiddet yaygınlığının artmasında rol oynayabildiği görülmüştür (Zampieron et al. 2011). Çalışan planlaması ve tahsisinin gerek merkezi devlet otoritesi ve gerekse sağlık kuruluşları tarafından etkin şekilde gerçekleştirilmesi dolaylı olarak şiddeti azaltabilecektir.
6. Şiddetin oluşabileceğini önceden öngörebilme, şiddet anında reaksiyonun ne olması gerektiği konusunda bilgi ve şiddet sonucu zarar görme riskinin en aza indirgenmesi gibi şiddet yönetimi ve önleme eğitimlerinin özellikle daha sık şekilde şiddetle karşılaştıkları belirlenen personele yönelik olarak sıklaştırılması şiddeti ve etkilerini hafifletebilecektir.
7. Sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile iletişim konusunda bilgilendirilmesi, eğitilmesi şiddetin ortaya çıkma hızını düşürebilir. Literatürde iletişim becerilerinin geliştirilmesi, hastaya kendisi için kaygılanıldığının hissettirilmesi ve yeterli ve kapsamlı bilgi verilmesi önleme yolları arasında sayılmıştır.
8. Hastane mimarisinin şiddetin oluşmasına ve etkisinin artmasına engel olacak şekilde tasarlanması fayda sağlayabilecektir. Bir taraftan hasta ve yakınları ile çalışanları daha az yoran ve yıpratın, diğer taraftan iki tarafı daha az karşı karşıya getiren ve şiddete karşı çalışanları daha korunaklı kılan hastane fiziki yapısı hedeflenmelidir.

9. Güvenlik tedbirinin yeterli ve etkin olması sağlık çalışanlarının üzerindeki baskıyı hafifletecek, caydırıcı ceza ve yaptırımlar şiddete meyilli hasta ve yakınları üzerinde engelleyici rol oynayacaktır.
10. Sağlık sisteminin yoğunlukların dengelenmesi, kırtasiyeciliğin azaltılması, bekleme sürelerinin uygun seviyelerde olmasını sağlayacak şekilde topyekûn ve hastane boyutunda iyileştirilmesi şiddeti azaltabilecektir.
11. Şiddet konusunda çalışanların algı ve tepkisi sistem sorunlarına, hizmeti alanların özelliklerine ve yetersizliklere haklı olarak yönelmektedir. Ancak yasa koyucu ve düzenleyicilerin konuyu aynı algı yönelimiyle değerlendirmek yerine bir taraftan çalışanlarca ortaya konan sorunları çözmeye gayret ederken; diğer taraftan çalışanlara eğitim ve rehberlik konusunda yapılabilecekler ve stratejik şiddet önleme programları üzerine yoğunlaşmalıdırlar.

Sağlık çalışanları üzerinde ilave bir psikolojik yük oluşturan ve memnuniyetsizlik, tatminsizlik kaynağı haline gelen şiddet konusunun taraflarıyla ve sonuçlarıyla beraber ciddi şekilde değerlendirilmesi ve önleme yönünde tedbirlerin planlanarak uygulanması gerekmektedir. Hangi alanlarda hangi tür ve hangi nedenlerle şiddetin gerçekleştiğinin belirlenerek bu alanlara özel ve bu nedenlere özgü çalışma yürütülmesi gerekmektedir. Şiddetin azaltılması için hangi aksiyonların alınması gerektiği konusunda sürekli bir gözlem ve değerlendirme, politika alternatiflerinin karşılaştırılması, performans denetimleri ve değerlendirmeleri yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Ağkoç S. (2005) Hekimlerde Mesleki Riskler: İstanbul Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Öğrencileri Üzerinde Bir Çalışma. **İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıpta Uzmanlık Tezi** İstanbul.
2. Al B., Zengin S., Deryal Y., Gökçen C., Yılmaz D.A. and Yıldırım C. (2012) Increased Violence Towards Health Care Staff. **The Journal of Academic Emergency Medicine** 11: 115-24.
3. Alexander C. and Fraser J. (2004) Occupational Violence in an Australian Healthcare Setting: Implications for Managers. **Journal of Healthcare Management** 49(6): 377-90.
4. Avşar A. F., Bedir R. ve Vuruşkan G. (2003) Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimine Karşı Şiddet. **MN Klinik Bilimler ve Doktor** 9(6): 766-770.
5. Ayrancı U., Yenilmez Ç., Balcı Y. and Kaptanoğlu C. (2006) Identification of Violence in Turkish Health Care Settings. **Journal of Interpersonal Violence** 21(2): 276-296.
6. Aytaç A. ve Dursun S. (2013) Çalışma Hayatında Kadına Yönelik Şiddet: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. **İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası** 71(1): 68-78.
7. Barlow C. B. and Rizzo A. G. (1997) Violence against surgical residents. **The Western Journal of Medicine** 167(2): 74-87.
8. Boz B., Acar K., Ergin A., Erdur B., Kurtuluş A. and Ergin N. (2006) Violence toward Health Care Workers in Emergency Departments in Denizli, Turkey. **Advances in Therapy** 23(2): 364-369.

9. Carmi-Iluz T., Peleg R., Freud T. and Shvartzman P. (2005) Verbal and Physical Violence towards Hospital- and Community-Based Physicians in the Negev: An Observational Study. **BMC Health Services Research** 5(1):54.
10. Chapman R., Styles I., Perry L. and Combs S. (2010) Examining the Characteristics of Workplace Violence in One Non-Tertiary Hospital. **Journal of Clinical Nursing** 19(3-4): 479-88.
11. Coşkun S. ve Öztürk A. T. (2010) Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi. **Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi** 3(3): 16-23.
12. Çamcı O., Kutlu Y. (2011) Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2(1):9-16.
13. Deans C. (2004) The Effectiveness of a Training Program for Emergency Department Nurses in Managing Violent Situations. **Australian Journal of Advanced Nursing** 21(4): 17–22.
14. Ecri Institute (2017) Healthcare Risk, Quality and Safety Guidance. **Violence in Healthcare Facilities** <https://www.ecri.org/components/HRC/Pages/SafSec3.aspx?tab=2>. (Erişim Tarihi: 16.02.2018).
15. Fernandes C. M. B., Bouthillette F., Raboud J. M., Bullock L., Moore C. F., Christenson J. M., Grafstein E., Rae S., Ouellet L., Gillrie C. and Way M. (1999) Violence in the Emergency Department: A Survey of Health Care Workers. **Canadian Medical Association Journal** 161(10): 1245-1248.
16. Franz S., Annett Z., Schablon A., Kuhnert S. and Nienhaus A. (2010) Aggression and Violence against Health Care Workers in Germany - A Cross Sectional Retrospective Survey. **BMC Health Services Research** 10(1): 51.
17. Gacki-Smith J., Juarez A. M., Boyett L. B., Homeyer C., Robinson L. and MacLean S. L. (2009) Violence Against Nurses Working in US Emergency Departments. **Journal of Nursing Administration** 39(7): 340-349.
18. Gates D. M. (2004) The Epidemic of Violence against Healthcare Workers. **Occupational and Environmental Medicine** 61(8): 649-50.
19. Gates D., Fitzwater E., Telintelo S., Succop P. and Sommers M. S. (2004) Preventing Assaults by Nursing Home Residents: Nursing Assistants’ Knowledge and Confidence—A Pilot Study. **Journal of American Medical Directors Association** 5(2): 17-21.
20. Gerberich S. G., Church T. R., McGovern P. M., Hansen H. E., Nachreiner N. M., Geisser M. S., Ryan A. D., Mongin S. J. and Watt G.D. (2004) An Epidemiological Study of the Magnitude and Consequences of Work Related Violence: The Minnesota Nurses’ Study. **Occupational Environmental Medicine** 61(6): 495–503.
21. Groenewold M. R., Sarmiento R. F. R., Vanoli K., Raudabaugh W., Nowlin S. and Gomaa A. (2017) Workplace Violence Injury in 106 US Hospitals Participating in the Occupational Health Safety Network (OHSN), 2012-2015. **American Journal of Industrial Medicine** 61(2): 157-166.

22. Hahn S., Hantikainen V., Needham I., Kok G., Dassen T. and Halfens R. J. (2012) Patient and Visitor Violence in the General Hospital, Occurrence, Staff Interventions and Consequences: A Cross-Sectional Survey. **Journal of Advanced Nursing** 68(12): 2685-2699.
23. ILO (2002) International Labour Office/International Council of Nurses/World Health Organization/Public Services, **International Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector** Geneva, International Labour Office, s.3.
24. İlhan M. N., Özkan S., Kurtcebe Z. Ö., ve Aksakal F. N. (2009) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlileri ve İntörn Doktorlarda Şiddet Maruziyet ve Şiddetle İlişkili Etmenler. **Toplum Hekimliği Bülteni** 28(3): 15-23.
25. Keely B. R. (2002) Recognition and Prevention of Hospital Violence. **Dimensions of Critical Care Nursing** 21(6): 236-241.
26. Kingma M. (2001) Workplace Violence in the Health Sector: A Problem of Epidemic Proportion. **International Nursing Review** 48(3): 129–130.
27. Knott J. C. Bennett D. Rawet J. and Taylor D. M. (2005) Epidemiology of Unarmed Threats in the Emergency Department. **Emergency Medicine Australia** 17(4): 351–358.
28. Kowalenko T., Cunningham R., Sachs C. J., Gore R., Barata I. A., Gates D., Hargarten S. W., Josephson E. B., Kamat S., Kerr H. D. and McClain A. (2012) Workplace Violence In Emergency Medicine: Current Knowledge and Future Directions, Violence: Recognition, Management, and Prevention. **The Journal of Emergency Medicine** 43(3): 523–531.
29. Lavoie F. W., Carter G. L., Danzl D. F. ve Berg R. L. (1988) Emergency Department Violence in United States Teaching Hospitals. **Annals of Emergency Medicine** 17(11): 1227-1233.
30. Nelson R. (2014) Tackling Violence Against Health-Care Workers. **Lancet** 383(9926): 1373-1374.
31. Özcan N. K. ve Bilgin H. (2011) Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistemantik Derleme. **Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science** 31(6):1442-1456.
32. Riopelle D. D., Bourque L. B., Robbins M., Shoaf K. I. and Kraus J. (2000) Prevalence of Assault and Perception of Risk of Assault in Urban Public Service Employment Settings. **International Journal of Occupational and Environmental Health** 6(1): 9-17.
33. Ryan D. and Maguire J. (2006) Aggression and Violence-A Problem in Irish Accident and Emergency Departments? **Journal of Nursing Management** 14(2): 105–116.
34. Sönmez M., Karaoğlu L., Egri M., Genç M. F. Güneş G. and Pehlivan E. (2013) Prevalence of Workplace Violence Against Health Staff in Malatya. **Bitlis Eren University Journal of Science and Technology** 3(1): 26-31.

35. Şahin B., Gaygısız Ş., Balcı F. M., Öztürk D., Sönmez M. B. ve Kavalcı C. (2011) Yardımcı Acil Sağlık Personeline Yönelik Şiddet. **Türkiye Acil Tıp Dergisi** 11(3):110-114.
36. Şengül C. Şimşek D. ve Serinken M. (2009) Acil Serviste Şiddet Yönetimi. **Türkiye Acil Tıp Dergisi** 9(3): 139-143.
37. Taylor J. L. and Rew L. (2010) A Systematic Review of the Literature: Workplace Violence in the Emergency Department. **Journal of Clinical Nursing** 20(7-8): 1072–1085.
38. Vural F., Çiftçi S., Fil Ş., Dura A. ve Vural B. (2013) Bir Devlet Hastanesinde Acil Servis Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Şiddetin Rapor Edilme Sıklığı. **Türk Aile Hekimliği Dergisi** 17(4):147-152.
39. Wang P. X., Wang M. Z., Hu G. X. and Wang Z. M. (2006) Study on the Relationship between Workplace Violence and Work Ability among Health Care Professionals in Shangqiu City. **Wei Sheng Yan Jiu** (35)4: 472-474.
40. Wen L. S. and Goodwin, K. E. (2016) Violence Is a Public Health Issue. **Journal of Public Health Management and Practice** 22(6): 503–505.
41. Winstanley S. and Whittington R. (2004) Aggression towards Health Care Staff in a UK General Hospital: Variation among Professions and Departments. **Journal of Clinical Nursing** 13(1): 3-10.
42. World Health Organization (1996) **Prevention of Violence: A Public Health Priority**. 20-25 May 1996, 2. http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf. (Erişim Tarihi: 10.03.2018)
43. World Health Organization (1998) **Violence and Health: Task Force on Violence and Health**. Geneva: World Health Organization.
44. Yassi A. (1994) Assault and Abuse of Health Care Workers in a Large Teaching Hospital. **Canad Med Assoc J** 151(9): 1273–1279.
45. Zampieron A., Galeazzo M., Turra S. and Buja A. (2011) Perceived Aggression towards Nurses: Study in Two Italian Health Institutions. **Erratum** 19(15-16): 11-12.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

ÖRGÜTSEL BAĞLILIK VE ÖRGÜTSEL VATANDAŞLIK DAVRANIŞININ İNCELENMESİ: SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN *
Gözde YEŞİLAYDIN **
Ayça KARAHAN ***

ÖZ

Örgütlerde verimlilik ve etkinliği arttıran örgütsel vatandaşlık davranışı, örgütsel bağlılığın en önemli sonuçlarından biri olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmanın amacı örgütsel bağlılık ile örgütsel vatandaşlık davranışı arasındaki ilişkinin sağlık kurumları yönetimi açısından incelenmesidir. Bu amaçla Eskişehir’de faaliyet gösteren kamu, özel ve üniversite hastanelerinde çalışan yöneticiler ile idari personele anket uygulanmıştır. Regresyon analizi, örgütsel vatandaşlık davranışına en fazla etki eden değişkenin duygusal bağlılık olduğunu göstermiştir. Duygusal bağlılık ve normatif bağlılık değişkenlerinin örgütsel vatandaşlık davranışı üzerindeki etkisi pozitif iken, devamlılık bağlılığı değişkeninin örgütsel vatandaşlık davranışı üzerindeki etkisi negatiftir.

Anahtar Kelimeler: Örgütsel Bağlılık, Örgütsel Vatandaşlık Davranışı, Sağlık Kurumları Yönetimi, Hastaneler

MAKALE HAKKINDA


* Dr., Öğr. Üyesi Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, gamze@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5710-9547>

** Dr. Öğr. Üyesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, SBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, gterekli@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2901-6474>

*** Öğr. Gör. Dr., Pamukkale Üniversitesi, Kale Meslek Yüksekokulu, Yönetim ve Organizasyon Bölümü, akarahan@pau.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-1356-350X>

Gönderim Tarihi: 05.10.2018

Kabul Tarihi: 21.12.2018

Atıfta Bulunmak İçin:

Yorgancıoğlu Tarcan, G., Yeşilaydın, G., Karahan, A. (2019). Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışının İncelenmesi: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 157-180.

INVESTIGATION OF ORGANIZATIONAL COMMITMENT AND ORGANIZATIONAL CITIZENSHIP BEHAVIOUR: A RESEARCH ON HEALTH CARE PERSONNEL

Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN *
Gözde YEŞİLAYDIN **
Ayça KARAHAN ***


ABSTRACT

Organizational citizenship behavior, which increases productivity and efficiency in organizations, has been recognized as one of the most important consequences of organizational commitment. The purpose of this study is to investigate the relationship between organizational commitment and organizational citizenship behavior in the field of health care management. To serve this aim, a questionnaire was administered to manager and administrative staff at public, private and university hospitals in Eskişehir. Regression analyses showed that affective commitment was the variable which has the greatest affect on organizational citizenship behavior. While the effect of affective commitment and normative commitment variables on organizational citizenship behavior is positive, the effect of continuance commitment variable on organizational citizenship behavior is negative.

Keywords: Organizational Commitment, Organizational Citizenship Behaviour, Health Care Management, Hospitals

ARTICLE INFO

* Hacettepe University, gamze@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5710-9547>

** Eskişehir Osmangazi University, gterekli@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2901-6474>

*** Pamukkale University, akarahan@pau.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-1356-350X>

Received: 05.10.2018

Accepted: 21.12.2018

Cite This Paper:

Yorgancıoğlu Tarcan, G., Yeşilaydın, G., Karahan, A. (2019). Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışının İncelenmesi: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 157-180.

I. GİRİŞ

Hastanelerde çalışan personelin davranışını şekillendiren örgütsel vatandaşlık ve örgütsel bağlılık kavramları diğer örgütlerde olduğu gibi hastane için de ayrı bir öneme sahiptir. Sağlık sektörü için vazgeçilmez yapı taşı olan beşeri sermayenin sergileyeceği tutum, davranış ve karakteristikler örgütü tehdit ve zorluklardan korurken, performans, kalite, verimlilik gibi göstergelerde de artışı beraberinde getirebilir. Üretim faktörlerinden de biri olan emek faktörü özellikle insan hayatı gibi önemli bir unsura yönelik hizmet sunan sağlık kurumları açısından çok daha önem kazanmaktadır. Yöneticileri ne kadar başarılı olursa olsun, çok farklı profesyonellerin bir arada iş görmesi nedeniyle, sahip olduğu fazla sayıdaki karmaşık beşeri sermayenin sağlık kurumuna bağlılığı olmadığı ve çalışanlar kendilerini o sağlık kurumunun vatandaşı olarak görmedikleri sürece, sağlık kurumlarının etkili ve verimli çalışması mümkün olmayacaktır. Bu nedenle günümüzün rekabet koşulları altında çok boyutlu sosyal sistemleri yapısında barındıran sağlık kurumlarının sahip oldukları en önemli güçlerinden biri olan insan kaynaklarının başarılı yönetimi gereklilikten öte bir zorunluluk halini almıştır.

1.1. Kavramsal Çerçeve

Çalışanların örgüte bağlılığı, günümüz sağlık sektörü için kritik öneme sahip bir konudur. Örgütsel bağlılıkları yüksek olan çalışanların örgütsel vatandaşlık davranışlarını sergileme eğilimleri arasında sıkı bir ilişki bulunmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde öncelikle örgütsel bağlılık ve örgütsel vatandaşlık kavramları alt boyutlarıyla açıklanmaya çalışılacaktır. Sonrasında ise bu kavramların örgütlere sağladığı yararları değinilecektir.

1.2. Örgütsel Bağlılık

İlk defa 1956 yılında Whyte tarafından “Örgüt İnsanı–The Organization Man” çalışmasında ortaya konmuş olan örgütsel bağlılık ya da örgütsel adanmışlık kavramının genel kabul görmüş tek bir tanımı bulunmamakla birlikte örgütsel bağlılık çalışanların örgüte bağlanma ve kendilerini adama dereceleri olarak tanımlanmaktadır (Awamleh 1996). Gautam ve arkadaşları (2005) örgütsel bağlılığı, çalışanların örgütle aralarındaki ilişkiyi belirleyen psikolojik bir durum ve örgüt geneline olan bağlılıkları şeklinde tanımlamıştır. Bağlılığı davranışsal olarak gören Becker (1960) örgütsel bağlılığı yan bahis kuramı (sidebet theory) ile açıklamış ve kişinin örgütte çalıştığı süre içinde elde ettiği emek, zaman, statü ve para gibi değerleri örgütten ayrıldığı zaman kaybedeceği korkusu ile oluşan bağlılık olarak ele almıştır. Örgütsel bağlılığı örgütsel davranış teorisyenleri tutumsal, sosyal psikologlar ise davranışsal boyutuna odaklanarak tek boyutlu bir yapı olarak ele almış olsalar da, tanımlardan anlaşılacağı üzere örgütsel bağlılık kavramı, psikolojik, sosyolojik, davranışsal gibi farklı yaklaşımlarla açıklanmaya çalışılan çok boyutlu bir yapıdır.

Meyer ve Allen 1984 yılında yaptıkları ilk çalışmada örgütsel bağlılık ölçeğini, duygusal ve devamlılık bağlılıkları boyutlarından oluşan iki boyutlu bir yapı olarak, 1991 yılında yaptıkları çalışmalarında ise normatif bağlılık boyutunu da ekleyerek bağlılık modellerini üç boyutlu bir yapı olarak ele almışlardır. Bu çalışmada da örgütsel bağlılığın Meyer, Allen ve Smith (1993) tarafından ortaya konan, Wasti (2000a) tarafından Türkçeye uyarlanan ve bu konuda son 15 yıl içerisinde en çok tercih edilen bağlılık tipolojisi olan (Özkalp, Kirel 2013) üç boyutlu örgütsel bağlılık yapısı üzerinde durulacaktır. Bu boyutlar sırası ile duygusal bağlılık (affective commitment), normatif bağlılık (normative commitment) ve devamlılık bağlılığı (continuance commitment) şeklindedir ve her boyut çalışanların örgütte kalma kararlarını farklı şekillerde etkilemektedir.

1.2.1. Duygusal Bağlılık (Affective Commitment)

Duygusal bağlılık boyutu çalışanların örgütle kimliklerini özdeşleştirmeleri, örgüte katılımları ve çalıştıkları örgütü sevmeleri ile ilişkilidir ve örgütlerine duygusal olarak bağlılıkları yüksek çalışanlar, işyerlerinde kendileri istedikleri için çalışmaya devam ederler (Love 2013). Duygusal bağlılık genellikle iş tatmini ve örgütsel adalet gibi olumlu iş deneyimlerinin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Yüksek düzeyde örgütsel vatandaşlık davranışının sergilenmesi ile işe gelmeme ve işe geç kalma gibi davranışların azalması duygusal bağlılığın arzu edilen çıktılardan biridir (Wasti 2002). Örgüte duygusal yönden bağlanan çalışanlar örgüt başarısına katkıda bulunmak için çok yüksek performans sergileyecekleri düşünüldüğünden, duygusal bağlılık boyutu örgüt çalışanlarında yüksek düzeyde olması istenen bağlılık boyutudur (Özler 2012).

1.2.2. Normatif Bağlılık (Normative Commitment)

Normatif bağlılık boyutu, kişinin kendini örgüte karşı yükümlü (sorumlu) hissetmesi ile ilişkilidir ve örgütlerine normatif bağlılıkları yüksek olan çalışanlar, işyerlerinde çalışmalarının gerekliliğine inandıkları için o iş yerinde çalışmaya devam ederler (Love 2013). Normatif bağlılık kişinin doğru olanın “bir iş yerinde çalışıyor olmak” olduğuna inanmasından dolayı, kişinin sosyal normlara bağlı kalarak kendini örgütte kalmaya zorunlu hissetmesidir (Weiner, Vardi 1980).

1.2.3. Devamlılık Bağlılığı (Continuance Commitment)

Devamlılık bağlılığı boyutu kişinin işi bıraktığında ortaya çıkacağını düşündüğü maliyetlerle ilişkilidir ve örgütlerine devamlılık bağlılıkları yüksek olan çalışanlar, işyerlerinde kendilerini çalışmak zorunda hissettikleri için o iş yerlerinde çalışmaya devam ederler (Love 2013). Devamlılık bağlılığının ortaya çıkmasında etkili olan iki önemli faktör bulunmaktadır; başka iş alternatiflerinin olmaması ve kişinin yan bahisleri. Yan bahisler kişinin işten ayrılmasının maliyetini arttıran zaman, para ve emek gibi kişinin iş yerine yaptığı yatırımlarıdır (Wasti 2002). Kanter'e göre (1968) çalışanların bir iş yerinde çalışmaya devam etmek istemesini etkileyen devamlılık bağlılığı bilişsel bir yapıdadır. Kişi karar vermesi gerektiği noktada iş yerinde çalışmaya devam etmesi ve o işten ayrılması durumları arasındaki mali durumunun kâr – zarar kıyaslamasını yapar. Eğer işten ayrılmanın maliyeti işte çalışmaya devam etmekten yüksekse; iş yerinde çalışmak daha kârlı olacağı için kişi o işte çalışmaya devam etmek zorunda kalır.

1.3. Örgütsel Vatandaşlık

Günümüzün rekabet koşullarında örgütlerin devamlılığını sürdürebilmesi, başarılı olabilmesi, etkili ve verimli üretim yapabilmesi için, örgütlerde iş tanımında yazılanlardan daha fazlasını yapan, kendini işine adayan çalışanlara her geçen gün daha fazla ihtiyaç duyulmaya başlanmıştır. İşyerlerinin sürekli değişen koşullarına daha iyi uyum sağladığı düşünülen ve “iyi vatandaş” davranışları sergileyen bu çalışanlar; takım arkadaşlarına karşı yardımseverdirler, fazla iş yükleri için gönüllüdürler, çatışmalardan kaçınırlar, iş yerinin kural ve talimatlarına daha saygılı olurlar (Robbins et al. 2013). Çalışanların kendilerine teşvik edici herhangi bir ödül açıkça veya üstü kapalı olarak vaat edilmediği halde, iş yerlerinde işverenlerinin başarısı için kendi istekleri ile başkalarına yardım etmeleri ve desteklemeleri örgütsel vatandaşlık davranışı ile açıklanmaktadır. Kişilerin görev yetki ve sorumluluklarında veya rol tanımlarında yer almadığı halde bu şekilde davranması, çalışanın gönüllü olarak tamamıyla kendi tercihidir ve ihmali halinde ceza gerektirmeyen bir davranıştır. (Organ 1988). Örgütsel vatandaşlık davranışı bir yandan aktif, üretken ve çalışkan çalışanların sergilediği örgütü destekleme ve örgüte aktif katılımı kapsayan

davranışları içerirken, diğer yandan çalışanların örgüte zarar verecek zararlı davranışlardan kaçınması da bu kavram kapsamında ele alınmaktadır (Basım, Şeşen 2006).

Literatürde “İyi Asker Sendromu”, “Ekstra Rol Davranışı”, “Prososyal Örgütsel Davranış” ve “Bağlamsal Performans” gibi farklı adlandırmaların da yapıldığı (Meydan ve Basım 2015), Örgütsel Vatandaşlık Davranışı farklı araştırmacılar (Podsakoff et al. 2000; Smith et al. 1983; Van Dyne et al. 1994; Morrison, 1994) tarafından farklı boyutlarla ele alınmış olsa da araştırmalarda en çok Organ (1988) tarafından önerilen beş boyutlu yapı ile açıklanmaktadır. Bu çalışmada da Organ tarafından ortaya konan Örgütsel Vatandaşlık Davranışı boyutları ile uyumluluk gösteren, Vey ve Campbell (2004) ile Williams ve Shiaw (1999)’un Örgütsel vatandaşlık davranışını ölçmek için ortaya koydukları çalışmalarından yararlanılarak hazırlanan; Türkçe’ye uyarlaması Basım ve Şeşen (2006) tarafından yapılan “Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ölçeği” (Organizational Citizenship Behaviour Scale)’nin beş boyutu temel alınmıştır. Bu boyutlar sırasıyla “Diğergamlık”, “Vicdanlılık”, “Nezaket”, “Centilmenlik” ve “Sivil Erdem” şeklindedir.

1.3.1. Diğergamlık (Özgecilik - Altruizm)

Kişinin diğer kişilere yardım etme amacıyla gerçekleştirdiği bilinçli ve istekli davranışlardır (Örneğin yeni çalışmaya başlayan kişinin iş yerine oryantasyonuna yardımcı olmak veya iş yükü fazla olan bir çalışana yardım etmek gibi) (Smith et al. 1983).

1.3.2. Vicdanlılık (Üstün Görev Bilinci - Conscientiousness)

Etik bir boyut olan vicdanlılık boyutu çalışanların işe devam etme, kurallara uyma, mola verme, çok çalışma gibi işle ilgili kendilerinden beklenen minimum rol davranışlarının ötesine geçmesidir (Farh et al. 1997). Bu boyuta sahip çalışanlar için çalışmak, işe mesaiden önce gelmek veya mesaiden sonra da çalışmaya devam etmek gerekse bile, elindeki işi bitirene kadar çalışmaya devam etmek demektir (Van Yperen et al. 1999). Örgüt çalışanlarının işyerinde olmadığı zamanlarda işlerin yolunda olduğundan emin olmak için diğer örgüt üyelerini araması ve fazla mesai verilmediği durumlarda bile işlerini bitirmek için mesaiye kalması bu davranışa örnek olarak verilebilir (Şenturan 2014).

1.3.3. Nezaket (Courtesy)

Bazı kaynaklarda “Nezaket Tabanlı Bilgilendirme” olarak da ele alınan nezaket boyutu özellikle önceden bir sorunun çıkması öngörülüyorsa bu durumda alınacak kararlar veya yapılacak eylemler başkalarını etkileyecek ise, etkilenebilecek bu kişilere konu hakkında bilgi verilmesini temel almaktadır (Özler 2012). Kısacası nezaket sahibi çalışanlar eylemlerinin başkaları üzerindeki etkilerini göz önüne alırlar (Van Yperen et al. 1999). Önceden haberdar etme, hatırlatma, bilgi alışverişi ve danışma nezaket boyutu için örnek olarak verilebilir (Şenturan 2014).

1.3.4. Centilmenlik (Sportsmanship)

Centilmenlik, çalışanların iş yerindeki engelleyemedikleri olumsuzlukları / elverişsizlikleri / rahatsızlıkları ve yükümlülükleri herhangi bir şikâyet etmeden tolere etme isteğidir (Organ 1990). Podsakoff ve arkadaşlarına (2000) göre ise centilmenlik kişilerin başkalarının kendilerine verdikleri rahatsızlıklardan şikâyet etmemesinden öte bir davranıştır ve çalışanın işler yolunda gitmediğinde de olumlu davranış sergilemesidir, çalışanın önerileri diğerleri tarafından kabul edilmediğinde de küsmeden çalışmasıdır, takım arkadaşlarının iyiliği için kendi çıkarlarını feda edebilmektir, fikirlerinin reddedilmesini kişisel algılamamasıdır. Çalışanların örgütün mal ve hizmetlerini başkalarına karşı koruması,

piyasalara örgüt ve ürünleri ile ilgili iyi haberler yayması ve yanlış anlaşılmalari düzeltmeye çalışması centilmenlik kapsamında ele alınmaktadır.

1.3.5. Sivil Erdem (Yurtaşlık Erdemi, Örgütsel Katılım – Civil Virtue)

Örgütsel Vatandaşlık Davranışı üzerine yapılan birçok çalışmalarda ortak olarak yer alan boyuttur (Özler 2012). Bazı çalışmalarda “Örgütün Gelişimine Destek Verme” (Acar 2006) gibi farklı isimlerle de yazında yer alan bu boyut örgüt çalışanlarının örgütün gelişimine destek vermesini, örgütü etkileyen olaylara karşı kendilerini sorumlu olarak görmelerini kapsamaktadır (Acar 2006; Özler 2012). Örgütle ilgili problemlerde ve gelişim süreçlerinde karar alma süreçlerine katılmak, bu süreçlere yönelik fikirlerini ve çözüm önerilerini sunmak, örgütün düzenlediği toplantılara ve törenlere katılmak, duyuruları okumak, örgütle ilgili olabilecek farklı bilgi kaynaklarında yer alan bilgilendirmelere dikkat etmek sivil erdem boyutu altında ele alınabilecek çeşitli davranışlardır (Graham, Van Dyne 2006).

1.4. Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Vatandaşlığın Örgütsel Faydaları

Örgütsel bağlılıkları yüksek olan çalışanların örgütsel vatandaşlık davranışlarını sergileme eğilimleri arasındaki sıkı ilişkinin sonucunda çalışanlar motivasyonlarının artmasıyla daha iyi bir performans sergileyerek örgütlerinin başarılı bir performans sergilemesine yardımcı olurlar (Bahrami et al. 2016). Çalıştıkları örgütlere bağlılıkları yüksek düzeyde olan çalışanların, başta daha düşük düzeyde işten ayrılma, işten kaçma ve devamsızlık oranları olmak üzere, birçok olumlu çalışan davranışını sergileme eğilimleri de yüksek olmaktadır (Özler 2012).

Ford ve diğerlerinin (2006) sağlık sektöründe yaptıkları araştırmaya göre çalışanların örgütsel bağlılıkları ile çalışanların memnuniyetleri arasındaki pozitif ilişkinin ortaya çıkardığı olumlu sonuçlardan biri de hasta memnuniyetinin artmasıdır. Örgütsel bağlılığın yüksek olması çalışanların performansında, iş tatmininde ve örgütün verimliliğinde artışa; çalışanların devamsızlığında, personel devir hızında ise azalmaya sebep olmaktadır (Top, 2012). Top (2012) Sağlık Bakanlığı'na bağlı beş eğitim ve araştırma hastanesinde hekim ve hemşirelere yönelik yaptığı çalışmasında örgütsel bağlılık, örgütsel güven ve iş doyumunu arasında güçlü ve pozitif anlamlı ilişkiler olduğu sonucuna varmıştır. Kim ve diğerleri (2005) hizmet sektöründe yaptıkları çalışmalarında örgütsel bağlılıkları yüksek olan çalışanların daha çok müşteri odaklı çalıştıklarını (müşterilerine daha fazla odaklandıklarını) ve iş tatminlerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Örgütsel bağlılığın çalışanların performans, verimlilik, sadakat, motivasyon, iş tatmini, yaratıcılık ve yenilik yapma düzeyleri üzerinde pozitif; devamsızlık, işten ayrılma niyeti ve işgücü devri arasında negatif yönde ilişkisi olduğu düşünülmektedir (Özler 2012). Sonuç olarak örgütsel bağlılığı yüksek çalışanlar örgütün amaç ve hedeflerine ulaşması için kendilerinden beklenenin çok üstünde çaba ortaya koyar, kendilerini örgütlerine adanlar. Örgütün amaç ve hedeflerine olan inanışlarından dolayı, bu amaç ve hedeflere ulaşılması için kendilerine verilen emirlere gönüllüce uyarlar ve örgütte kalmada kararlılık gösterirler (Şenturan 2014). Sağlık kurumlarında çalışanların örgütsel bağlılığının düşük olmasının hasta bakım kalitesine, hasta sadakatine ve hastane kârlılığına olumsuz etkileri olmaktadır (Top 2012).

1980'li yıllarda dünyada yaşanan sosyal, ekonomik, politik ve teknolojik değişmelere paralel olarak kendi içlerinde değişime ayak uyduramayan bazı örgütler küçülüp, yok olurken; bazı örgütler ise bu değişime ayak uydurmuş, değişimi içselleştirerek çalışanlarına daha fazla değer vermeye başlamışlardır (Basım, Şeşen 2006).

1.5. Araştırmanın Önemi

Literatürde örgütsel bağlılık ve örgütsel vatandaşlık davranışı arasındaki ilişkiyi inceleyen ulusal ve uluslararası çeşitli araştırmalar incelendiğinde; bazı araştırmalarda (Cohen 2006; Gautam et al. 2005; Meydan, Basım 2015; Organ, Ryan 1995) örgütsel bağlılık ile örgütsel vatandaşlık davranışı arasında pozitif ilişkiler ortaya konurken, bazı araştırmalarda (Williams, Anderson 1991; Aslan 2008) örgütsel bağlılık ile örgütsel vatandaşlık davranışı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Her ne kadar ulusal yazında konuları sağlık sektörü için ayrı ayrı başka kavramlarla birlikte ele alan çalışmalara rastlanmış olsa da (Arslan ve diğerleri 2013; Tokgöz, Seymen 2013; Top 2012; Top ve diğerleri 2015) örgütsel bağlılık ve örgütsel vatandaşlık davranışını bir arada sağlık kurumları açısından inceleyen çalışmaya rastlanmamış olması bu araştırmaya özgünlük kazandırmaktadır.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, Eskişehir’de faaliyet gösteren kamu, özel ve üniversite hastanesinde çalışan yöneticilerin ve idari personelin örgütsel bağlılık ve örgütsel vatandaşlık davranışı düzeylerini belirlemek, bu düzeylerin katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre farklılaşmış farklılaşmadığını ortaya koymak, örgütsel bağlılık ve örgütsel vatandaşlık davranışı arasındaki ilişkiyi saptamak ve örgütsel bağlılık boyutlarının örgütsel vatandaşlık davranışı üzerindeki etkilerini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Bu amaç doğrultusunda, aşağıdaki sorulara yanıt aranacaktır:

1. Katılımcıların örgütsel bağlılık düzeyleri yüksek midir?
2. Katılımcıların örgütsel vatandaşlık davranışı sergileme düzeyleri yüksek midir?
3. Katılımcıların örgütsel bağlılık algısı/ örgütsel vatandaşlık davranışı cinsiyete, medeni durum, öğrenim durumu, yürütmekte oldukları göreve, görev yerine göre farklılık göstermekte midir?
4. Katılımcıların yaş, kurumda çalışma süresi, örgütsel bağlılık alt boyutları ve genel örgütsel bağlılık algısı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? Varsa ilişkinin yönü ve kuvveti nedir?
5. Katılımcıların yaş, kurumda çalışma süresi, örgütsel vatandaşlık davranışı alt boyutları ve genel örgütsel vatandaşlık davranışı arasında anlamlı bir ilişki var mıdır? Varsa ilişkinin yönü ve kuvveti nedir?
6. Örgütsel bağlılık boyutları örgütsel vatandaşlık davranışı üzerinde etkili midir?

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, Eskişehir’de faaliyet gösteren kamu, özel ve üniversite hastanesinde çalışmakta olan yöneticiler ve idari personel oluşturmaktadır. Eskişehir İli sınırları içerisinde faaliyet gösteren tüm kamu, özel ve üniversite hastanelerinde 75’i yönetici ve 779’u idari personel olmak üzere toplam 854 (N=854) kişi görev yapmaktadır. Basit rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenen örneklem büyüklüğü $\alpha=0,05$ ve $\pm 0,10$ örnekleme hatası ile 1000 kişilik evren için 88 olarak belirlenebilir (Demir 2012; Can 2017). Bu çalışmada ise $\alpha=0,05\pm 0,10$ örnekleme hatası ile belirlenen örneklem büyüklüğü (n=100) betimsel araştırmalar için yeterli kabul edilmektedir (Arlı, Nazik 2001).

2.3. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak anket formu kullanılmıştır. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcılara ilişkin tanımlayıcı bilgiler, ikinci bölümde “Örgütsel Bağlılık Ölçeği”ne, son bölümde ise “Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ölçeği” ne ilişkin ifadeler yer almaktadır. Tanımlayıcı özelliklere ilişkin bilgi formunda katılımcıların cinsiyeti, medeni durumu, yaşı, öğrenim durumu, hastanedeki görevi, görev yeri ve kurumda çalışma süresi (yıl) olmak üzere toplam 7 soru bulunmaktadır.

Örgütsel bağlılık düzeyini ölçmek için Meyer, Allen ve Smith (1993) tarafından geliştirilen; Wasti (2000a) tarafından Türkçe’ye uyarlanarak geçerlilik güvenilirlik analizi yapılan “Örgütsel Bağlılık Ölçeği” (Organizational Commitment Questionnaire) kullanılmıştır. Ölçeğin, “Duygusal Bağlılık”, “Normatif Bağlılık” ve “Devamlılık Bağlılığı” olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Her boyut 6 ifadeden oluşmakta, ölçekte toplam 18 ifade bulunmaktadır. Duygusal Bağlılık boyutunda 3, Normatif Bağlılık boyutunda ise 1 ifade olumsuz olduğu için ters kodlama yapılmıştır.

Örgütsel vatandaşlık davranışını ölçmek için Vey ve Campbell (2004) ile Williams ve Shiaw (1999)’un çalışmalarından yararlanılarak hazırlanan; Türkçe’ye uyarlaması Basım ve Şeşen (2006) tarafından yapılan “Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ölçeği” (Organizational Citizenship Behaviour Scale) kullanılmıştır. Ölçeğin, “Diğergamlık”, “Vicdanlılık”, “Nezaket”, “Centilmenlik” ve “Sivil Erdem” olmak üzere beş alt boyutu bulunmaktadır. Bu boyutlar Organ (1988) tarafından ortaya konan örgütsel vatandaşlık davranışı boyutlarıyla da uyumluluk göstermektedir. Diğergamlık boyutunda 5, Vicdanlılık boyutunda 3, Nezaket boyutunda 3, Centilmenlik boyutunda 4 ve Sivil Erdem boyutunda 4 ifade bulunan ölçek, toplam 19 ifadeden oluşmaktadır.

Araştırmada kullanılan her iki ölçekte de ifadeler, 5’li Likert tipi ölçek ile değerlendirilmiş olup; “kesinlikle katılmıyorum” (1) ile “kesinlikle katılıyorum” (5) arasında değer almaktadır. Örgütsel Bağlılık Ölçeği’nde alt boyutlardan alınacak yüksek puanlar daha fazla duygusal, devam ve normatif bağlılık hissedildiğini göstermekte (Çetin ve diğerleri 2011); kısaca değerler arttıkça örgütsel bağlılık artmaktadır (Wasti, 2000b). Benzer şekilde Örgütsel Vatandaşlık Ölçeği’nde de ortalama puanlar “5” değerine yaklaştıkça ilgili boyutun düzeyi en yükseği, “1” değerine yaklaştıkça en düşüğü göstermekte (Ürek 2015), dolayısıyla değerler arttıkça örgütsel vatandaşlık davranışı gösterme eğilimi artmaktadır. Araştırmada Örgütsel Bağlılık Ölçeği’ne ilişkin ölçülen Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,683; Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ölçeği’ne ilişkin ölçülen Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı ise 0,819 olarak hesaplanmıştır. Cronbach Alfa katsayısı 0 ile 1 arasında değer alır. 1’e yaklaştıkça uyumun ve tutarlılığın yüksek olduğunu gösteren Cronbach Alfa katsayısının 0,80 ile 1,00 arasındaki değerleri ise ölçümün yüksek derecede güvenilir olduğunu gösterir (İslamoğlu 2011). Cronbach Alfa katsayısının 0,60 ile 0,79 arasında değer alması durumunda ise ölçek oldukça güvenilirdir (Alpar 2012). Buna göre çalışmada kullanılan her iki ölçeğin de güvenilir olduğu söylenebilir.

2.4. Verilerin Analizi

Araştırmada katılımcıların tanımlayıcı özelliklerini incelemek, örgütsel bağlılık ve örgütsel vatandaşlık davranışı düzeylerini belirlemek için betimleyici istatistiklerden (frekans, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler); varyansların homojenliğini test etmek için Levene Test İstatistiğinden; tanımlayıcı özellikler ile örgütsel bağlılık ve örgütsel vatandaşlık davranışı arasında fark olup olmadığını belirlemek için Bağımsız Örneklem t-testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Kruskal Wallis testlerinden yararlanılmıştır. Farkın hangi gruplar arasında olduğu ayrı ayrı yapılan Mann-

Whitney U testi ile Post Hoc testlerinden Tukey LSD testi kullanılarak belirlenmiştir. Araştırma kapsamında ayrıca örgütsel bağlılık ve örgütsel vatandaşlık davranışı boyutları arasındaki ilişkinin gücünü ve yönünü belirlemek amacıyla korelasyon analizi ve değişkenler arasındaki ilişkiyi özetlemek ve matematiksel olarak ifade edebilmek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 20.0 istatistik paket programı kullanılmış olup, anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın kapsamı, Eskişehir’de faaliyet gösteren kamu, özel ve üniversite hastaneleri ile sınırlı tutulmuştur. Bu nedenle, bu araştırmanın sonuçlarının diğer hastanelere genellenemez olması sınırlılıklardan biridir. Ayrıca anket formu sadece yönetici pozisyonundaki kişilere uygulandığından diğer sağlık çalışanları kapsam dışı bırakılmıştır.

III. BULGULAR

Bu bölümde, katılımcılara ilişkin tanımlayıcı özelliklere, örgütsel bağlılık ve örgütsel vatandaşlık davranışı ölçeklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

3.1. Tanımlayıcı Bulgular

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, görev, görev yeri, yaş ve kurumda çalışma süresi gibi tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bilgiler ile sayısal ve yüzdesel dağılımlar Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler, Sayısal ve Yüzdesel Dağılımlar

Değişkenler		f	%		
Cinsiyet	Kadın	45	45,0		
	Erkek	55	55,0		
Medeni Durum	Evli	69	69,0		
	Bekâr	31	31,0		
Öğrenim Durumu	Lise ve dengi	10	10,0		
	Ön lisans	30	30,0		
	Lisans	38	38,0		
	Lisansüstü	22	22,0		
Görev	Başhekim/Başhekim Yrd.	11	11,0		
	Müdür	23	23,0		
	Müdür Yrd.	17	17,0		
	Şef	21	21,0		
	İdari Personel	28	28,0		
Görev Yeri	İdari ve Mali İşler Müdürlüğü	43	43,0		
	Başhekimlik	12	12,0		
	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü	10	10,0		
	İnsan Kaynakları Müdürlüğü	18	18,0		
	Destek Hizmetleri Müdürlüğü	17	17,0		
Toplam		100	100,0		
Diğer Sürekli Değişkenler					
	n	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Yaş	100	37,87	9,46	17	64
Kurumda Çalışma Süresi (Yıl)	100	7,16	7,38	1	37

Katılımcıların %55'i erkek, %69'u evli, %30'u ön lisans ve %38'i lisans mezunudur. Ayrıca %43'ü İdari ve Mali İşler Müdürlüğü'nde görev yapmaktayken; % 23'ü müdür, % 21'i şef ve % 28'i idari personeldir. Araştırmaya katılanların yaş ortalamaları $37,87\pm 9,46$ olup, yaşları 17 ile 64 arasında değişmektedir. Kurumda çalışma süreleri en az 1 yıl, en çok 37 yıl olup; çalışma süresi ortalaması $7,16\pm 7,38$ yıl olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

3.2. Örgütsel Bağlılık Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Örgütsel Bağlılık Ölçeği'ne ve ölçeğe ilişkin alt boyutlara ilişkin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2. Örgütsel Bağlılık Ölçeğine ve Alt Boyutlara İlişkin Betimleyici İstatistikler

	n	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Duygusal Bağlılık	100	3,61	0,76	1,00	5,00
Normatif Bağlılık	100	3,43	0,80	1,00	5,00
Devamlılık Bağlılığı	100	2,87	0,83	1,00	5,00
Genel Örgütsel Bağlılık	100	3,30	0,53	1,33	4,67

Örgütsel Bağlılık Ölçeği alt boyut ortalamalarına bakıldığında en yüksek ortalamanın "Duygusal Bağlılık" ($3,61\pm 0,76$) alt boyutuna; en düşük ortalamanın ise "Devamlılık Bağlılığı" ($2,87\pm 0,83$) alt boyutuna ait olduğu saptanmıştır. Bu kapsamda çalışanların duygusal bağlılıklarının devamlılık ve normatif bağlılıklarına göre daha yüksek olduğu söylenebilir. Genel Örgütsel Bağlılık ortalaması ise $3,30\pm 0,53$ olup; bu değerler ile Kaya, Balay ve Tınaz (2014)'a göre katılımcılarda orta düzeyde bir bağlılık söz konusudur (Tablo 2).

Katılımcılara ilişkin tanımlayıcı özelliklerin Örgütsel Bağlılık Ölçeği ve ölçeğe ilişkin alt boyut ortalamalarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bilgiler Tablo 3'te yer almaktadır.

Tablo 3. Tanımlayıcı Bilgilerin Örgütsel Bağlılık Ölçeği ve Ölçeğe İlişkin Alt Boyut Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

Değişken	Tür	Duygusal Bağlılık	Normatif Bağlılık	Devamlılık Bağlılığı	Genel Örgütsel Bağlılık
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Cinsiyet	Kadın	3,43±0,79	3,33±0,85	2,96±0,85	3,24±0,61
	Erkek	3,75±0,71	3,51±0,74	2,80±0,81	3,35±0,46
		t = - 2,132 p = 0,036*	t = - 1,148 p = 0,254	t = 0,936 p = 0,352	t = - 1,096 p = 0,276
Medeni Durum	Evli	3,71±0,80	3,39±0,83	2,72±0,81	3,27±0,55
	Bekâr	3,38±0,62	3,51±0,72	3,20±0,78	3,36±0,48
		t = 2,002 p = 0,048*	t = - 0,707 p = 0,481	t = - 2,755 p = 0,007*	t = - 0,792 p = 0,430
Öğrenim Durumu	Lise ve dengi	3,42±0,57	3,08±0,48 (Sıra Ort:35,20)	3,02±0,80	3,17±0,41
	Ön Lisans	3,52±0,61	3,28±0,60 (Sıra Ort:44,52)	2,92±0,97	3,24±0,49
	Lisans	3,62±0,92	3,43±0,94 (Sıra Ort:52,41)	2,82±0,79	3,29±0,65
	Lisansüstü	3,79±0,74	3,77±0,78 (Sıra Ort:62,32)	2,82±0,72	3,46±0,37
		F= 0,757 p=0,521	KW=7,917 p=0,048*	F= 0,199 p=0,897	F= 0,996 p=0,398
Görev	Başhekim/ Başhekim Yrd.	3,53±0,70	3,35±0,75	3,17±0,38 (Sıra Ort:60,59)	3,35±0,41
	Müdür	3,85±0,71	3,72±0,78	2,68±0,64 (Sıra Ort:41,85)	3,42±0,44
	Müdür Yrd.	3,99±0,84	3,59±0,98	2,43±0,94 (Sıra Ort:36,74)	3,34±0,60
	Şef	3,43±0,67	3,19±0,62	2,93±1,02 (Sıra Ort:54,95)	3,18±0,50
	İdari Personel	3,34±0,75	3,29±0,78	3,13±0,76 (Sıra Ort:58,66)	3,25±0,62
		F=3,042 p=0,021*	F=1,722 p=0,151	KW=9,963 p=0,041*	F=0,630 p=0,642
Görev Yeri	İdari ve Mali İşler Müdürlüğü	3,79±0,73	3,42±0,83	2,72±0,99 (Sıra Ort:46,16)	3,31±0,58
	Başhekimlik	3,56±0,67	3,39±0,73	3,17±0,34 (Sıra Ort:60,63)	3,37±0,39
	Sağlık Bakım Hizm. Müdürlüğü	3,82±1,04	3,95±1,08	2,43±0,69 (Sıra Ort:33,60)	3,40±0,67
	İnsan Kaynakları Müdürlüğü	3,39±0,88	3,19±0,73	2,99±0,68 (Sıra Ort:54,86)	3,19±0,54
	Destek Hizmetleri Müdürlüğü	3,28±0,44	3,41±0,53	3,16±0,68 (Sıra Ort:59,65)	3,28±0,40
		F=2,026 p=0,097	F=1,538 p=0,197	KW=7,952 p=0,093	F=0,343 p=0,848

\bar{x} : Ortalama; SS: Standart Sapma; Sıra Ort.:Sıra Ortalaması (Mean Rank); KW: Kruskal Wallis; *p<0,05.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre örgütsel bağlılık ortalamalarına bakıldığında, erkeklerde “duygusal bağlılık” (3,75±0,71), “normatif bağlılık”(3,51±0,74) ve “genel örgütsel bağlılık”(3,35±0,46) ortalamalarının kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. “Devamlılık bağlılığı” alt boyutunda ise kadınların ortalamaları (2,96±0,85) erkeklerden

daha yüksektir. Ayrıca cinsiyet değişkeni ile sadece duygusal bağlılık alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,036<0,05$). Buna göre erkeklerin kadınlara göre daha fazla duygusal bağlılığa sahip oldukları söylenebilir (Tablo 3).

Katılımcıların medeni durumlarına göre örgütsel bağlılık ortalamalarına bakıldığında, evlilerin “duygusal bağlılık” ($3,71\pm0,80$) alt boyut ortalamasının bekârlardan daha yüksek olduğu; ancak bekârların da “normatif bağlılık” ($3,51\pm0,72$), “devamlılık bağlılığı” ($3,20\pm0,78$) ve “genel örgütsel bağlılık” ($3,36\pm0,48$) düzeyi ortalamalarının evlilere kıyasla yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca medeni durum değişkeni ile duygusal bağlılık ($p=0,048<0,05$) ve devamlılık bağlılığı ($p=0,007<0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Buna göre evlilerin bekârlara göre daha fazla duygusal; bekârların ise evlilere göre daha fazla devamlılık bağlılığına sahip oldukları söylenebilir (Tablo 3).

Katılımcıların öğrenim durumlarına göre örgütsel bağlılık ortalamalarına bakıldığında, duygusal ($3,79\pm0,74$), normatif ($3,77\pm0,78$) ve genel örgütsel bağlılık düzeyinde ($3,46\pm0,37$) en yüksek ortalamaların lisansüstü mezunlarına ait olduğu görülmektedir. Devamlılık bağlılığı alt boyutunda ($3,02\pm0,80$) ise lise ve dengi mezunların ortalamaları en yüksek değerdedir. Ayrıca öğrenim durumu değişkeni ile normatif bağlılık alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken ($p=0,048<0,05$); diğer boyutlarda anlamlı bir fark bulunmamıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla ayrı ayrı yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı olan farkın lise ve dengi okullardan mezun olanlar ile lisansüstü mezunları arasında olduğu tespit edilmiştir. Buna göre lisansüstü mezunlarının normatif bağlılıklarının lise ve dengi okullardan mezun olanlara göre daha fazla olduğu söylenebilir (Tablo 3).

Katılımcıların görevine göre örgütsel bağlılık ortalamalarına bakıldığında, en yüksek ortalamaların duygusal bağlılık alt boyutunda ($3,99\pm0,84$) müdür yardımcısı, devamlılık bağlılığı alt boyutunda ($3,17\pm0,38$) başhekim/başhekim yardımcısı, normatif bağlılık alt boyutu ($3,72\pm0,78$) ile genel örgütsel bağlılık düzeyinde ($3,42\pm0,44$) ise müdür olarak çalışan katılımcılara ait olduğu saptanmıştır. Ayrıca görev değişkeni ile duygusal bağlılık ($p=0,021<0,05$) ve devamlılık bağlılığı ($p=0,041<0,05$) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Duygusal bağlılık alt boyutunda farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Post-Hoc testi sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı olan farkın müdür yardımcısı ve idari personel olarak görev yapan çalışanlar arasında olduğu tespit edilmiştir. Buna göre müdür yardımcılarının duygusal bağlılıkları idari personelden daha yüksektir. Devamlılık bağlılığına ilişkin farkın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacıyla ayrı ayrı yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre anlamlı olan bu farkın idari personel ile müdür ve müdür yardımcısı olarak görev yapan çalışanlar arasında olduğu belirlenmiştir. Buna göre idari personelin devamlılık bağlılığının müdür ve müdür yardımcılarında daha fazla olduğu söylenebilir (Tablo 3).

Katılımcıların görev yerine göre örgütsel bağlılık ortalamalarına bakıldığında, duygusal ($3,82\pm1,04$), normatif ($3,95\pm1,08$) ve genel örgütsel bağlılık ($3,40\pm0,67$) düzeylerinde en yüksek ortalamaların Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü’nde görev yapan çalışanlara ait olduğu saptanmıştır. Başhekimlikte görevli çalışanların ise devamlılık bağlılığı ($3,17\pm0,34$) diğer birim çalışanlarına göre daha yüksektir. Görev yeri değişkeni ile genel örgütsel bağlılık ve alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 3).

Örgütsel Bağlılık Ölçeği alt boyutları ile katılımcıların yaşı ve kurumda çalışma süresi değişkenleri arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo 4’te yer almaktadır.

Tablo 4. Yaş ve Kurumda Çalışma Süresi Değişkenleri ile Örgütsel Bağlılık Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Korelasyon Analizi

Değişkenler		1	2	3	4	5	6
1. Yaş	r	1	0,513**	0,154	-0,027	-0,159	-0,022
	p		0,000	0,125	0,786	0,113	0,825
	N	100	100	100	100	100	100
2. Kurumda Çalışma Süresi	r		1	0,203*	0,063	0,038	0,149
	p			0,043	0,536	0,710	0,140
	N		100	100	100	100	100
3. Duygusal Bağlılık	r			1	0,362**	-0,212*	0,553**
	p				0,000	0,034	0,000
	N			100	100	100	100
4. Normatif Bağlılık	r				1	0,342**	0,853**
	p					0,001	0,000
	N				100	100	100
5. Devamlılık Bağlılığı	r					1	0,590**
	p						0,000
	N					100	100
6. Genel Örgütsel Bağlılık	r						1
	p						
	N						100

**Korelasyon, 0,01 düzeyinde anlamlıdır. *Korelasyon, 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Korelasyon analizi sonucunda, yaş ile kurumda çalışma süresi; genel örgütsel bağlılık düzeyi ile hem duygusal bağlılık hem de devamlılık bağlılığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönlü, orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Duygusal bağlılık ile kurumda çalışma süresi ve normatif bağlılık; normatif bağlılık ile aynı zamanda devamlılık bağlılığı arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki gözlenmiştir. Ayrıca duygusal bağlılık ile devamlılık bağlılığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönlü, düşük düzeyde bir ilişki söz konusuken; genel örgütsel bağlılık düzeyi ile normatif bağlılık arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönlü ve kuvvetli bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4).

3.3. Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ölçeği'ne ve ölçeğe ilişkin alt boyutlara ilişkin ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler Tablo 5'te yer almaktadır.

Tablo 5. Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ölçeğine ve Alt Boyutlara İlişkin Betimleyici İstatistikler

	n	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Diğergamlık	100	4,15	0,71	1,40	5,00
Vicdanlılık	100	3,41	0,42	2,00	4,33
Nezaket	100	4,14	0,68	2,67	5,00
Centilmenlik	100	4,27	0,60	2,75	5,00
Sivil Erdem	100	4,18	0,64	2,25	5,00
Genel Örgütsel Vatandaşlık Davranışı	100	4,03	0,45	2,61	4,73

Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ölçeği alt boyut ortalamalarına bakıldığında en yüksek ortalamanın "Centilmenlik" ($4,27 \pm 0,60$) alt boyutuna; en düşük ortalamanın ise "Vicdanlılık" ($3,41 \pm 0,42$) alt boyutuna ait olduğu saptanmıştır. Ortalamalar beşe yaklaştıkça ilgili boyutun düzeyi en yükseği, bire yaklaştıkça en düşüğü gösterdiğinden katılımcıların

centilmenlik davranışı sergileme eğilimlerinin yüksek düzeyde olduğu söylenebilir. Genel örgütsel vatandaşlık davranışı ortalaması ise $4,03 \pm 0,45$ olup, ortalamanın üstünde bir örgütsel vatandaşlık davranışı sergileme durumu söz konusudur (Tablo 5).

Katılımcılara ilişkin tanımlayıcı özelliklerin Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ölçeği ve ölçeğe ilişkin alt boyut ortalamalarına göre karşılaştırılmasına ilişkin bilgiler Tablo 6'da yer almaktadır.

Tablo 6. Tanımlayıcı Bilgilerin Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ölçeği ve Ölçeğe İlişkin Alt Boyut Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

	Tür	Dığergamlık	Vıcdanlılık	Nezakət	Centilmenlik	Sivil Erdem	Genel Örgütsel Vatandaşlık Davranışı
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Cinsiyet	Kadın	4,13±0,66	3,43±0,46	4,11±0,72	4,12±0,61	4,03±0,68	3,96±0,46
	Erkek	4,16±0,76	3,39±0,37	4,16±0,66	4,39±0,57	4,31±0,58	4,08±0,48
		t= -0,211 p = 0,834	t = 0,426 p = 0,671	t = -0,381 p = 0,704	t = -2,276 p=0,025*	t = -2,236 p=0,028*	t = -1,315 p = 0,192
Medeni Durum	Evli	4,30±0,52 (S.Ort.55,70)	3,44±0,43	4,31±0,66	4,43±0,50 (S.Ort:57,74)	4,26±0,60	4,15±0,41
	Bekâr	3,81±0,95 (S.Ort.38,92)	3,34±0,39	3,75±0,58	3,90±0,66 (S.Ort.34,39)	4,01±0,70	3,76±0,43
		MWU=710,500 p = 0,007*	t = 1,064 p = 0,290	t = 4,088 p=0,000*	MWU=570,000 p = 0,000*	t = 1,854 p = 0,067	t = 4,236 p = 0,000*
Öğrenim Durumu	Lise ve dengi	4,04±0,51	3,37±0,40	4,20±0,76	4,08±0,68	3,80±0,67	4,18±0,64
	Ön Lisans	4,18±0,71	3,42±0,45	3,84±0,64	4,29±0,60	4,13±0,71	3,90±0,48
	Lisans	4,18±0,64	3,34±0,42	4,19±0,72	4,28±0,57	4,23±0,64	3,97±0,48
	Lisansüstü	4,11±0,93	3,53±0,35	4,42±0,51	4,28±0,64	4,34±0,45	4,05±0,45
		F=0,139 p=0,937	F=0,999 p=0,397	F=3,483 p=0,019*	F=0,363 p=0,780	F=1,822 p=0,148	F=0,862 p=0,464
Görev	Başhekim/ BaşhekimY.	3,78±1,21 (S.Ort.44,0)	3,45±0,45	4,33±0,52	4,11±0,62	4,32±0,34	4,00±0,50
	Müdür	4,49±0,40 (S.Ort.65,96)	3,45±0,28	4,38±0,67	4,61±0,34	4,47±0,58	4,28±0,26
	Müdür Yrd.	4,36±0,38 (S.Ort.57,15)	3,45±0,37	4,41±0,61	4,43±0,53	4,43±0,51	4,22±0,33
	Şef	4,19±0,65 (S.Ort.51,12)	3,43±0,50	3,95±0,68	4,45±0,65	4,17±0,68	4,04±0,52
	İdari Pers.	3,86±0,72 (S.Ort.35,86)	3,32±0,47	3,84±0,68	3,80±0,49	3,76±0,62	3,72±0,41
		KW=15,32 p=0,004*	F=0,443 p=0,777	F=3,627 p=0,009*	F=9,329 p=0,000*	F=5,973 p=0,000*	F=7,194 p=0,000*

\bar{x} : Ortalama; SS: Standart Sapma; S. Ort.:Sıra Ortalaması (MeanRank); MWU: Mann-Whitney U Test; KW: Kruskal Wallis Test; *p<0,05.

Tablo 6. Tanımlayıcı Bilgilerin Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ölçeği ve Ölçeğe İlişkin Alt Boyut Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması - Devamı

Tür		Diğergamlık	Vicdanlılık	Nezaket	Centilmenlik	Sivil Erdem	Genel Örgütsel Vatandaşlık Davranışı
		$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$
Görev Yeri	İd.Ml.İş.Müd	4,34±0,63	3,47±0,35	4,23±0,73 (S.Ort.54,50)	4,31±0,62 (S.Ort.53,02)	4,24±0,58	4,12±0,44
	Başhekim.	3,80±1,16	3,44±0,43	4,33±0,49 (S.Ort.57,21)	4,08±0,60 (S.Ort.40,71)	4,29±0,33	3,99±0,48
	Sağ.Bak.Hiz.M üd.	4,48±0,32	3,50±0,32	4,40±0,64 (S.Ort.61,75)	4,70±0,26 (S.Ort.71,85)	4,48±0,49	4,31±0,22
	İns.Kay. Müd	4,03±0,67	3,41±0,39	4,02±0,70 (S.Ort.45,64)	4,15±0,52 (S.Ort.43,08)	4,00±0,76	3,92±0,40
	Des.Hiz.Müd	3,85±0,52	3,18±0,57	3,75±0,53 (S.Ort.34,18)	4,15±0,70 (S.Ort.46,32)	3,99±0,81	3,78±0,53
		F=3,169	F=1,783	KW=9,093	KW=8,808	F=1,497	F=3,179
		p=0,017*	p=0,139	p=0,059	p=0,066	p=0,209	p=0,017*

\bar{x} : Ortalama; SS: Standart Sapma; S. Ort.:Sıra Ortalaması (MeanRank); MWU: Mann-Whitney U Test; KW: Kruskal Wallis Test; *p<0,05.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre örgütsel vatandaşlık davranışı ortalamalarına bakıldığında, “vicdanlılık” alt boyutu dışındaki tüm boyutların ve genel örgütsel vatandaşlık davranışı sergileme düzeyi ortalamalarının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kadınların ise “vicdanlılık” alt boyut ortalaması (3,43±0,46) erkeklere göre daha yüksektir. Ayrıca cinsiyet değişkeni ile “centilmenlik” (p=0,025<0,05) ve “sivil erdem” (p=0,028<0,05) alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (Tablo 6).

Katılımcıların medeni durumlarına göre örgütsel vatandaşlık davranışı ortalamalarına bakıldığında, hem genel vatandaşlık davranışı sergileme düzeyine hem de tüm alt boyutlara ilişkin ortalamaların evlilerde bekârlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca medeni durum değişkeni ile “Diğergamlık” (p=0,007<0,05), “Nezaket” (p=0,000<0,05), “Centilmenlik” (p=0,000<0,05) ve “Genel Örgütsel Vatandaşlık Davranışı” (p=0,000<0,05) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Buna göre evlilerin bekârlara göre daha fazla örgütsel vatandaşlık davranışı sergiledikleri söylenebilir (Tablo 6).

Katılımcıların öğrenim durumlarına göre örgütsel vatandaşlık davranışı sergileme düzeyi ortalamalarına bakıldığında, diğergamlık alt boyutunda ön lisans ve lisans mezunlarının ortalamaları eşit olup en yüksek değere sahiptir. “Centilmenlik” (4,29±0,60) alt boyutunda en yüksek ortalama değer ön lisans mezunlarına aitken; “vicdanlılık” (3,53±0,35), “nezaket” (4,42±0,51) ve “sivil erdem” (4,34±0,45) alt boyutlarında lisansüstü mezunlar; genel örgütsel vatandaşlık davranışında (4,18±0,64) ise lise ve dengi mezunlar en yüksek ortalama değere sahiptir. Ayrıca öğrenim durumu değişkeni ile sadece “nezaket” alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken (p=0,019<0,05); diğer boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Post-Hoc testi sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı olan farkın, ön lisans ile lisansüstü mezunları arasında olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, lisansüstü

mezunlarının ortalaması daha yüksek olduğundan “nezaket” davranışı sergileme eğilimlerinin ön lisans mezunlarına göre daha fazla olduğu söylenebilir (Tablo 6).

Katılımcıların görevine göre örgütsel vatandaşlık davranışı sergileme düzeyi ortalamalarına bakıldığında, “nezaket” ($4,41 \pm 0,61$) alt boyutunda en yüksek ortalama değer müdür yardımcısı olarak görev yapan personele aittir; diğer boyutlarda ve genel örgütsel vatandaşlık davranışı sergileme düzeyi ortalamasında en yüksek değer müdür olarak çalışan personele aittir. Ayrıca görev değişkeni ile “vicdanlılık” alt boyutu dışındaki tüm boyutlar ve genel örgütsel vatandaşlık davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla ayrı ayrı yapılan Mann-Whitney U ve Post-Hoc testi sonuçlarına göre anlamlı olan bu farkın, tüm boyutlarda ve genel örgütsel vatandaşlık davranışı sergileme düzeyinde idari personel ile hem müdür hem de müdür yardımcısı olarak çalışan personel arasında olduğu tespit edilmiştir. Buna göre idari personelin diğergamlık, nezaket, centilmenlik, sivil erdem ve genel örgütsel vatandaşlık davranışı sergileme düzeyinin müdür ve müdür yardımcılardan daha düşük olduğu söylenebilir (Tablo 6).

Katılımcıların görev yerine göre örgütsel vatandaşlık davranışı sergileme düzeyi ortalamalarına bakıldığında, tüm boyutlarda ve genel örgütsel vatandaşlık davranışı düzeyinde en yüksek ortalama “Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü” çalışanlarına aittir. Ayrıca görev yeri değişkeni ile “diğergamlık” ($p=0,017 < 0,05$) ve “genel örgütsel vatandaşlık davranışı” ($p=0,017 < 0,05$) sergileme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Anlamlı olan bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Post-Hoc testi sonuçlarına göre “diğergamlık” alt boyutunda İdari Mali İşler Müdürlüğü ile Destek Hizmetleri Müdürlüğü; genel örgütsel vatandaşlık davranışı sergileme düzeyinde ise Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü ile Destek Hizmetleri Müdürlüğü arasında fark olduğu saptanmıştır. Her iki durumda da Destek Hizmetleri Müdürlüğü’nde görev yapmakta olan çalışanların diğergamlık ve genel örgütsel vatandaşlık davranışı sergileme düzeyi daha düşüktür (Tablo 6).

Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ölçeği alt boyutları ile katılımcıların yaşı ve kurumda çalışma süresi değişkenleri arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo 7’de yer almaktadır.

Tablo 7. Yaş, Kurumda Çalışma Süresi Değişkenleri ile Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ölçeği Alt Boyutlarına İlişkin Korelasyon Analizi

Değişkenler		1	2	3	4	5	6	7	8
1.Yaş	r	1	0,513**	0,231*	0,128	0,279**	0,452**	0,458**	0,428**
	p		0,000	0,021	0,205	0,005	0,000	0,000	0,000
	N	100	100	100	100	100	100	100	100
2. Kurumda Çalışma Süresi	r		1	0,173	0,107	0,037	0,141	0,148	0,164
	p			0,086	0,290	0,715	0,161	0,141	0,103
	N		100	100	100	100	100	100	100
3.Diğergamlık	r			1	0,457**	0,341**	0,612**	0,327**	0,754**
	p				0,000	0,001	0,000	0,001	0,000
	N			100	100	100	100	100	100
4.Vicdanlılık	r				1	0,274**	0,413**	0,432**	0,640**
	p					0,006	0,000	0,000	0,000
	N				100	100	100	100	100
5. Nezaket	r					1	0,478**	0,425**	0,704**
	p						0,000	0,000	0,000
	N					100	100	100	100
6. Centilmenlik	r						1	0,604**	0,846**
	p							0,000	0,000
	N						100	100	100
7. Sivil Erdem	r							1	0,750**
	p								0,000
	N							100	100
8.Genel Örgütsel Vatandaşlık Davranışı	r								1
	p								
	N								100

**Korelasyon, 0,01 düzeyinde anlamlıdır. *Korelasyon, 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Korelasyon analizi sonucunda, yaş ile diğergamlık ve nezaket; diğergamlık ile ayrıca nezaket ve sivil erdem; nezaket ile ayrıca vicdanlılık alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yaş ile kurumda çalışma süresi, centilmenlik, sivil erdem ve genel örgütsel vatandaşlık davranışı sergileme düzeyi; vicdanlılık ile diğergamlık, centilmenlik, sivil erdem ve genel örgütsel vatandaşlık davranışı sergileme düzeyi; centilmenlik ile diğergamlık, nezaket ve sivil erdem; nezaket ile sivil erdem arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu söylenebilir. Ayrıca örgütsel vatandaşlık davranışı sergileme düzeyi ile diğergamlık, nezaket, centilmenlik ve sivil erdem alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönlü ve kuvvetli bir ilişki vardır (Tablo 7).

3.4. Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ölçeği İlişkisi

Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo 8'de yer almaktadır.

Tablo 8. Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ölçeklerine Ait Alt Boyutlara İlişkin Korelasyon Analizi

Değişkenler		Duygusal Bağlılık	Normatif Bağlılık	Devamlılık Bağlılığı
Diğergamlık	r	0,418**	0,166	- 0,176
	p	0,000	0,098	0,080
	N	100	100	100
Vicdanlılık	r	0,236*	0,263**	-0,043
	p	0,018	0,008	0,674
	N	100	100	100
Nezaket	r	0,365**	0,235*	-0,259**
	p	0,000	0,019	0,009
	N	100	100	100
Centilmenlik	r	0,267**	0,146	-0,225*
	p	0,007	0,148	0,024
	N	100	100	100
Sivil Erdem	r	0,308**	0,175	-0,140
	p	0,002	0,082	0,164
	N	100	100	100

**Korelasyon, 0,01 düzeyinde anlamlıdır. *Korelasyon, 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Korelasyon analizi sonucunda, duygusal bağlılık ile vicdanlılık, nezaket, centilmenlik ve sivil erdem alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, zayıf bir ilişki söz konusu iken; diğergamlık alt boyutu ile pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki söz konusudur. Normatif bağlılık ile sadece vicdanlılık ve nezaket alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmakta olup, bu ilişki pozitif yönlü ve zayıf düzeydedir. Devamlılık bağlılığında ise sadece nezaket ve centilmenlik alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunurken, bu ilişki negatif yönlü ve zayıf düzeydedir (Tablo 8).

Örgütsel bağlılık boyutlarının örgütsel vatandaşlık davranışı üzerindeki etkisini incelemek ve aralarındaki matematiksel ilişkiyi ortaya koymak amacıyla Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi yapılmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Örgütsel Bağlılık Boyutları – Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Regresyon Analizi

Değişken	Katsayı	Standart Hata	Beta	t	p
Sabit	3,327	0,268	-	12,430	0,000
X ₁ (Duygusal Bağlılık)	0,178	0,061	0,300	2,937	0,004
X ₂ (Normatif Bağlılık)	0,136	0,061	0,238	2,239	0,027
X ₃ (Devamlılık Bağlılığı)	-0,142	0,056	-0,258	-2,543	0,013
r=0,506 R²=0,256 (F=11,014; p=0,000)					

Regresyon analizi tablosuna bakıldığında, hem katsayıların hem de modelin anlamlı olduğu görülmektedir (F=11,014; p=0,000). Bağımsız değişkenler, bağımlı değişkenin % 25'ini açıklamaktadır (R²=0,256). Beta değerlerine bakıldığında en yüksek değer X₁ değişkenine ait olduğu görülmektedir (0,300). Buna göre, örgütsel vatandaşlık davranışına en fazla etki eden değişken duygusal bağlılıktır. Duygusal bağlılık ve normatif bağlılık değişkeninin bağımlı değişken üzerindeki etkisi pozitif iken, devamlılık bağlılığı değişkeninin etkisi negatiftir (Tablo 9). Verilere ilişkin korelasyon matrisindeki VIF değerleri (1,349; 1,459; 1,327) 10'u geçmediğinden çoklu bağlantı sorunu bulunmamaktadır.

Modele ilişkin regresyon denklemi aşağıdaki gibidir: (Regresyon Denklemi 1.)

$$\text{Örgütsel Vatandaşlık Davranışı} = 3,327 + 0,178 X_1 + 0,136 X_2 - 0,142 X_3$$

Elde edilen regresyon denkleminde göre, duygusal bağlılık değişkenindeki bir birimlik artış Örgütsel Vatandaşlık Davranışı değişkeninde 0,178'lik bir artışa, normatif bağlılık değişkenindeki bir birimlik artış Örgütsel Vatandaşlık Davranışı değişkeninde 0,136'lık bir artışa ve devamlılık bağlılığı değişkenindeki bir birimlik artış ise Örgütsel Vatandaşlık Davranışı değişkeninde 0,142'lik bir azalışa neden olmaktadır.

IV. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı arasındaki ilişki, kavramların alt boyutları da dikkate alınarak sağlık kurumları yönetimi açısından incelenmiştir. Çalışmanın ortaya çıkardığı önemli sonuçlardan biri örgütsel vatandaşlık davranışına örgütsel bağlılığın etkisidir. Buna göre örgütsel vatandaşlık davranışına en fazla etki eden örgütsel bağlılık alt boyutu duygusal bağlılıktır.

Meyer ve diğerleri (2002) çalışmalarında örgütsel vatandaşlık ile örgütsel bağlılığın alt boyutlarından duygusal bağlılık ve normatif bağlılık arasında pozitif bir korelasyona, devamlılık bağlılığı arasında sıfıra yakın bir korelasyon bulmuşlar, diğer bir anlatımla örgütsel vatandaşlık davranışı ile örgütsel bağlılığın devamlılık alt boyutu arasında istatistiksel bir ilişki bulamamışlardır. Bu çalışmada da benzer bir şekilde örgütsel vatandaşlık davranışı ile örgütsel bağlılığın alt boyutlarından duygusal ve normatif bağlılık arasında pozitif bir korelasyon bulunmuş, ancak Meyer ve diğerlerinin (2002) çalışmasından farklı olarak örgütsel vatandaşlık davranışı ile örgütsel bağlılığın alt boyutlarından devamlılık bağlılığı arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Huang, You ve Tsai (2012) 450 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında örgütsel bağlılık alt boyutlarından duygusal bağlılık ve normatif bağlılık boyutlarının örgütsel vatandaşlık davranışında artışa neden olduğu sonucuna varmışlardır. Doğrul (2013) bir meslek yüksekokulunda çalışmakta olan 60 kişiyle yaptığı çalışmada örgütsel bağlılık ve örgütsel vatandaşlık davranışı arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışmasının sonucunda duygusal bağlılık ile sivil erdem arasında ve devamlılık ile vicdanlılık arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucunda varmıştır. Ünüvar (2006) 60 firmanın 300 çalışanıyla yaptığı çalışmada örgütsel bağlılık ve örgütsel vatandaşlık davranışı arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna varmıştır. Benzer bir çalışmada örgütsel bağlılık alt boyutlarından duygusal boyutu ile örgütsel vatandaşlık davranışının alt boyutları arasında yüksek korelasyon katsayıları bulgulanmıştır (Akbaş 2010).

Örgütler çalışanlarının bağlılık düzeylerini arttırmak ve korumak için çeşitli stratejiler belirlemeli ve uygulamalıdır. Ancak bu stratejiler oluşturulurken örgütsel bağlılığın alt boyutlarından olan devamlılık ve duygusal bağlılığın çalışanların kişisel özelliklerinden etkilenirken; normatif bağlılık ile örgütsel vatandaşlık davranışının kültürel farklılıklardan etkilenebileceği de dikkate alınmalıdır. Devamlılık bağlılığı ve duygusal bağlılık kişilerin kendileriyle ilgili faktörlerden etkilenirken, ahlaki faktörlerden etkilenen normatif bağlılık kişilerin yaşadığı toplumun kültürüyle ilgili faktörlerden de etkilenmektedir. Bu nedenle Allen ve Meyer'in üç boyutlu örgütsel bağlılık ölçeğinin normatif bağlılık boyutuna ait geçerlilik ve güvenilirlik değerleri farklı kültürlerde farklı sonuçlar çıkarabileceği bu tür çalışmalarda dikkate alınmalıdır (Özkalp, Kırel 2013). Bunlara ek olarak örgütsel vatandaşlık davranışı da kültürel farklılıklardan etkilenebileceği olgusu yine benzer çalışmalarda dikkate alınması önerilmektedir (Cohen, 2006).

Bret Becton ve arkadaşlarına göre (2009), kişilerin örgütsel bağlılık gibi konulardaki tutum ve algıları işe alma sürecinin başında şekillenmektedir. Bu nedenle işe alım sürecinde

adaylar örgütsel bağlılıkları açısından incelenerek, kendilerini işverenlerine adayacak işyerlerine bağlılıkları yüksek olan adaylara işe alımda öncelik verilebilir. Benzer bir şekilde Örgütsel Vatandaşlık Davranışı yüksek olan çalışanların işleri ile ilgili sorumluluk alma istekleri, işlerine yönelik fedakârlıkta bulunma eğilimleri ve diğer çalışanlara yardımcı olma istekleri daha fazla olacağından; bu tip çalışanların örgütte bulunması örgütün başarısına, devamlılığına ve zorluklarla savaşılabilesine katkısı açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Bu gibi nedenlerle daha işe alım sürecinde örgütsel vatandaşlık gösterme eğilimi yüksek adayların işe alım süreçlerinde tercih edilmesi işletmeler için önemlidir. Allen ve arkadaşları (2004) mülakat yöntemi ile Örgütsel Vatandaşlık Davranışı gösterebilecek adayları işe alım süreçlerinde belirlemenin bir yolu olarak önermişlerdir. İşe alım sürecinin ötesinde, sağlık kurumlarında insan kaynakları departmanlarının politikaları; çalışanların yaratıcılık, motivasyon ve aralarında iş bölümünü destekleyecek olan örgütsel bağlılık gibi konuları teşvik edici olmalıdır (Top ve diğerleri 2015).

Kişisel özellikler duygusal bağlılığın belirleyicilerinden biri olduğu için insan kaynakları birimleri tarafından işe alım süreçlerinde ve rol dağılımında işin gereklerine uygun kişilerin seçilmesi duygusal bağlılık boyutunu dolayısıyla örgütsel bağlılık ve örgütsel vatandaşlık davranışlarını olumlu olarak etkileyecektir ve çalışanların iş tatmininin artmasına sebep olacaktır. Örgütün çalışanlarına daha fazla yatırım yapması ve çalışanların iş tatmininin artması, çalışanların örgütten ayrılmalarının psikolojik maliyetini arttıracığı için çalışanların devamlılık bağlılığına olumlu katkıda bulunurken, örgütsel sosyalizasyon ise normatif bağlılığın geliştirilmesi için önerilmektedir (Özutku 2008).

Bu çalışma kapsamında Eskişehir’de faaliyet gösteren kamu, özel ve üniversite hastanelerinde çalışmakta olan yöneticiler ve idari personele ulaşılmaya çalışılmış ve bu kapsamda 100 kişiye ulaşılmış, araştırma bu 100 kişiyle sınırlı kalmıştır. Bundan sonra konu ile ilgili başka illerde daha çok kişiye ulaşılarak yapılacak benzer çalışmaların sonuçların genellenebilmesi için yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Acar A. Z. (2006) Örgütsel Yurttaşlık Davranışı: Kavramsal Gelişimi ile Kişisel ve Örgütsel Etkileri. **Doğuş Üniversitesi Dergisi**, 7(1): 1–14.
2. Akbaş T. T. (2010) Örgütsel Etik İklim, Kişi-Örgüt Uyumu, Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı İlişkisi: Görgül Bir Araştırma. **Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi**, Ankara.
3. Allen T. D., Fecteau J. D. and Fecteau, C. L. (2004) Structured Interviewing for OCB: Construct Validity, Faking, and the Effects of Question Type. **Human Performance** 17(1): 1-24.
4. Alpar R. (2012) **Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlilik-Güvenilirlik**. Detay Yayıncılık, Ankara.
5. Arlı M. ve Nazik H. (2001) **Bilimsel Araştırmaya Giriş**. Gazi Kitabevi, Ankara.
6. Arslan R., Efe, D. ve Aydın E. (2013) Duygusal Zekâ Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişki: Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. **Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi** 5(3): 169-180.

7. Aslan Ş. (2008) Örgütsel Vatandaşlık Davranışı ile Örgütsel Bağlılık ve Mesleğe Bağlılık Arasındaki İlişkilerin Araştırılması. **Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 15(2): 163-178.
8. Bahrami M. A., Aghaei A., Barati O., Tafti A. D. and Ezzatabadi M. R. (2016) Job Motivating Potential Score and Its Relationship with Employees' Organizational Commitment among Health Professionals. **Osong Public Health and Research Perspectives**.
9. Meydan, C.H. ve Basım H. N. (2015) Örgütsel Vatandaşlık Davranışında Kontrol Odağı, Örgütsel Adalet Algısı ve Örgütsel Bağlılığın Etkisi. **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 15(1): 99-116.
10. Basım H.N. ve Şeşen H. (2006) Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Ölçeği Uyarlama ve Karşılaştırma Çalışması. **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi** 61(4): 83-101.
11. Becker H. (1960) Notes on the Concept of Commitment. **American Journal of Sociology** 66(1): 32-42.
12. Bret Becton, J., Matthews M. C., Hartley D. L. and Whitaker D. H. (2009) Using Biodata to Predict Turnover, Organizational Commitment, and Job Performance in Healthcare. **International Journal of Selection and Assessment** 17(2): 189-202.
13. Can A. (2017) **SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi**. Pegem Akademi, Ankara.
14. Cohen A. (2006) The Relationship between Multiple Commitments and Organizational Citizenship Behavior in Arab and Jewish Culture. **Journal of Vocational Behavior** 69 (1): 105-118.
15. Çetin F., Basım H. N. ve Aydoğan O. (2011) Örgütsel Bağlılığın Tükenmişlik ile İlişkisi: Öğretmenler Üzerine Bir Araştırma. **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 25: 61-70.
16. Demir M. Ö. (2012) **Sosyal Bilimlerde İstatistiksel Analiz: SPSS 20**. Detay Yayıncılık, Ankara.
17. Doğrul M. A. (2013) Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişki: Afyon Meslek Yüksek Okulu'nda Çalışanlar Üzerinde Bir Araştırma. **Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi**, Afyon.
18. Farh J. L., Earley P. C. and Lin S. C. (1997) Impetus for Action: A Cultural Analysis of Justice and Organizational Citizenship Behavior in Chinese Society. **Administrative Science Quarterly** 42(3): 421-444.
19. Ford R. C., Sivo S. A., Fottler M. D., Dickson D., Bradley K. and Johnson L. (2006) Aligning Internal Organizational Factors with a Service Excellence Mission: An Exploratory Investigation in Health Care. **Health Care Management Review** 31(4): 259-269.
20. Gautam T., Van Dick R., Wagner U., Upadhyay N. and Davis A. J. (2005) Organizational Citizenship Behavior and Organizational Commitment in Nepal. **Asian Journal of Social Psychology** 8(3): 305-314.

21. Graham J. W. and Van Dyne L. (2006) Gathering Information and Exercising Influence: Two Forms of Civic Virtue Organizational Citizenship Behavior. **Employee Responsibilities and Rights Journal** 18(2): 89-109.
22. Huang C. C., You C. S. and Tsai M. T. (2012) A Multidimensional Analysis of Ethical Climate, Job Satisfaction, Organizational Commitment, and Organizational Citizenship Behaviors. **Nursing Ethics** 19(4): 513-529.
23. İslamoğlu A. H. (2011) **Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri** (2.Basım) Beta Basım Yayım, İstanbul.
24. Kanter R. M. (1968) Commitment and Social Organization: A Study of Commitment Mechanisms in Utopian Communities. **American Sociological Review** 33(4): 499-517.
25. Kaya A., Balay R. ve Tınaz S. (2014). Yönetici ve Öğretmenlerin Yönetimsel Etklilik ve Örgütsel Bağlılık Algıları Arasındaki İlişki. **Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi** 15(2): 79-97.
26. Kim W. G., Leong J. K. and Lee Y. K. (2005) Effect of Service Orientation on Job Satisfaction, Organizational Commitment, and Intention of Leaving in a Casual Dining Chain Restaurant. **International Journal of Hospitality Management** 24(2): 171-193.
27. Love K. G. (2013) Demographic Differences in Organizational Commitment to the University of College of Business Administration Students: An Application of the Allen and Meyer Model. **College Student Journal** 47(1): 192 – 201.
28. Meyer J. P. and Allen N. J. (1984) Testing the Side-Bet Theory of Organizational Commitment: Some Methodological Implications. **Journal of Applied Psychology** 69(3): 372 – 378.
29. Meyer, J.P. and Allen, N. J. (1991). A Three Component Conceptualization of Organizational Commitment. **Human Resource Management Review**, 1, 61 – 89.
30. Meyer J. P., Allen N. J. and Smith C. A. (1993) Commitment to Organizations and Occupations: Extension and Test of a Three-Component Conceptualization. **Journal of Applied Psychology** 78(4): 538-551.
31. Meyer J. P., Stanley D. J., Herscovitch L. and Topolnytsky L. (2002) Affective, Continuance, and Normative Commitment to the Organization: A Meta-Analysis of Antecedents, Correlates, and Consequences. **Journal of Vocational Behavior** 61(1): 20-52.
32. Morrison E. W. (1994) Role Definitions and Organizational Citizenship Behavior: The Importance of the Employee's Perspective. **Academy of Management Journal** 37(6): 1543-1567.
33. Awamleh N. A. (1996) Organizational Commitment of Civil Service Managers in Jordan: A Field Study. **Journal of Management Development** 15(5): 65–74.
34. Organ D. W. (1988) **Organizational Citizenship Behavior: The Good Soldier Syndrome**. Lexington Books , Lexington, Massachusetts.

35. Organ D. W. (1990) The Subtle Significance of Job Satisfaction. **Clinical Laboratory Management Review** 4(1): 94-98.
36. Organ D. W. and Ryan K. (1995) A Meta-Analytic Review of Attitudinal and Dispositional Predictors of Organizational Citizenship Behavior. **Personnel Psychology** 48(4): 775-802.
37. Özkalp E. ve Kırel Ç. (2013) **Örgütsel Davranış**. Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa.
38. Özler E. D. (2012) **Örgütsel Davranışta Güncel Konular**. Ekin Basım Yayın Dağıtım, Bursa.
39. Özutku H. (2008) Örgüte Duygusal, Devamlılık ve Normatif Bağlılık ile İş Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. **Istanbul University Journal of the School of Business** 37(2): 79-97.
40. Podsakoff P. M., MacKenzie S. B., Paine J. B. and Bachrach D. G. (2000) Organizational Citizenship Behaviors: A Critical Review of the Theoretical and Empirical Literature and Suggestions for Future Research. **Journal of Management** 26(3): 513-563.
41. Robbins S. P., Judge T. ve Erdem İ. (2013) **Örgütsel Davranış**. Nobel, Ankara.
42. Smith C. A., Organ D. W. and Near J. P. (1983) Organizational Citizenship Behavior: Its Nature and Antecedents. **Journal of Applied Psychology** 68(4): 653.
43. Şenturan Ş. (2014) **Örnek Olaylarla Örgütsel Davranış**. Beta, İstanbul.
44. Tokgöz E. ve Seymen O. A. (2013) Örgütsel Güven, Örgütsel Özdeşleşme ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişki: Bir Devlet Hastanesinde Araştırma. **Öneri Dergisi** 10(39): 61-76.
45. Top M. (2012) Hekim ve Hemşirelerde Örgütsel Bağlılık, Örgütsel Güven ve İş Doyumu Profili. **İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi** 41(2): 258-277.
46. Top M., Akdere M. and Tarcan M. (2015) Examining Transformational Leadership, Job Satisfaction, Organizational Commitment and Organizational Trust in Turkish Hospitals: Public Servants Versus Private Sector Employees. **The International Journal of Human Resource Management** 26(9): 1259-1282.
47. Ünüvar T. G. (2006) İş Özellikleri, İş Doyumu, Örgütsel Bağlılık ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışının Bütünleşik Bir Modeli. **Ortadoğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi**, Ankara.
48. Ürek D. (2015) Sağlık Kurumlarında Lider-Üye Etkileşim Düzeyi ile Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. **Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
49. Wasti S. A. (2000a) Meyer ve Allen'in Üç Boyutlu Örgütsel Bağlılık Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi. **8. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi**, Nevşehir.

50. Wasti S. A. (2000b) Örgütsel Bağlılığı Belirleyen Evrensel ve Kültürel Etmenler: Türk Kültürüne Bir Bakış. İçinde Z. Aycan (ed.), **Türkiye’de Yönetim, liderlik ve İnsan Kaynakları Uygulamaları** (ss. 201-224).Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
51. Wasti S. A. (2002) Affective and Continuance Commitment to the Organization: Test of an Integrated Model in the Turkish Context. **International Journal of Intercultural Relations** 26(5): 525-550.
52. Wiener Y. and Vardi Y. (1980) Relationships between Job, Organization, and Career Commitments and Work Outcomes: An Integrative Approach. **Organizational Behavior and Human Performance** 26(1): 81-96.
53. Williams L. J. and Anderson S. E. (1991) Job Satisfaction and Organizational Commitment As Predictors of Organizational Citizenship and In-role Behaviors. **Journal of Management** 17(3): 601–617.
54. Williams S. and Shiaw W. T. (1999) Mood and Organizational Citizenship Behavior: The Effects of Positive Affect on Employee Organizational Citizenship Behavior Intentions. **The Journal of Psychology** 133(6): 656-668.
55. Van Dyne L., Graham J. W. and Dienesch R. M. (1994) Organizational Citizenship Behavior: Construct Redefinition, Measurement, and Validation. **Academy of Management Journal** 37(4): 765-802.
56. Van Yperen N. W., Berg A. E. and Willering M. C. (1999) Towards a Better Understanding of the Link between Participation in Decision-Making and Organizational Citizenship Behaviour: A Multilevel Analysis. **Journal of Occupational and Organizational Psychology** 72(3): 377-392.
57. Vey M. A. and Campbell J. P. (2004) In Role or Extra Role Organizational Citizenship Behaviour: Which are we Measuring? **Human Performance**,17(1): 119-135.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

SAĞLIK KURUMLARI, PAYDAŞLARI İLE İLETİŞİMDE TWITTER'İ NASIL KULLANIYOR?

Mahmut AKBOLAT *
Mustafa AMARAT **
Neslihan OTYILDIZ ***

ÖZ

Sosyal medya günümüzde milyonlarca kullanıcıya ulaşan güçlü bir iletişim aracıdır. Sağlık kurumlarının tercih edilmesinde ve paydaşları ile etkili iletişim kurmasında kritik işlevi söz konusudur. Sağlık kurumları pek çok sosyal medya aracını bir arada kullanmaktadır. Twitter paydaşları ile anında ikili iletişim kurmada diğer sosyal medya araçlarından ayrılmaktadır. Bu çalışma kapsamında sağlık kurumlarının paydaşları ile ne sıklıkta ve ne şekilde iletişim kurduklarının tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda en fazla takipçi sayısı olan üç özel hastane grubunun Haziran 2016 ile Ocak 2017 tarihleri arasında yapmış oldukları paylaşımlar incelenmiştir. Hastane gruplarının yapmış oldukları paylaşımlar Nvivo 11 programında kodlanmış daha sonra kategoriler ve temalara ayrılmıştır. Ortaya çıkarılan temalar; tıbbi bilgi, tanıtım/rehberlik ve sağlıklı yaşam biçimidir. Araştırma bulguları neticesinde hastane gruplarının paylaşımları niteliksel ve niceliksel olarak farklılık göstermektedir. Kimi hastane grupları hastaları kendi bünyelerine çekmek üzere paylaşımlarda bulunurken kimi hastane grupları Twitter'ı bilgi paylaşımında bulunmak için kullanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Twitter, Sağlık Kurumları, İletişim, Sosyal Medya

MAKALE HAKKINDA


* Doç. Dr., Sakarya Üniversitesi, makbolat@sakarya.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-2899-6722>

** Arş. Gör., Sakarya Üniversitesi, mustafaamarat@sakarya.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-8954-6314>

*** Lisans Öğrencisi, Hacettepe Üniversitesi, otyildiz.nesli@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-0044-3827>

Gönderim Tarihi: 20.09.2018

Kabul Tarihi: 30.01.2019

Atıfta Bulunmak İçin:

Akbolat, M., Amarat, M., Otyıldız N. (2019). Sağlık Kurumları, Paydaşları İle İletişimde Twitter'i Nasıl Kullanıyor?. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 181-190.

HOW HEALTH INSTITUTIONS USE TWITTER IN COMMUNICATION WITH STAKEHOLDERS?

Mahmut AKBOLAT *
Mustafa AMARAT **
Neslihan OTYILDIZ ***

ABSTRACT

Social media is a powerful communication tool that reaches millions of users today. It has a critical role in choosing health institutions and communicating effectively with stakeholders. Health institutions use many social media tools together. Twitter is separated from other social media tools to instantly establish bilateral communication with stakeholders. In this study, it is aimed to determine how frequently and how health institutions communicate with their stakeholders. For this purpose, the shares of three private hospital groups with the highest number of followers between June 2016 and January 2017 were examined. The shares of the hospital groups were coded in the Nvivo 11 program and then divided into categories and themes. Thought themes; Medical information, promotion/guidance, and healthy lifestyle. As a result of the research findings, the share of hospital groups differed qualitatively and quantitatively. Some hospital groups use Twitter to share patients, while some hospital groups use Twitter to share information.

Keywords: Twitter, Health Institutions, Communication, Social Media

ARTICLE INFO


* Sakarya University, makbolat@sakarya.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-2899-6722>

** Sakarya University, mustafaamarat@sakarya.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-8954-6314>

*** Hacettepe University, otyildiz.nesli@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-0044-3827>

Received: 20.09.2018

Accepted: 30.01.2019

Cite This Paper:

Akbolat, M., Amarat, M., Otyıldız N. (2019). Sağlık Kurumları, Paydaşları İle İletişimde Twitter'i Nasıl Kullanıyor?. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 181-190.

I. GİRİŞ

Günlük hayatımıza entegre olan kitle iletişim araçları ile beraber sosyal medya, milyonlarca kullanıcıyı çeken güçlü bir araç haline gelmiştir (Boyd, Ellison 2007). Sosyal medyanın bu denli güçlenmesinde toplum için bilgi ve veri havuzu işlevi görmesi ve iki yönlü iletişim kanalı görevinin olması önemli bir etkidir. Oluşturulan iki yönlü iletişim hem kurumlara hem de paydaşlara birçok fayda sağlamaktadır. Paydaşlar için sosyal medyanın sunduğu en önemli avantaj hizmetler ya da ürünler konusunda bilgi aramak için önemli bir araç olmasıdır (Luque, Bau 2015; Kara 2017). Bu araç sayesinde paydaşlar farklı alternatifler arasından seçim yapması gerektiğinde diğer tüketici bilgilerine erişebilmekte, ürün ya da hizmetler arasındaki fiyat ve kalite farklılıklarını karşılaştırabilmekte ve kendisi için en uygun ürün ya da hizmeti seçebilmektedir (Gonzalez 2017). Kurumlar ise, mevcut paydaşlarının bağlılığının artırılması; kurumun potansiyel müşterilere tanıtılması, itibarının geliştirilmesi, satışlarının artırılması, farkındalık oluşturulması ve ürünlerin tanıtılması gibi faydalar sağlamaktadır (Aydın 2017; Kwon, Sung 2017; Bonson et al. 2016; Jansen, Zhang 2009; Onat ve diğerleri 2008). Tercih edilen bir sağlık kurumu olmada sosyal medya etkili bir iletişim kanalı haline gelmiştir (Tengilimoğlu ve diğerleri 2017). Sağlık kurumları açısından sosyal medyanın paydaşlar ile etkili iletişim kurmada işlevi oldukça kritiktir (Thackeray et al. 2012). Bu görüşü destekler nitelikte sağlık hizmeti kullanıcılarının hizmeti satın almadan önce sosyal medyayı kullanma durumunu belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmaya göre, sosyal medyayı kullanan bireylerin yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'ü sosyal medyanın hastane tercihlerini etkilediğini ifade etmiştir (Çimen ve diğerleri 2015). Benzer çalışmalarda da sosyal medyanın paydaşların görüşlerini almada, sosyal ve duygusal destek vermede, hastane ve hekim tercihinde ve hastaneler ile iletişim kurmada ne derece önemli olduğuna dikkat çekilmektedir (Tengilimoğlu ve diğerleri 2015; Lovejoy, Saxton 2012; Moorhead et al. 2013; Glover et al. 2015; Richter et al. 2014; Wong et al. 2016). Hastalar, sosyal medyayı daha çok hastane ve doktorlar hakkında bilgi almak, fiyat ve kalite araştırması yapmak için tercih etmektedirler (www.pewinternet.org; Hawkins et al. 2016; Hausmann et al. 2017). Dolayısıyla, sosyal medya sadece hastaları kuruma çekmek amacıyla değil, aynı zamanda sağlığın geliştirilmesi ve korunmasında da önemli bir araç olarak kullanılmaktadır (Kayabalı 2011). Sağlık Bakanlığı ve Türk Tabipler Birliği gibi kuruluşlar sosyal medyayı paydaşlarına kurumları hakkında ve sağlıklı yaşam biçimi hakkında bilgi sunmak amacıyla kullanmaktadır (Çobaner, Köksoy 2014).

Kurumlar pek çok sosyal medya aracını (Örn; Wiki, Forum, Blog, Mikroblog...) bir arada kullanmaktadır. Bu araçlar arasında Twitter, kurumların paydaşları ile iletişim kurmalarında daha etkin bir şekilde kullanıldığından diğerlerinden ayrılmaktadır (Shajidan 2017). Bunun sebebi, Twitter'ın sosyal medyaya ait olan tüm işlevleri ve özellikleri kendi bünyesinde bulundurmakla beraber kullanıcılarına yayın yolu ile "mikroblogging" için bir araç görevi sunmasıdır. 140 karakterle sınırlı tutulan mesajlar kısa statü güncellemelerine veya İngilizcede cıvıldamak anlamına gelen "tweet" kelimesi ile gerçekleşmektedir. Twitter kullanıcılarına diğer kullanıcıları takip etme ve attıkları içeriklere yorum yapabilme, "retweetleme" yani diğer kullanıcının içeriğini paylaşabilme gibi birçok özellik sunmaktadır (Rybalko, Seltzer 2010). 2017 rakamlarına göre, Türkiye'de 48 milyon sosyal medya kullanıcısı mevcuttur. Bu sayının %44'ü Twitter kullanmakta ve Twitter en fazla kullanılan 4. Sosyal medya platformu olma özelliği taşımaktadır (www.dijitalajanslar.com 2017).

Sağlık kurumları için hastaları ve potansiyel hastaları ile her an iletişime geçebilecekleri ve kurumları hakkında bilgi sunabilecekleri bu mecraayı nasıl yönettikleri ve paydaşları ile ne şekilde ve ne sıklıkta iletişime geçtiklerini tespit etmek bu çalışmanın amacını oluşturmaktadır.

II. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Çalışma amacı doğrultusunda Türkiye’de faaliyette bulunan, takipçi sayısı en yüksek üç özel hastane grubu seçilmiştir. Bu grupların Twitter hesaplarından Haziran 2016 ile Ocak 2017 tarihleri arasında yapmış oldukları paylaşımlar araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan grupların Twitter hesapları anlaşmalı dijital ajans tarafından ya da kendi kurumlarında mevcut olan dijital pazarlama ekibi tarafından yönetilmektedir.

Çalışmada nitel araştırma yönteminden yararlanılmıştır. Nitel araştırmalarda doğru tekniğin seçimi önem arz etmektedir. İçerik Analizi web iletişimlerini de kapsayan sosyal bilimler alanında yapılan çalışmalarda yaygın kullanıma sahip yararlı bir ölçüm tekniğidir (Keskin, Çilingir 2010). Bu sebeple çalışmanın amacına uygun olarak içerik analizi yöntemi seçilmiştir. İçerik analizi yöntemi, niceliksel ve niteliksel olarak iki boyuttan oluşmaktadır (Gökçe 2006). Analizin niteliksel boyutu, içeriğin anlamına dayanmaktadır. Bir kelimenin anlamsal içerik analizinde, analiz için bir cümle, bir paragraf veya bütün bir metin kullanılabilir. Ancak analizin niceliksel boyutu frekans analizine dayanmaktadır. Çalışma kapsamında bu iki analiz boyutu birlikte kullanılmıştır.

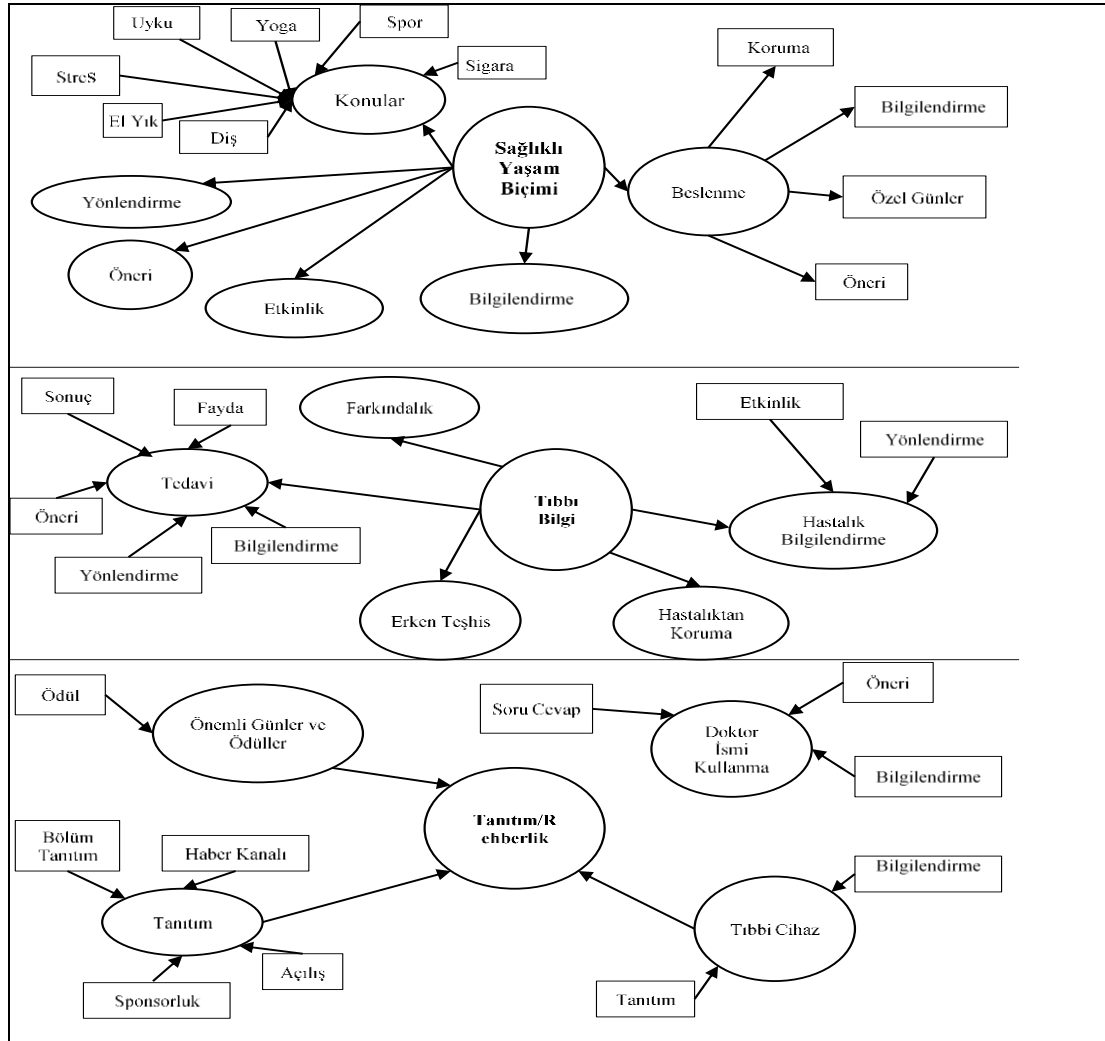
Çalışmada öncelikle, belirlenen tarihler arasında seçilen hastane gruplarının resmi Twitter hesaplarında paylaştıkları tüm yazılar, görsel unsurlar ve paylaştıkları tarihler kaydedilmiştir. Daha sonra kaydedilen veriler araştırmacılarca Nvivo 11 programı yardımı ile kodlanmıştır. Kodlama işleminin güvenilirliğini sağlamak amacıyla kodlama işlemi araştırmacılarca ayrı ayrı yapılmış farklı olan kodlamalar tartışılarak nihai kodlara dönüştürülmüştür. Yapılan kodlamalar Sugawara ve diğerleri (2016) araştırmasında kullanılan temalar örnek alınarak kategoriler ve temalara ayrılmıştır. Araştırma kapsamında kullanılan alt kodlar ve temalar Şekil 1’de sunulmuştur. Ana temalar hakkında aşağıda kısaca bilgi verilmiştir:

Tıbbi bilgi: Mevsimsel hastalıklar ve bu hastalıkların tedavileri için öneriler, hastalıklar hakkında bilgilendirme, farkındalık yaratma, korunma ve tedavi yolları, check-up ve erken teşhisin faydaları bu tema içerisinde kategorize edilmiştir.

Tanıtım/Rehberlik: Hastanelerin tanıtımı, mevcut ya da gelecek olan tıbbi cihaz tanıtımları, kadrosunda yer alan uzman ya da doktor isimlerini kullanma, önemli günleri kutlama ve kurumların ya da çalışanların almış olduğu ödüller konusunda bilgilendirme bu tema içerisinde kategorize edilmiştir.

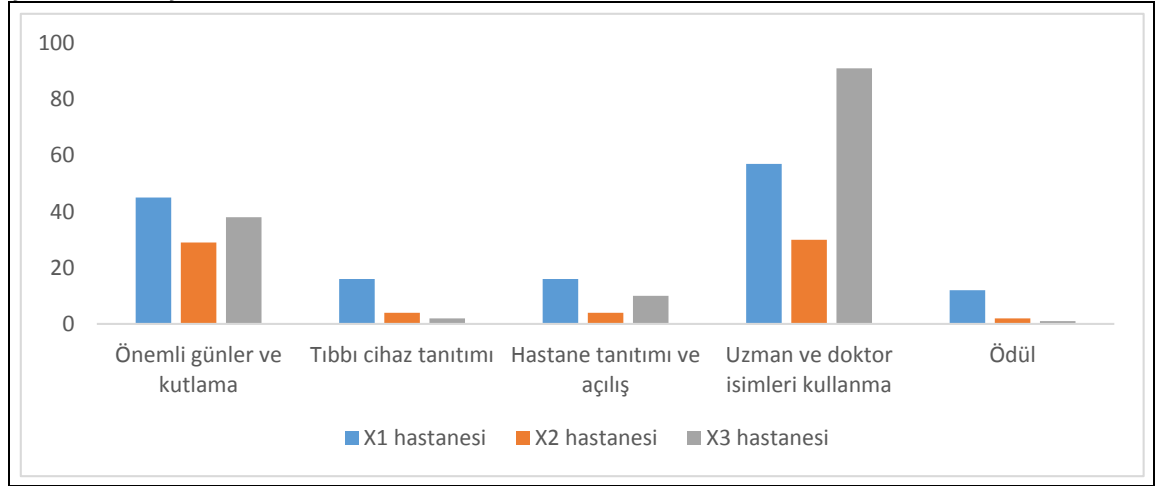
Sağlıklı yaşam biçimi: Mevsimsel ve doğru beslenme önerileri, sigara konusunda bilgilendirme, stress, spor, yoga, uyku, diş fırçalama ve el yıkama konusunda bilgilendirme ve tavsiye verme.

Şekil 1. Ana Temalar ve Alt Kategoriler

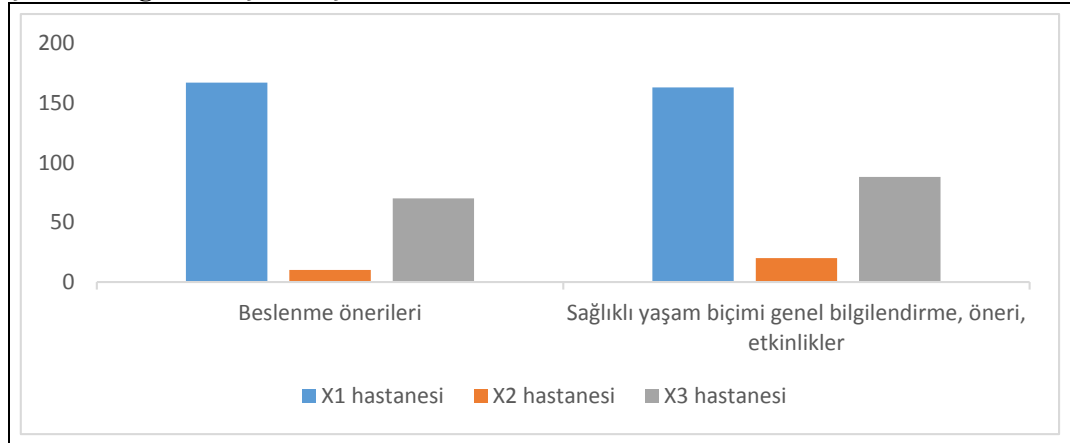


III. BULGULAR

Hastane gruplarına ait resmi Twitter hesaplarından araştırmanın yapıldığı tarihlerde elde edilen tweet sayıları Tablo 1 verilmiştir. Buna göre X1 hastane grubu 616, X2 hastane grubu 139 ve X3 hastane grubu 447 tweet atmıştır. Atılan tweetler içerik analizinde birden fazla alt kategori içerisinde yer alabilmektedir. Örneğin mevsimsel hastalıklara konusunda bilgilendirme ve koruma yöntemleri içeren bir tweet mevsimsel hastalıklar kategorisi, hastalıktan korunma ve hastalıklar konusunda bilgilendirme kategorilerinde yer alabilmektedir. Tüm hastanelerin attıkları tweetler üzerinden yapılan kelime bulutu analizinde en fazla tekrar eden kelimeler, hekim, sağlık/sağlıklı, tedavi ve bilgilendirmek olduğu görülmektedir (Şekil 2).

Şekil 4. Danışma Rehberi Teması

Sağlıklı yaşam biçimi temasında en fazla X1 hastane grubu tweet atmıştır (Şekil 5). Bu tema altında beslenme önerileri ve sağlık yaşama biçimi genel bilgilendirme, öneri ve etkinlikleri olarak en fazla, sigara, stress, spor, yoga, beslenme, uyku, diş fırçalama ve el yıkama alışkanlığı edinmeye ilişkin konular ön plana çıkmıştır.

Şekil 5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Teması

IV. TARTIŞMA ve SONUÇ

Türkiye’de hastane sayılarının artması ile rekabet artmıştır. Bu rekabet ortamında hastanelerin mevcut ve potansiyel hastaları kendilerine çekmede sosyal medya oldukça önemli bir araç haline gelmiştir. Hastaneler sosyal medya ile birlikte medikal maliyetlerin daha yüksek fiyatlandırılmasını sağlayabilir, marka imajlarının iyileştirilebilir, uygulamaların tanıtımını yapabilir ve gelirlerini daha fazla artırabilirler (Sugawara et al. 2016). Aynı zamanda Twitter hesabına sahip olan hastaneler ile genel hastane kabul oranları arasında zayıf da olsa bir ilişki tespit edilmiştir (Hawkins et al. 2016).

Türkiye’de hastanelerin sosyal medya hesaplarını ne şekilde kullanacaklarına ve neler paylaşabileceklerine ilişkin herhangi bir kılavuz yayınlanmamıştır. Hastaneler sosyal medya hesaplarını diledikleri şekilde kurup yönetebilmektedirler. Bu hesaplarda yapılan paylaşımların sıklıkları hastanelere göre değişebilmekte ve yönetimi hastane stratejilerine göre farklılık göstermektedir. İncelenen hastane gruplarında bu stratejik farklılık açıkça gözükmemektedir. Aynı dönemler içerisinde hastane grupları içerisinde X2 hastane grubu X1 hastane grubuna göre 4,43 kat daha az tweet atmıştır. Hastanelere ait olan Twitter ve sosyal medya hesaplarının yönetiminde farklılıklara rastlanmaktadır; kimi hastaneler kendi

birimleri ile yönetirken; kimileri sosyal medya ajansları ile anlaşmaktadırlar. Sosyal medya hesaplarının yönetimi ve hastanelerin stratejileri, tweet içeriklerinin de farklılaşmasına sebebiyet vermektedir. Örneğin X1 hastane grubu gönderdiği tweetleri genellikle içerisinde bulunduğu mevsimle ilişkilendirmiştir. Ayrıca, erken teşhisin önemi üzerinde diğer kurumlardan daha fazla durmaktadır. Öne çıkan diğer bir farklılık ise hastanelerin uzman ve doktor ismi kullanma durumlarında gözlenmiştir. X3 hastanesi genel olarak kurumda çalıştırdığı doktor ve uzmanların isimlerini de kullanmaktadır. X2 hastane grubu ise diğer iki hastane grubu ile aynı temalarda içerikler paylaşmasına rağmen daha az aralıklar ile paylaşımlarını gerçekleştirmiştir. X1 hastane grubu paydaşlarına beslenme ve sağlıklı yaşam biçimi önerileri sunma eğilimindedir. Bunu yaparken hastalıklar ve onlardan korunma yolları konusunda bilgi vermekte ve kendi sayfası ya da kurum dergisine gönderen link paylaşımlarında bulunmaktadır. Uluslararası yapılan araştırmalarda da hastanelerin paydaşlarına bilgi sunmak amacı ile Twitter'ı kullandıkları ve özellikle beslenme üzerine odaklandıkları görülmektedir. İspanya'da bir hastanenin paylaşımlarının yaklaşık %50'si sadece beslenme konusunda bilgilendirdikleri söylenmektedir (Raya-Gonzalez 2017). Fakat hastaneler sadece bilgilendirme ve beslenme üzerine içerikler paylaşmamaktadır. Kimi araştırmalarda hastanelerin sosyal medyayı paydaş grubu ile karşılıklı iletişime geçmek yerine; kurum hakkında bilgi dağıtmak ve sağlık bilgisi ve eğitimi vermek, kurumsallıktan uzaklaşarak bilimsel çalışmalar hakkında bilgi verdiği (Thackeray et al. 2012; Costa et al. 2016) kimi hastanelerin ise paydaşları hakkında bilgi toplamak amacı ile gerçekleştirdikleri görülmektedir (Hawkins et al. 2016). Türkiye'de ki hastane gruplarının Twitter'ı farklı amaçlar doğrultusunda kullandıkları söylenebilir fakat incelenen üç hastane grubunun da paydaşları ile etkileşime geçmeleri oldukça sınırlı tutulduğu anlaşılmaktadır.

Günümüzde hastanelerin stratejik amaçlarını yerine getirmeleri için sosyal medya hesaplarını aktif olarak kullanmaları önerilmektedir. Bu mecralardan sürekli olarak çevrimiçi paydaşları ile iletişim ve etkileşimde bulunmalı ve geri bildirimler almalıdırlar. Bu mecrayı kalite performanslarının ölçülmesinde ve hastanenin değer üreten bir fonksiyonu olarak görmeleri önerilmektedir. Ayrıca kullanılan hesapların muhtemel faydalarını arttırmak için her hastane ya da hastane grubunun kendi kurum kültürü doğrultusunda Twitter'ı yönetmesi ve paydaşları ile etkileşime girmesi önerilmektedir.

V. ÇALIŞMA KISITLARI VE ÖNERİLER

Çalışma kapsamında hastane gruplarının Twitter hesaplarını nasıl kullandıkları ve genel olarak hangi temalarda ve ne sıklıkta paylaşım yaptıklarını incelenmiştir. Çalışmanın ilk kısmını araştırma kapsamına alınan hastane grupları oluşturmaktadır. Kapsama alınan hastane grupları 2017 yılı içerisinde en fazla takipçiye sahip hastanelerdir. Dolayısı ile daha az takipçiye sahip olan hastaneler araştırma kapsamına alınmamıştır. Bu sebeple araştırma bulguları tüm hastanelere genellebilir değildir. İleride yapılacak araştırmalarda tüm sağlık kurumlarının Twitter hesapları incelenmelidir.

İkinci olarak, Sugawara ve diğerlerinin (2016) çalışmasında da ifade edildiği gibi hastanelerin gönderdikleri tweetlerin medikal doğruluğu incelemeye alınmamıştır. Daha sonra yapılacak çalışmalarda hastanelerin yaptıkları bilgilendirmelerin, kanıtlanmış medikal doğruluğa sahip bilgiler olup olmadığı da araştırılabilir.

KAYNAKÇA

1. Aydın A. F. (2017) Sosyal Medya ve Kurumsal Markalaşma İlişkisi: Anaakım İletişim Kuramları Perspektifinden Genel Bakış. **İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi**. 1(44): 296-311.

2. Bonsón E., Bednárová M. and Wei S. (2016) Corporate Twitter Use and Stakeholder Engagement: An Empirical Analysis of the Spanish Hotel Industry. **European Journal of Tourism Research** 13: 69-83.
3. Boyd D. and Ellison N. (2010) Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship. **IIE Engineering Management Review** 3(38): 16-31.
4. Costa C. S., Túñez M. L. and Videla R. J. J. (2016) Spanish Hospitals in the Social Web. The Management of Facebook and Twitter by Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona). **Revista Latina de Comunicación Social** 71(1): 108-130.
5. Çimen M., Çizmeci E., Deniz S. ve Erkoç B. (2015) Hastane Tercihinde Sosyal Medyanın Kullanımı. **Journal of International Social Research** 8(41): 1203-1210.
6. Glover M., Khalilzadeh O., Choy G., Prabhakar A. M., Pandharipande P. V. and Gazelle G. S. (2015) Hospital Evaluations by Social Media: A Comparative Analysis of Facebook Ratings among Performance Outliers. **Journal of General Internal Medicine** 30(10):1 440-1446.
7. González R. P. (2017) Health, One of Campofrío's Brand Values on Twitter. **Procedia-Social and Behavioral Sciences** 237: 1488-1493.
8. Gökçe O. (2006) **İçerik Analizi - Kuramsal ve Pratik Bilgiler**. Siyasal Kitabevi, Ankara.
9. Hausmann J. S., Touloumtzis C., White M. T., Colbert J. A. and Gooding H. C. (2017). Adolescent and Young Adult Use of Social Media for Health and Its Implications. **Journal of Adolescent Health** 60(6): 714-719.
10. Hawkins C. M., DeLaO A. J. and Hung C. (2016a) Social Media and the Patient Experience. **Journal of the American College of Radiology** 13(12): 1615-1621.
11. Hawkins J. B., Brownstein J. S., Tuli G., Runels T., Broecker K., Nsoesie E. O., ... and Greaves F. (2016b). Measuring Patient-Perceived Quality of Care in US Hospitals Using Twitter. **BMJ Qual Saf** 25(6): 404-413.
12. <http://www.dijitalajanslar.com/internet-ve-sosyal-medya-kullanici-istatistikleri-2017> (Erişim Tarihi: 10.09.2018).
13. <http://www.pewinternet.org/2013/01/15/health-online-2013/> (Erişim Tarihi: 03.07.2017)
14. Kara T. (2017) Instagram'ın Sağlık İletişimi Bağlamında Kullanımı Özel Hastaneler Üzerine Bir İnceleme. **Global Media Journal TR Edition** 7(14): 7-22.
15. Kayabalı K. (2011) İnternet ve Sosyal Medya Evreninde Sağlık. **İKU Dergisi** 25: 15-20.
16. Keskin H. ve Çilingir Z. (2010) Web Sitelerinin Globalizasyonu Üzerine Büyük Global Amerikan Markalarına Yönelik Bir İçerik Analizi Uygulaması. **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi** 5 (2): 51-66.
17. Kwon E. S. and Sung Y. (2011) Follow Me! Global Marketers' Twitter Use. **Journal of Interactive Advertising** 12(1): 4-16.

18. Lovejoy K. and Saxton G. D. (2012) Information, Community, and Action: How Nonprofit Organizations Use Social Media. **Journal of Computer-Mediated Communication** 17(3): 337-353.
19. Luque F. L. and Bau T. (2015) Health and Social Media: Perfect Storm of Information. **Healthcare Information Research** 21(2): 67-73.
20. Moorhead S. A., Hazlett D. E., Harrison L., Carroll J. K., Irwin A. and Hoving C. (2013) A New Dimension of Health Care: Systematic Review of the Uses, Benefits, and Limitations of Social Media for Health Communication. **Journal of Medical Internet Research** 15(4).
21. Onat F., Kılıç A. ve Aşman Ö. (2008) Sosyal Ağ Sitelerinin Reklam ve Halkla İlişkiler Ortamları Olarak Değerlendirilmesi. **Journal of Yaşar University** 3(9): 1111-1143.
22. Richter J. P., Muhlestein D. B. and Wilks C. E. (2014) Social Media: How Hospitals Use It, and Opportunities for Future Use. **Journal of Healthcare Management** 59(6): 447-461
23. Rybalko S. and Seltzer T. (2010) Dialogic Communication in 140 Characters or Less: How Fortune 500 Companies Engage Stakeholders Using Twitter. **Public Relations Review** 36(4): 336-341.
24. Shajidan A. (2017) Twitter’ın Halkla İlişkiler Amaçlı Kullanımı: Türkiye’deki Markalar Üzerine Bir Araştırma. **İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi**, İstanbul.
25. Sugawara Y., Narimatsu H., Tsuya A., Tanaka A. and Fukao A. (2016) Medical Institutions and Twitter: A Novel Tool for Public Communication in Japan. **JMIR Public Health and Surveillance** 2(1).
26. Tengilimoğlu D., Sarp N., Yar C. E., Bektaş M., Hidir M. N. and Korkmaz E. (2017) The Consumers' Social Media Use in Choosing Physicians and Hospitals: The Case Study of the Province of Izmir. **The International Journal of Health Planning and Management** 32(1): 19-35.
27. Tengilimoğlu E., Parıltı N. ve Yar C. E. (2015). Hastane ve Hekim Seçiminde Sosyal Medyanın Kullanım Düzeyi: Ankara İli Örneği. **İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 17(2): 76-96.
28. Thackeray R., Neiger B. L., Smith A. K. and Van Wagenen S. B. (2012) Adoption and Use of Social Media Among Public Health Departments. **BMC Public Health** 12(1): 242.
29. Wong C. A., Ostapovich G., Kramer-Golinkoff E., Griffis H., Asch D. A., and Merchant R. M. (2016) How US Children's Hospitals Use Social Media: A Mixed Methods Study. **In Healthcare** 4(1): 15-21.

DERLEME MAKALESİ

HEKİMLERDE TIBBİ HATA SUÇLAMALARINA KARŞI SAVUNMACI TIP DAVRANIŞLARI

Cuma SUNGUR*


ÖZ

Savunmacı tıp, sorumluluk endişesi nedeniyle hekimlerin standart tıbbi uygulamadan sapması olarak tanımlanmaktadır. Hekimler iki farklı şekilde savunmacı bir yaklaşım ortaya koyabilirler. Bunlar; pozitif savunmacı tıp yaklaşımı, negatif savunmacı tıp yaklaşımıdır. Hastaya ya da hastalığa pozitif savunmacı tıp bakış açısıyla yaklaşan hekimler kendilerini güvenceye almak için hastaların ihtiyacı olmayan sağlık hizmetlerini sunabilmektedir. Negatif savunmacı tıp yaklaşımında ise hekimler hastayı tedavi etmeme ya da tedaviyi geciktirme eğilimindedir. Hekimleri bu türden davranışlara yönelten başlıca nedenler ise tıbbi davalara konu olma, tazminat ödeme ya da itibar kaybı gibi endişelerdir. Hekimlere yönelik malpraktis suçlamalarına karşı olarak organizasyon düzeyinde klinik uygulama rehberlerinin kullanılması, kanıta dayalı tıp uygulamalarının organizasyon düzeyde yaygınlaştırılması, malpraktis sigortasının teşviki, çağdaş hasta-hekim işbirliği ve tıbbi kayıtların düzenli tutulması konularında kültürel bir dönüşüm sağlanabilir. Bu çalışmanın amacı sağlık sektöründe hekimler arasında giderek artan bir endişe kaynağı olan savunmacı tıp konusunu nedenleri ile birlikte incelemek ve buna dayalı olarak birtakım önerilerde bulunmaktır.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi Hata, Savunmacı Tıp, Hekim.

MAKALE HAKKINDA

* Arş. Gör. Dr. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, cumasongur@ksu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1992-0742>

Gönderim Tarihi: 27.06.2018

Kabul Tarihi: 29.11.2018

Atıfta Bulunmak İçin:

Sungur, C. (2019). Hekimlerde Tıbbi Hata Suçlamalarına Karşı Savunmacı Tıp Davranışları. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 191-206.

DEFENSIVE MEDICINE BEHAVIORS VERSUS MEDICAL ERROR OFFENSES IN PHYSICIANS

Cuma SUNGUR*


ABSTRACT

Defensive medicine is defined as the deviation of physicians from standard medical practice due to responsibility anxiety. Physicians can present a defensive approach in two different ways: Positive defensive medicine approach, negative defensive medicine approach. Physicians approaching the patient or disease with a positive defensive medicine approach can provide health services to patient who does not need them to secure themselves. In a negative defensive medical approach, physicians can be incapable of treating the patient or delaying treatment. The main reasons for physicians to behave in this way are concerns about medical disputes, compensation payments or loss of reputation. Against malpractice offenses towards physicians a cultural transformation can be achieved in use of clinical practice guidelines at the organization level, dissemination of evidence-based medicine practices at the organizational level, encouragement of malpractice insurance, ensuring modern patient-physician cooperation and keeping medical records in a regular manner. The purpose of this study is to examine the issue of defensive medicine, which is a growing concern among physicians in the health sector, together with the reasons and make some suggestions based on this.

Key Words: Medical Error, Defensive Medicine, Physician.

ARTICLE INFO

*Kahramanmaraş Sütçü İmam University, cumasongur@ksu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1992-0742>

Received: 27.06.2018

Accepted: 29.11.2018

Cite This Paper:

Sungur, C. (2019). Hekimlerde Tıbbi Hata Suçlamalarına Karşı Savunmacı Tıp Davranışları. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 191-206.

I. GİRİŞ

Sağlık hizmeti sunumu önemli ölçüde takım çalışmasına dayalı olsa da aslında sağlık sektöründeki diğer çalışanlara göre hekimler üzerinde çok daha fazla miktarda yük ve sorumluluk bulunmaktadır. Sistem hatalarının ve elverişsizliğinin doğurduğu sonuçlardan dolayı hekimler rahatlıkla beceriksiz ve kusurlu olarak suçlanabilmektedir (Liang 2002). Günümüzde tıbbi hatalardan kaynaklanan hatalı uygulama iddiaları malpraktis tazminat ödemelerinin ve idari masrafların büyük bölümünü oluştururken genel olarak tüm malpraktis iddialarından %83'ünde hekim ihmalkarlığına dair hiçbir kanıt bulunmamaktadır (Virapongse et al. 2008). Türkiye'de aynı konu üzerinde benzer bir istatistiğe sahiptir. Örneğin Türkiye'de 2002-2014 yılları arasında hekimlere yönelik yanlış ameliyat, teşhis ve benzeri nedenlerden dolayı toplamda 4470 dava açılmıştır. Bu davaların %79'u hekimlerin lehine sonuçlanırken, %21'i davacı olan hastaların lehine sonuçlanmıştır (Yıldırım 2015). Diğer taraftan Türkiye'de yapılan çeşitli çalışmalarda tıbbi uygulama hataları iddialarında son yıllarda artış olduğu görülmektedir. Yüksek Sağlık Şurası'na yapılan başvurulara göre Türkiye'de her 30 hekimden biri yasal şikâyete maruz kalmaktadır. ABD'de ise bu oranın 1/12'dir (Özer ve diğerleri 2015).

Hekimler kendi mesleki uygulamalarında bir kusurunun ya da ihmalkarlığının olmadığına içtenlikle inansalar da hastaların kendilerine dava açıp açmayacağını yine de bilemezler (Hogan 2003). Bu yüzden hekimler olası davalara karşı kendilerini korumak için gerekli olduğuna tam olarak inanmadığı testleri, tedavileri veya ilaçları uygulama eğiliminde olabilirler. Hastalar sağlık hizmeti talepleri karşılanmadığı takdirde hekimlere hatalı uygulamalar yaptığı iddiasında bulunabilir. Özellikle antibiyotiklerin reçete edilmesi konusunda benzer bir durum söz konusudur. Günümüzde hekimler bakteriyel enfeksiyonlara karşı önemli bir koruma sağladığından dolayı sıklıkla antibiyotik reçete etmektedir (Panthöfer 2016). Hekim merkezli bu ve benzeri uygulamalar literatürde "savunmacı tıp yaklaşımı" kavramı ile ilişkilendirilmektedir. Savunmacı tıp yaklaşımı hekimlerin mevcut şartlar altında hastaya sunmayı taahhüt ettiği en iyi sağlık hizmeti kalitesini olumsuz olarak etkileyen ve doktor-hasta ilişkisinin bozulmasına neden olan bir olgudur (Thirumoorthy 2016).

Bu çalışmanın amacı, sağlık sektöründe hekimler arasında giderek artan bir endişe kaynağı olan savunmacı tıp konusunu nedenleri ile birlikte incelemek ve buna dayalı olarak birtakım önerilerde bulunmaktır.

II. TIBBİ HATA VE SAVUNMACI TIP KAVRAMLARI

2.1. Tıbbi Hata

Hata, bir planın veya bir eylemin amaçlandığı gibi tamamlanamaması veya bir amaca ulaşmak için yanlış bir planın kullanılmasıdır (La Pietra et al. 2005). Tıbbi hata ise doktorların kendisinden beklenen yüksek standarttaki tedavileri karşılamada yetersiz kalması nedeniyle hastaların yaşadığı bir tür hak ihlalidir (Shapiro et al. 2012). Tıbbi hatalar hasta güvenliği riskini artıran ciddi bir halk sağlığı sorunudur (Grober, Bohnen 2005). Tıbbi uygulamalar için geçerli olan bakım standartları aynı veya benzer koşullar altında çalışan hekimler tarafından makul bir ölçüde karşılanması gerekirken bazen bu beklentiler karşılanamayabilmektedir (Shapiro et al. 2012).

Dünyanın her yerinde tıbbi hata ile malpraktis terimleri eşdeğer olarak kabul edilmektedir, ancak sağlık çalışanlarının yaptığı her tıbbi hata nedeniyle hastada zarar meydana gelmeyebilir. Bir ilacın fazla dozda verilmesiyle yapılan hata neticesinde hastada

herhangi bir zarar oluşmamış olabilir, ama bu yine de tıbbi bir hatadır (Karataş, Yakıncı 2010). Latince “Male” ve “Praxis” kelimelerinden türetilen malpraktiste ise muhakkak bir zararın oluşması gerekmektedir (Özer ve diğerleri 2015). Türk Tabipler Birliği (TTB) Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 13.maddesinde malpraktis şu şekilde tanımlanmıştır: *Malpraktis; bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi “hekimliğin kötü uygulaması”dır* (TTB 2012). Kişisel, kurumsal veya teknik nedenlerden dolayı tıbbi cihazlarda meydana gelen arızalara bağlı hatalar, iletişim yetersizliği, hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu, laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması ya da yorumlanması gibi durumlar tıbbi hatalara örnek olarak verilebilir (Karataş, Yakıncı 2010).

Tıbbi hataların altında yatan en büyük nedenler tıp mesleğinin kendine özgü temel faktörleridir. Tıp mesleğinin oldukça stresli, uzmanlık alanlarının değişkenliği veya yapılan işlerin karmaşıklığı hekimler üzerinde aşırı strese, iş yüküne ve hekim ile hasta arasında iletişim bozukluklarına neden olmaktadır. Bu nedenler arasında iletişim bozukluğu ve işbirliği yetersizliği sağlık sektöründe oldukça sık rastlanan sorunların başında gelmektedir. Bu sorunlar genellikle hekimler ile diğer sağlık personeli arasında yüksek, hemşireler ile diğer sağlık personeli arasında ise orta düzeyde yaşanmaktadır (Top ve diğerleri 2008).

Tıbbi hizmetlerde kaliteyi iyileştirmek için hata ile ilişkilendirilen kişileri suçlamak yerine insan hatasının altında yatan faktörleri belirlemeye odaklanmak gerekmektedir. Genel olarak tıpta insan hatasının altında yatan başlıca faktörler şunlardır (Bogner 2018):

- Tıbbi cihazların tasarımının ya da bakımının yapılmasındaki belirsizlikler,
- Kurumsal ortamlardaki fiziksel yoğunluk ve aşırı dağınıklık,
- Çevresel koşullar veya dış ortamdaki çevresel faktörler,
- Yetersiz bilgi, zihin yoğunluğu, uygunsuz eylemler ya da stres,
- Aşırı fiziksel ya da zihinsel iş yükü,
- Verimsiz ve uygunsuz politikaların varlığıdır.

Tıbbi hatalar; tanı hataları, tedavi hataları, koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumuna bağlı hatalar, dokümantasyon incelemeye bağlı hatalar ve diğer hatalar (tanı ve tedavi dışında iletişim yetersizliğine bağlı hatalar, kullanılan ekipmanın yetersizliğine bağlı hatalar ve diğer sistem yetersizlikleri vb.) olarak sınıflandırılabilir (Koç 2014; Yılmaz 2012). Tanı koyma aşamasında ortaya çıkan hatalara yanlış tanı, gecikmiş tanı, eksik tanı, testleri uygulamadaki başarısızlıklar, güncel olmayan testlerin kullanılması, test sonucuna göre hareket edilememesi, test sonuçlarının doğru yorumlanamaması örnek olarak verilebilir. Tedavi aşamasında ortaya çıkan hatalara müdahale sürecinde kaynaklanan hatalar, müdahale ve testlerin uygulanmasındaki hatalar, tedavi sürecinin yönetimindeki hatalar, uygun olmayan tedavi yönteminin seçilmesi, tedavide gecikme, ilaç uygulamada doz veya yöntem hataları örnek olarak verilebilir. Koruyucu sağlık hizmeti sunmama ya da koruyucu sağlık hizmeti uygulamalardaki başarısızlıklar, tedavi sonrası hastanın yeteri kadar izlenmemesi ve tedavi sonrası müdahalelerin uygulanmasındaki yetersizlikler örnek olarak verilebilir. Son olarak dokümantasyon işlemlerinden kaynaklanan hatalara ise verinin kaydedilmemesi, kan transfüzyonu hataları, laboratuvar örneklerinin veya sonuçların karıştırılması örnek olabilir (Yılmaz 2012).

Tıbbi hata türleri içerisinde en yaygın ve en kolay tespit edilen hata türü ilaç hatalarıdır. İlaç hataları hastayı olumsuz etkileyen, uygun olmayan ilaçların reçete edilmesine neden olan ve hastaya zarar veren hatalardır. Bununla birlikte bir ilacın fazla, eksik ya da hatalı kullanılması da ilaç hatası olarak ele alınmaktadır.

Fazla Kullanım (Overuse): Fazla kullanım ilacın hastalık belirtisini ya da şiddetini aşacak şekilde kullanılması veya herhangi bir hastalık belirtisi olmamasına karşın bir ilacın kullanılmasıdır.

Hatalı Kullanım (Misuse): Hastalığın semptomuna uygun olmayan ilacın seçilmesi, uygunsuz dozda tüketilmesi, uygunsuz yöntemle tüketilmesi, uygunsuz uygulama ile tüketilmesidir.

Eksik Kullanım (Underuse): Hastada istenen sonucu elde etmek için kullanılması gereken ilaç miktarından daha az ilaç kullanılmasıdır (Yılmaz 2012: 217).

Tedavi ile ilgili hatalar potansiyel olarak tanı ve önleme hatalarından daha belirgindir, çünkü tedaviye ilişkin yan etkiler daha çabuk ortaya çıkmaktadır. Tanı ve teşhis ile ilgili hataların tespiti ise oldukça zor ve karmaşık bir süreçtir. Bu tür hatalar meydana geldiğinde fark edilemediği gibi aylar ve hatta yıllar sonra fark edilebilmektedir. Bunlar arasında özellikle ayakta tedavi hizmetlerinde tıbbi hataların tespiti daha karmaşık ve daha zordur (La Pietra et al. 2005).

2.2. Savunmacı Tıp

Türkçe literatürde ayrıca “defansif tıp” ya da “çekinik tıp” olarak da kullanılan savunmacı tıp kavramı (Ayrancı 2008; Odabaşı, Tümer 2006), sorumluluk endişesi nedeniyle hekimlerin standart tıbbi uygulamaları gerçekleştirmemesi ya da gerçekleştirememesi olarak tanımlanabilir. Daha açık bir ifade ile savunmacı tıp hekimlerin olumsuz sağlık sonuçlarından kaçınmak ve/veya hatalı tıbbi uygulama iddialarının önüne geçmek için ya yetersiz sağlık hizmeti sunması ya da hiçbir tıbbi değeri olmayan ek hizmetleri sunmasıdır (Reisch et al. 2015). Savunmacı tıp hekimler arasında iki genel davranış türü ile kendini göstermektedir. Bunlar, pozitif savunmacı tıp ve negatif savunmacı tıptır. Pozitif savunmacı tıp hekimlerin malpraktis iddialarına maruz kalmamak için gereksiz veya ek sağlık hizmeti sunumunu içeren bir kişisel ve mesleki güvence davranışı biçimidir. Negatif savunmacı tıp hekimlerin sağlık hizmeti sunumunun neden olabileceği yasal risk kaynaklarından korunmak için sağlık hizmeti sunumundan kaçınma davranışlarıdır (Hiyama et al. 2006). Kısaca pozitif savunmacı tıp hekimlerin ek ve gereksiz test veya prosedürleri uygulamasıdır. Negatif savunmacı tıp ise hekimlerin yüksek riskli prosedürlerden veya hastalardan kaçınmasıdır (Bean 2016). Pozitif savunmacı tıp bağlamında hekimler kayıtları en doğru ve güncel bir şekilde tutmaya çalışırken, ayrıca daha çok sayıda tıbbi görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerine başvurmaktadır (Tinica et al. 2017). Bir hekimin tıbbi açıdan uygun olmasa dahi hastaların güvenini kazanmak amacıyla basit soğuk algınlığı için antibiyotik reçete etmesi, pahalı tıbbi taramalar yaptırması, hafif ağrı ve acılar için uzman tavsiyelerinde bulunması türündeki davranışlar birer savunmacı tıp davranışı biçimidir (Hawley 2018). Pozitif savunmacı tıp davranışlarına aşağıdakiler örnek olarak verilebilir (Catino 2011).

- Gerekliden daha fazla tanı testi,
- Gereksiz girişimsel uygulamalar (örneğin biyopsi yapılması),
- Gereksiz tedaviler,
- Kesinlikle gerekli olmayan ilaçları reçete etmek,
- Ayakta tedavi için uygun olan hastaların hastaneye yatışının gerçekleştirilmesi,
- Gerekliden fazla sıklıkla konsültasyonda bulunmak,
- Yapılmayan klinik uygulamaların hasta dosyaları ya da tıbbi kayıtlar üzerinde yapılmış gibi gösterilmesidir.

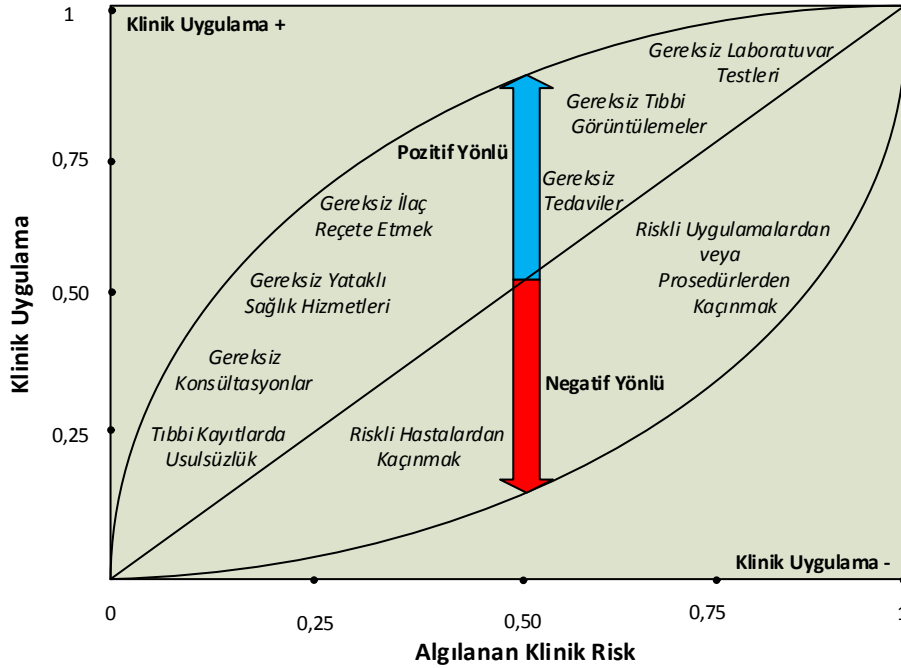
Negatif savunmacı tıp davranışları ise sıklıkla aşağıdaki iki davranış türü ile karakterizedir (Catino 2011):

- Hastalara yarar sağlayabilecek riskli prosedürlerden kaçınmak,
- Tedavilerde riskli hastalardan kaçınmaktır.

Mevcut kanıtlar tıbbi malpraktis endişesinin tanısal testlerin kullanımına ve ilgili maliyetlerin artmasına önemli ölçüde neden olduğunu göstermektedir. Uygun olmayan testlerin yapıldığını belirlemek zordur, çünkü buna karşı doğrudan önlemler yetersizdir (Plebani 2014). Özellikle yüksek riskli hastalıklarda hekimler malpraktis suçlamalarına karşı kendini güvenceye almak için daha çok sayıda ilaç reçete edebilmekte, laboratuvar testleri isteyebilmekte ve/veya tıbbi görüntüleme hizmetlerine başvurabilmektedir. Hekimlerin bu tutumlarının altında yatan en büyük neden çoğunlukla hasta faydası değil, kendilerine yönelik olabilecek malpraktis suçlama risklerini azaltma isteğidir. Bazen hekimler bunu o kadar çok içselleştirmişler ki çoğu zaman sorumluluklarının farkında dahi olmayabilmektedir (Baqir 2014).

Savunmacı tıp yaklaşımı ile sağlık hizmeti kullanımı ilişkisi Şekil 1’de sunulmuştur. Teorik açıdan ele alındığında Şekil 1’deki pozitif yönlü çizgi hekimler tarafından algılanan risklere karşı olması gereken klinik uygulama düzeylerini (yani optimal klinik kararlar ya da uygulamalar), eğrisel çizgiler ise optimal klinik kararlardan ya da uygulamalardan sapma düzeylerini ve yönlerini temsil etmektedir.

Şekil 1. Savunmacı Tıp Yaklaşımının Klinik Kararlar Üzerine Etkisi



Kaynak: Cournane et al. 2016; Plebani 2014; Catino 2011'nun çalışmalarından uyarlanmıştır.

Hekimler tarafından algılanan klinik risk seviyesi artıkça genellikle klinik uygulamalarda ve müdahalelerde artma, algılanan klinik risk seviyesi azaldıkça klinik uygulamalarda ve müdahalelerde azalma olmaktadır (Cournane et al. 2016; Maaten et al. 2008). Fakat özellikle hastayla ilgili hekimler tarafından algılanan klinik risk ve endişelerin yüksek olduğu

durumlarda (acil tıbbi müdahaleler hariç) hekimler daha çok savunmacı tıp yaklaşımı eğilimi içinde olabilmektedir. Dolayısıyla savunmacı tıp yaklaşımı hastaların sağlık durumlarına ilişkin hekimlerin daha çok kendilerinden emin olamadığı ve kuşkularının arttığı durumlarda ortaya çıkabilmektedir. Günümüzde hekimlerin tedavi ettiği hastalar ile ilgili algıladığı risk seviyesinin artması kendilerini daha çok tanı, tedavi ya da tıbbi müdahale yapmaya yöneltebilmektedir. Böylece hekimler savunmacı tıp yaklaşımı ile sağlık hizmeti kullanım düzeyini optimalden daha yukarı bir seviyeye taşıyarak daha yüksek düzeydeki bir hastalık riskinde karşılanması gereken sağlık hizmetlerini hastaların ihtiyacı olmamasına rağmen onlara ya uygulamakta ya da uygulatmaktadır. Hekim merkezli temel endişeler aynı olmasına karşın kimi hekimler bunun tam tersi bir tutum içinde olabilmektedir. Hekimlerin hasta ile ilgili algıladığı klinik risk düzeyinin artması normal şartlarda uygulanması ya da verilmesi gereken tanı veya tedavi kararlarını güçleştirebilmektedir. Dolayısıyla hekim hastaların ihtiyacı olmasına karşın gerekli sağlık bakım hizmetlerinin sunulmamasına neden olabilmektedir.

III. HEKİMLERİ SAVUNMACI TIBBA YÖNELTEN BAŞLICA NEDENLER

Hekimler hasta üzerinde yapacağı ya da yaptığı tıbbi müdahalelerden dolayı birtakım sorunlar yaşama endişesi taşıyabilir ve bu nedenle riskleri en az düzeyde tutacak alternatif yollar deneyebilirler. Bunun altında yatan temel neden çoğu zaman hasta ile ilgili risk faktörleridir. Genel olarak hekimleri savunmacı tıba yönelten başlıca nedenler aşağıda ele alınmıştır (Catino 2011; Studdert et al. 2005; Carrier et al. 2010).

3.1. Tıbbi Dava Endişesi

Malpraktis ihtimali bazen çağdaş doktor-hasta ilişkisini adeta savaş alanına dönüştürebilmektedir. Pek çok hekim her hastaya olası bir uygulama hatası olarak yaklaşırken hastalar ise doktorların kendilerini mali teşvik için kullandıkları bir araç olarak gördüğünü savunabilmektedir. Bu nedenle bazı hastalar sağlık hizmeti aldığı hekimlerine dürüst ya da eksiksiz bilgi vermediği gibi ayrıca hekimlerini yetkili makamlara şikâyet edebilmektedir (Mor, Einy 2012).

Hekimler malpraktis suçlamalarından dolayı yoğun bir endişe yaşayabilmektedir (Thirumorthy 2016). Asher ve diğerleri (2013), kadın doğum doktoru ve jinekologlar üzerinde yaptığı bir çalışmada hekimlerin %97'sinin mesleki uygulamadaki tıbbi ihmallerden dolayı kendilerine dava açılacağı endişesi yaşadığını ortaya koymuştur. Fakat endişe nedeniyle sağlık hizmetinin sunulmaması her zaman için kötü bir sonuç olarak düşünülmemelidir. Bazen malpraktis davası endişesi hekim kaynaklı kusurları/ihmalleri azaltabilir ve hekimleri güvensiz uygulamalardan caydırabilir (Studdert et al. 2004).

3.2. Malpraktis Deneyimi

Tıbbi bakım kalitesi ile hastaların şikâyetleri arasındaki ilişki karmaşıktır. Olumsuz bir olay mutlaka bir şikâyete yol açmaz, diğer taraftan tıbbi bakım standartları sağlanmasa bile herhangi bir şikâyet olmayabilir. Kanıtlar olumsuz tıbbi sonuçların ve şikâyetlerin doktorların ruh halı üzerinde olumsuz bir etkiye neden olduğunu göstermektedir. Şikâyetler doktorların ruh halinin yanında hastaya olan güvenini de etkileyebilmektedir. Olumsuz tıbbi sonuçlar ve şikâyetler hekimlerde öfke, depresyon, suçluluk ve utanma gibi duygusal tepkilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Cunningham, Wilson 2011). Ayrıca hekimlerin malpraktis suçlaması ile ilgili yaşadığı maddi ya da manevi kayıplar onların hastalarına yaklaşımını etkileyebilmektedir. Catino (2011) tarafından yapılan bir çalışmada hekimlerin %52'sinin daha önce herhangi bir şekilde malpraktis suçlamasına maruz kalmaları nedeniyle savunmacı tıp uygulamalarını benimsediği ortaya konulmuştur.

3.3. Tazminat Talebi Endişesi

Tazminat taraflardan birinin diğerine verdiği zarar nedeniyle ilgili zarara uğrayana ödenen para ya da parasal karşılığı olan nesnedir. Sağlık sektöründe hatalı tıbbi müdahale nedeniyle hekimin cezai ve idari sorumluluğunun yanında ayrıca tazminat sorumluluğu da vardır. Hekimler kazayla (taksirle) öldürme ya da yaralama durumlarında hapis cezası yerine sıklıkla tazminat sorumluluğu altına girmektedir. Hekimin tıbbi müdahale nedeniyle tazminat sorumluluğu altına girmesinin ise dört temel şartı vardır (Hakeri 2016).

Hukuka Aykırılık: Başkalarının gerek malvarlığına gerekse şahsi varlığına zarar vermeyi yasaklayan bir hukuk normunun ihlalidir.

Kusur: Hukuk düzeni içinde hoş görülme ve kınanan davranış biçimidir. Hekimin tedavi sözleşmesi nedeniyle sorumlu tutulabilmesi için sözleşme ihlalinin yanı sıra ayrıca kusurlu olması gerekir. Hekim kasti ya da ihmali davranışlarından dolayı kusurlu olabilir. Herhangi bir endikasyon olmamasına karşın ücret almak için hastaya verilen zarardan dolayı hekimler kasttan dolayı sorumlu tutulmaktadır. Hekimler bilgi, beceri ve deneyim eksikliklerinden dolayı ise ihmalden dolayı sorumlu tutulmaktadır.

Zarar: Sözleşme ihlali veya haksız fiil nedeniyle bir zarar gelmişse o zararın maddi ve manevi karşılığının hekim tarafından karşılanması gerekir.

Nedensellik Bağı: Sözleşmenin ihlali veya haksız fiil ile meydana gelen zarar arasında bir neden sonuç ilişkisinin olması gerekir. Hekimin sadece özen yükümlülüğü yetersizliği onu sorumlu yapmaz. Bu ihlalin aynı zamanda hastanın yaralanmasına ya da ölmesine sebebiyet vermesi şarttır.

Analistler doktorların sürekli olarak savunmacı uygulamalara başvurduğunu ve malpraktis davası korkusu nedeniyle yoğun bir baskı hissettiklerini rapor etmektedirler (Studdert et al. 2010; Carrier et al 2010). Zarar görme ve tazminat endişesi hekimlerin hastalarla özellikle etkin iletişim kurma konularında taviz vermesine neden olabilmektedir. Özellikle riskli bir ortamında çalışan ve daha yüksek malpraktis sigortası prim ödemesi yapan hekimler daha düşük malpraktis primi ödeyen hekimlere göre daha düşük kariyer memnuniyetine sahiptir. Yüksek malpraktis primi ödeyen hekimlerin daha çok tanıtılabilir testler yapma ve düşük riskli hastaları kabul etme olasılıkları daha yüksektir (Carrier et al. 2010).

3.4. Disiplin Yaptırımları ve İtibar Kaybı Endişesi

Malpraktis konusu üzerinde hekim aleyhine açılan bir dava hekim lehine sonuçlansa bile bu durum hekim açısından bir itibar kaybına neden olabilmektedir. Malpraktis sigortası hekimin ödemek zorunda olduğu tazminatlara karşı bir güvence sağlamaktadır, fakat itibar kaybına karşı herhangi bir güvenceden bahsetmek mümkün değildir (Bernstein 2013). Hekimler kusur ya da ihmalkârlıklarından dolayı idari açıdan kurum içinde maaştan kesme, kademe ilerleme durdurma, lisansını ya da mesleğini kaybetme riski ile karşı karşıya kalabilmektedirler (Resmi Gazete 1965). Bunların dışında hekimler mesleki bilgi ve becerisinden dolayı kendi meslektaşları, iş arkadaşları ve hastaları üzerinde kazandığı itibarı bir tıbbi hata ya da ihmalkârlık yüzünden kolayca kaybetme riski ile karşı karşıyadır.

IV. SAVUNMACI TIBBA KARŞI ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Tıbbi uygulama hata risklerini azaltmaya yönelik olarak hekim tarafından verilen veya verilmeyen her türlü karar bir dava konusu olabilmektedir. Savunmacı tıba karşı birtakım

çözüm önerilerinin geliştirilmesi sağlık bakım sonuçlarının ve kalitesinin iyileştirilmesine yardımcı olabilir (Fрати et al. 2015). Bu bağlamda savunmacı tıba karşı aşağıda ele alınan hususların faydalı olabileceği savunulmaktadır.

4.1. Klinik Uygulama Rehberlerinin Kullanımı

Sağlık bakım profesyonelleri ve politika yapıcılar tarafından geliştirilen klinik uygulama rehberleri uygun sağlık bakımın sağlanmasına yardımcı olacak içerikte hazırlanmalı ve sistematik olarak geliştirilmelidir. Bu rehberler uzman bir kurul tarafından bilgi, tecrübe ve değerlendirmelere dayalı olarak hazırlandığı zaman daha iyi tıbbi uygulama standartları belirlenebilir ve tedavi bakım standartları karşılanabilir. Klinik rehberler kanıta ve uzlaşmaya dayalı sunduğu bilgiler sayesinde doktorların en uygun tedavi seçeneğini belirlemelerine yardımcı olabilmektedir (Toker ve diğerleri 2004).

Klinik uygulamalar için hazırlanan rehberler kolay ulaşılabilir olmalı, kanıta dayalı bilgileri içermeli ve amaçlanan biçimde kullanılmalıdır. Bu nitelikleri karşılayan bir uygulama rehberi savunmacı tıba karşı etkili bir çözüm yolu sağlayabilir. Fakat belli alanlarda uygulama rehberlerinin uygulanmasının güç olduğu da açıktır. Klinik uygulama rehberleri hastalar için daha iyi tıbbi sonuçların elde edilmesine yardımcı olmasının yanı sıra uygun olmayan tıbbi müdahalelerden vazgeçilmesine, iyatrojenik kazaların azaltılmasına ve savunmacı tıp yaklaşımlarından önemli ölçüde vazgeçilmesine olanak tanımaktadır (Tinica ve diğerleri 2017).

4.2. Kanıta Dayalı Tıp Uygulamaları

Hastalıkların tanı ve tedavi süreçlerinde doğru kararların verilebilmesi için nitelikli ve güncel araştırmalara dayalı olarak sağlık hizmeti sunumu ile ilgili kararların desteklenmesine kanıta dayalı tıp denilmektedir (Köse 2011). Tıp biliminde hekimlerin hasta ihtiyaç ve isteklerinin yanında ayrıca teorik akıl yürütmelerden, klinik uzmanlıklardan, yüksek kalitedeki araştırma ve gözlemsel çalışmalardan elde ettiği kanıtlar kendilerini daha güvenli, daha tutarlı ve daha uygun sağlık bakım hizmeti sağlayan entelektüel bir meslek grubuna dönüştürmektedir (Greenhalgh et al. 2014).

Günümüzde hekimler kanıta dayalı bilgiye erişimde Pubmed, Uptodate, Cochrane, MD Consult ve Medline gibi veri tabanlarını kullanabilmektedir. Bununla birlikte hekimler arasında kanıta dayalı bilgiye erişimi destekleyen mesleki dergiler, kitaplar, klinik uygulama rehberleri mevcuttur. Kanıta dayalı tıp uygulamalarını geleneksel uygulamalardan farklı kılan iki temel neden vardır. Bunlardan ilki kanıta dayalı tıbbın sağlık hizmeti sunumundaki açıklığı/boşluğu doldurarak sağlık hizmetlerine özgü daha faydalı kurallar ve araçlar geliştirilmesini kolaylaştırmasıdır. İkincisi ise kanıta dayalı tıbbın hekimler arasında karşılıklı öğrenmeyi desteklemesidir. Kanıta dayalı tıp uygulamalarını benimseyen ve kullanan bir hekim farklı tedavi seçeneklerinin birbirine karşı üstünlüğünü ve zayıflığını daha net ve bilimsel bir şekilde karşılaştırır, hasta açısından en faydalı olan seçeneği tercih eder. Aynı şekilde kanıta dayalı tıp hastalara da çeşitli alternatifler sunmakta ve onların otonomilerini artırmaktadır (Saygılı ve diğerleri 2013).

Kanıta dayalı tıp hastaların tercih ve değerlerini dikkate alarak hekimler tarafından bilimsel bilginin akıllıca kullanılmasına, hasta beklentileri ile hekimin mesleki uzmanlığının en iyi kanıtla birleştirilmesine, sağlık bakım kararlarının daha dikkatli, şeffaf ve akılcı verilmesine, sistematik araştırmalarla elde edilen en iyi klinik kanıtların klinik uzmanlıklarla bütünleştirilmesine, klinik karar vermede çağdaş araştırma bulgularını daha kolay bulmaya, değerlendirmeye ve bunu temel kaynak olarak kullanmaya imkân sağlamaktadır (Scalise 2004; Saygılı ve diğerleri 2013).

4.3. Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası (Malpraktis Sigortası)

Sağlık sisteminde yaşanan sorunlar malpraktis suçlamasına bağlı ceza ve hukuk davaları sayısının artmasına, dava sayısının artması ise hekimler arasında mesleki sorumluluk sigortasının yaygınlaşmasına neden olmaktadır. Günümüzde hekimler haklı ya da haksız bazen suçlamaların bir tarafı olmalarına karşın, hekimlerin buna karşı edindiği sigorta savunmacı tıp yaklaşımlarını tümüyle ortadan kaldırmamaktadır (Koç 2014). Sağlık sektöründe çalışan hekimler mesleğini icra ederken ortaya çıkabilecek zarara karşı mesleki koruma güvencesi sağlayarak huzur ve güven içinde sağlık hizmeti sunmayı temin etmek için ayrıca malpraktis sigortası olarak da bilinen “hekim mesleki sorumluluk sigortası” ile kendilerine koruma sağlamaktadır (Yıldırım 2015). Bu sigortanın olmaması hekimlerin hasta üzerinde medikal uygulamalarla ilgili hata yapma endişelerini artırmaktadır. Bu sebepten dolayı bazı hekimler sağlık hizmeti sunmaktan vazgeçmekte bazen de gerekli olmasa dahi kendini güvenceye almak için daha fazla sağlık hizmeti sunmaktadır. Bunun altında yatan nedenler ise çoğu zaman tazminat ödemekle karşı karşıya kalma endişesidir. Bu yüzden hekimler düzenli prim ödemesi yapma karşılığında malpraktis sigortasına sahip olmaktadır. Malpraktis sigorta şirketleri hekimlerin malpraktis suçlamaları ile karşılaştığında onları savunmakta ve onlar adına tazminat ödemelerini gerçekleştirmektedir.

Türkiye’de 16.03.2006 tarih ve 26110 sayılı kanunda hekimler için genel mesleki sorumluluk sigortası zorunlu değildi. Fakat zamanla tıbbi uygulamalardaki kusur ve zararlara yargı makamlarının verdiği cezaların ödenmesi noktasında birtakım zorluklar yaşanmıştır. Bu sebeple tıbbi kötü uygulamaya ilişkin sorumluluk sigortası 1219 sayılı Kanun’a 21.01.2010 tarihli ve 5947 sayılı Kanun ile eklenen Ek 12. Maddesi ile zorunlu hale gelmiştir. Bu kanunla kamuda, özel sektörde ve mesleklerini serbest olarak icra eden hekimlere sigorta yaptırma zorunluluğu getirilmiştir (Yalçın, Şahin 2017). Zorunlu mesleki sorumluluk sigortasının kapsamını hekimin uzmanlık alanı, risk faktörleri ve prim miktarı gibi değişkenler belirlemektedir. Hekimlerin mesleki faaliyetleri neticesinde ortaya çıkan ihmal veya kusurlu davranışları sigorta kuruluşlarına ödenmesi gereken prim miktarını etkilemektedir (Koç 2014).

4.4. Çağdaş Hekim-Hasta İşbirliğinin Geliştirilmesi

Doktor-hasta ilişkisi hastalığın tanı ve tedavisinde yüksek kalitede sağlık hizmeti sağlanması açısından sağlık bakım uygulamalarının merkezi bir unsuru olarak kabul edilmektedir. Hasta-hekim ilişkisi neticesinde hastanın acıları, eğilimleri, duyguları, yanlış sağlık inançları ile gizli çoğu sağlık sorunu açığa çıkarılabilmektedir. Bu etkileşim hastanın yaşam kalitesini ve sağlık durumunu önemli ölçüde artırabilmekte, doğru tıbbi müdahalelerin geliştirilmesine katkı sağlayabilmektedir. Hekim ile hasta arasındaki paylaşılan değerler ve hastalık ile ilgili beklentiler ne kadar açık olursa hastalığın teşhisindeki doğruluk payı da aynı şekilde artabilmektedir (Agarwal et al. 2017).

Hastalar sağlık hizmetleri sunumunun kapsamı ve içeriği hakkında detaylı bilgilere sahip değildir. Ayrıca hastalar tedavilerin şekli ve içeriği hakkında çoğu zaman yönlendirici konumda değildir. Bu yüzden sağlık hizmeti sunumunda hasta ile hekim arasında vekâlet sözleşmesi vardır. Vekâlet sözleşmesinin olması hekimlerin hastalar üzerinde istediği tüm tıbbi uygulamaları özgürce yapması anlamına gelmemektedir. Hekimler hastaların kendisine verdiği onam çerçevesinde yasaların öngördüğü tüm sağlık hizmeti beklentilerini karşılamakla yükümlüdür (Yıldırım ve diğerleri 2009). Bu noktada geliştirilecek ideal hekim ile hasta etkileşimi birçok açıdan sağlık bakımının sürekliliğine ve etkili bir sağlık bakım hizmetinin gelişimine katkı sağlayabilmektedir (Kerse et al. 2004). Çağdaş hekim-hasta ilişkisi doktorların tıbbi bilgi ve becerilerine bağlı olduğu kadar ayrıca hastanın katılımına da

bağlıdır. Bu nedenle hekim hasta ilişkisinin başarılı olması için hem hekim hem de hasta kendi kişisel rollerinden haberdar olmalı ve onun için gerekli adımları atmalıdır. Bu noktada hekimlerin hastalıkların yönetimi ve tedavisi ile ilgili yenilikçi tedavileri ve alternatifler tıbbi uygulamaları araştırması gerekmektedir (Chertoff 2015).

4.5. Düzenli Tıbbi Kayıtlar

Tıbbi kayıtların olumsuz olayları önleme ve sağlık bakım maliyetlerini azaltma potansiyelinin yanında ayrıca malpraktis dava risklerini azaltma özelliği vardır (Virapongse et al. 2008). Genelde tıbbi uygulama hatası ile ilgili mevzuatlar hastaları koruyan, standart dışı davranışları engelleyen ve ilgili mağdurlara tazminat ödenmesini sağlayan önemli bir mekanizma olarak kullanılmaktadır. Tıbbi uygulama hatası davalarında bakım standartlarının karşılanması kriteri dava sonuçlarını doğrudan etkileyen önemli bir göstergedir. Hasta dosyaları üzerinde hangi bakım standartlarının hastalara uygulandığını belirlemek tıbbi uygulama hatası davalarında hekimlerin lehine ya da aleyhine karar verilmesinde temel ölçüt olarak kullanılmaktadır (Wegman et al. 2012).

Tıbbi kayıtlar arasında kuşkusuz en önemli belgelerden biri hasta onam (rıza) formudur. Onam formu ile tıbbi uygulamaların her bir aşaması için hasta rızasının alınması şikâyet riskini azaltabilir. Hastanın rızası alınmadan kendisine yapılan hiçbir müdahale yasal değildir. Ayrıca alınan bu rızanın müdahalenin riski, başarı oranı, alternatif tedavi yöntemleri hakkında aydınlatıcı nitelikte olması gerekir. Hastanın yaşının küçük ya da hastanın mahcur olması durumunda velisinden ya da vasisinden rıza alınması gereklidir. Hastanın velisinin, vasisinin ya da sağlıklı karar verme ehliyetinin olmadığı durumlarda herhangi bir hasta rızası aranmaz. Vekâlet verilmeyen ancak tıbbi müdahale gerekli olduğu bazı durumlarda ise mahkeme kararı gerekmektedir. Hastanın durumunun kritik veya hayati tehlikesinin olduğu durumlarda mahkeme kararı beklenmeyebilir (Duysak 2018).

Tıbbi kayıtlar hatalı uygulama iddialarına karşı delil niteliğindedir. Hekimler savunmalarını çoğu zaman bu delillere dayalı olarak yapmaktadır. Özellikle mahkemelere intikal eden davalarda ve adli raporların hazırlanmasında tıbbi kayıtların önemi büyüktür. Tıbbi kayıtlar hekimler için önemli olduğu kadar ayrıca hastalar için de önemli bir husustur. Hasta üstünde yapılan medikal işlemlerin açık bir şekilde kayıt altına alınması sağlık bakım kalitesinin geliştirilmesine katkı sağlar. Bununla birlikte doğru, düzgün, düzenli ve eksiksiz tutulan tıbbi kayıtlar yargısal süreçte tarafların (hasta ya da hekim) haklılık durumlarının açığa çıkarılmasına imkân tanır. Dolayısıyla tıbbi kayıtların doğru ve eksiksiz tutulması ve ayrıca uygun şartlar altında sağlık kurumunda muhafaza edilmesi önemlidir.

V. TARTIŞMA

Yapılan çok sayıda çalışmada savunmacı tıp modern tıbbi bakıma karşı bir risk faktörü olarak değerlendirilmekte ve yine çok sayıda rapora göre çoğu doktor savunmacı tıbbi ya uygulamış ya da uygulamaktadır (Zhu, Lang 2018; He 2014). Zhu ve Lang (2018)'a göre savunmacı tıp tek ya da belirli bir ülkenin, ekonominin, ideolojinin veya kültürün sorunu değil, dünya çapında bir sorundur. Studdert ve diğerleri (2005) ABD'de savunmacı tıbbin yaygınlığını saptamak için 824 hekim üzerinde bir çalışma yürütmüştür. İlgili çalışmada hekimlerin %92'sinin tıbbi dava korkusu nedeniyle tanısal test istediği, %43'ünün ise yüksek riskli hastalardan kaçındığı ortaya konulmuştur. Ayrıca savunmacı tıbbi sadece klinik fayda ya da zarar noktasında incelememek gerekir. He (2014)'ye göre tıbbi hata korkusu hekimlerin hasta üzerindeki inisiyatif duygusunu en aza indirgeyerek beklenen faydaya karşı daha büyük tıbbi maliyetlerle karşı karşıya kalmaya neden olabilmektedir. Örneğin, sağlık sonuçları açısından sezaryen ile doğum yöntemi ile normal doğum yöntemi arasında önemli bir farklılık olmamasına karşın hekim kaynaklı nedenlerden dolayı çoğu zaman sezaryen ile

doğum yöntemi tercih edilebilmektedir. Bu durum ise sağlık sistemi üzerinde önemli bir mali yük oluşturabilmektedir (He 2014). Jackson Healthcare (2011) tarafından hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada ABD'deki hekimlerin savunmacı tıp yaklaşımı ülkenin toplam sağlık harcamasının yaklaşık %34'ünü oluşturduğu tespit edilmiştir.

Chiozza ve Ponzetti (2009), savunmacı tıbbın yüksek düzeyde kullanılmasının başlıca bir sonuç olarak kabul edilmemesini, bunun yerine problemin çözümü için bir hareket noktası olarak kabul edilmesi gerektiğini, özellikle hastalık tanı ve tedavi aşamalarında hekimler tarafından da hata yapabileceği gerçeğinin göz ardı edilmemesi gerektiğini vurgulamaktadır. Cunningham ve Wilson (2011) ABD, İngiltere ve Avustralya gibi farklı kültürlerdeki hekimler üzerinden elde ettiği bulgulardan yola çıkarak doktorların savunmacı tıp ile ilgili tutumlarının altında yatan gerçeğin dış faktörlerden çok hekimin kendisinden kaynaklandığını bulmuştur. Aynı çalışmada tıbbi hataların hekimlerde mesleki açıdan utanma ve yetersizlik duygusunun artmasına neden olduğu saptanmıştır. Tıbbi hataların hekimlerin kendisinden kaynaklanması, problemin kendisinin hekim olduğu anlamı taşımamaktadır. Çok sayıda bilimsel bulgu hastalar üzerindeki tıbbi hata kaynaklarının çoğunun mesleki profesyonelleşme seviyesinden çok diğer faktörlerden (sistemsel ya da yönetsel nedenler) kaynaklandığını göstermektedir (Karataş, Yakıncı 2010; He 2014; Cunningham, Wilson 2011). Top ve diğerleri (2008)'ne göre tıbbi hataları azaltmak ve hekimlerin mesleki açıdan daha üst seviyeye ulaşmasını sağlamak için tıp fakülteleri arasında eğitim standartlarının sağlanması, hekimlerin üzerindeki iş yüklerinin gözden geçirilmesi ve tükenmişlik veya bitkinlik duygularını ortadan kaldıracak maddi ve manevi özendiricilerin harekete geçirilmesi gerekmektedir. Karataş ve Yakıncı (2010)'ya göre ise insan faktörü tıbbi hataların başlıca üç temel nedeninden sadece biridir. Yetersiz eğitim, iletişim sorunu ve tartışmacı kişilik yapısı gibi kişisel faktörlerin yanında ayrıca organizasyon yapısı, kurumsal politikalar, idari yapı, kurum içinde personelin yanlış dağılımı, yöneticilerin kurum çalışanlarına karşı yetersiz ilgisi ve desteği tıbbi hatalara neden olabilmektedir.

VI. SONUÇ

Tıbbi hata ve malpraktis endişesi hekimlerin mesleki deneyim kazanmasını ve bireysel öğrenme sürecini güçleştirebilmektedir. Bireysel düzeydeki öğrenme durumlarındaki yaşanan sorunlar sonrasında örgütsel öğrenmeyi ve paylaşmayı olumsuz etkileyebilmektedir. Buna karşı olarak organizasyon düzeyinde klinik uygulama rehberlerinin kullanılması, kanıta dayalı tıp uygulamalarının sağlık kuruluşlarının tümü üzerinde yaygınlaştırılması, malpraktis sigortasının teşviki, çağdaş hasta-hekim işbirliği ile tıbbi kayıtların düzenli tutulması konularında kültürel bir dönüşüm sağlanmalıdır. Bu kültürel değişim tüm örgüt üyelerinin davranışları üzerinde olumlu bir etki oluşturabilmesi açısından örgütün üst yönetiminden başlaması ve desteklenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda malpraktis konuları üzerine ulusal düzeyde reformlar sağlanarak hem sağlık hizmeti kalitesi daha da iyileştirilebilir hem de tıbbi uygulama ve genel sağlık hizmetleri maliyetleri düşürülebilir. Diğer taraftan sağlık hizmetlerinde kalitenin iyileştirilmesi için tıbbi hatalar başlıca bir neden değil, bir sonuç olarak ele alınmalı ve incelemelidir. Ayrıca tıbbi hataların önlenmesi için insan faktörünün anlaşılması, hataların altında yatan yapısal sorunların tespit edilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Agarwal A. K. and Sharma A. (2017) Patient-Physician Relationship; A Keystone of Care in Emerging Health Care System. **Psychology and Behavioral Science International Journal** 2(2): 1-7.

2. Asher E. D., Seidman D. S., Greenberg-Dotan S., Kedem A., Sheizaf B. and Reuveni H. (2013) Defensive Medicine Among Obstetricians and Gynecologists in Tertiary Hospitals. **Plos One Journal** 8(3): 1-5.
3. Ayrancı Y. (2008) Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması. **Selçuk Üniversitesi, Doktora Tezi**, Konya.
4. Baqir S. M. (2014) Pakistan Cannot Afford Defensive Medicine. **Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan** 24(10): 703-704.
5. Bean J. R. (2016) Defensive Medicine: A Game in Which Perception Trumps Reality. **World Neurosurgery** 90: 646-647.
6. Bernstein J. (2013) Malpractice: Problems and Solutions. **Clinical Orthopaedics and Related Research** 471(3): 715-720.
7. Bogner M. S. (2018) **Human Error in Medicine**. CRC Press, USA.
8. Carrier E. R., Reschovsky J. D., Mello M. M., Mayrell R. C. and Katz D. (2010) Physicians' Fears of Malpractice Lawsuits are not Assuaged by Tort Reforms. **Health Affairs** 29(9): 1585-1592.
9. Catino M. (2011) Why Do Doctors Practice Defensive Medicine? The Side-Effects of Medical Litigation. **Safety Science Monitor** 15(1): 1-12.
10. Chertoff J. (2015) The Evolving Physician-Patient Relationship: Equal Partnership, More Responsibility. **Quality in Primary Care** 23(1): 1-3.
11. Chiozza M. L. and Ponzetti C. (2009) FMEA: A Model for Reducing Medical Errors. **Clinica Chimica Acta** 404(1): 75-78.
12. Cournane S., Byrne D., O'Riordaii D., Fitzgerald B. and Silke B. (2016) The Relationship Between Resource Utilization, Clinical Risk and Hospital Costs for Emergency Medical Admissions. **Acute Medicine Journal** 15(1): 7-12.
13. Cunningham W. and Wilson H. (2011) Complaints, Shame and Defensive Medicine. **BMJ Quality & Safety** 20(5): 449-452.
14. Duysak M. (2018) **Hekimin Tıbbi Uygulama Hatalarından Doğan Cezai Sorumluluğu**. http://www.ankarabarusu.org.tr/siteler/ankarabarusu/hgd_makale/2009-3/5.pdf (Erişim Tarihi: 21.06.2018)
15. Frati P., Busardò F. P., Sirignano P., Gulino M., Zaami S. and Fineschi V. (2015) Does Defensive Medicine Change the Behaviors of Vascular Surgeons? A Qualitative Review. **Biomed Research International** 170692: 1-5.
16. Greenhalgh T., Howick J. and Maskrey N. (2014) Evidence Based Medicine: A Movement in Crisis? **British Medical Journal** 348: 1-7.
17. Grober E. D. and Bohnen J. M. (2005) Defining Medical Error. **Canadian Journal of Surgery** 48(1): 39-44.
18. Hakeri H.(2016) **Tıp Hukuku**. Seçkin Yayıncılık, Ankara.

19. Hawley K. (2018) **Trust and Distrust between Patient and Doctor.** <https://www.standrews.ac.uk/~kjh5/OnlinePapers/TrustDistrustPatientDoctor.pdf> (Erişim Tarihi: 19.06.2018)
20. Hiyama T., Yoshihara M., Tanaka S., Urabe Y., Ikegami Y., Fukuhara T. and Chayama K. (2006) Defensive Medicine Practices Among Gastroenterologists in Japan. **World Journal of Gastroenterology** 12(47): 7671-7675.
21. Hogan N. C. (2003) **Unhealed Wounds: Medical Malpractice in the Twentieth Century.** LFB Scholarly Publishing LLC, Texas.
22. Jackson Healthcare (2011) **Physicians Sound off on the High Price of Defensive Medicine in United States.** Alpharetta, USA.
23. Karataş M. ve Yakıncı C. (2010) Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları. **Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi** 17(3): 233-236.
24. Kerse N., Buetow S., Mainous A. G., Young G., Coster G. and Arroll B. (2004) Physician-Patient Relationship and Medication Compliance: A Primary Care Investigation. **The Annals of Family Medicine** 2(5): 455-461.
25. Koç S. (2014) Adli Tıbbi Açıdan Malpraktis ve Hekim Sorumluluğu. **Toraks Cerrahisi Bülteni** 5(1): 14-22.
26. Köse E. (2011) Tıp Akademisyenlerinin Kanıta Dayalı Bilgi Gereksinimleri ve Bilgi Arama Davranışları. **Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
27. La Pietra L., Calligaris L., Molendini L., Quattrin R. and Brusaferrò S. (2005) Medical Errors and Clinical Risk Management: State of The Art. **Acta Otorhinolaryngologica Italica** 25(6): 339.
28. Liang B. A. (2002) A System of Medical Error Disclosure. **British Medical Journal Quality & Safety** 11(1): 64-68.
29. Maaten S., Kephart G., Kirkland S. and Andreou P. (2008) Chronic Disease Risk Factors Associated with Health Service Use in the Elderly. **BMC Health Services Research** 8(237): 1-9.
30. Mor S. and Einy O. R. (2012) Relational Malpractice. **Seton Hall Law Review** 42: 601-642.
31. Odabaşı A. B. ve Tümer A. (2006) Çekinik (Defansif) Hekimlik: Yeni Türk Ceza Kanunu'nun Uygulanma Aşamasında Toplum Bekleyen Tehlike. **Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi** 8(4): 55-59.
32. Özer Ö., Taştan K., Set T., Çayır Y. ve Şener M. T. (2015) Tıbbi Hatalı Uygulamalar. **Dicle Tıp Dergisi** 42(3): 394-397.
33. Panthöfer S. (2016). **Do Doctors Prescribe Antibiotics Out of Fear of Malpractice?** <https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1631.pdf> (Erişim Tarihi: 06.05.2018)

34. Plebani M. (2014) Defensive Medicine and Diagnostic Testing. **Diagnosis Journal** 1(2): 151-154.
35. Reisch L. M., Carney P. A., Oster N. V., Weaver D. L., Nelson H. D., Frederick P. D. and Elmore J. G. (2015) Medical Malpractice Concerns and Defensive Medicine: A Nationwide Survey of Breast Pathologists. **American Journal of Clinical Pathology** 144(6): 916-922.
36. Resmi Gazete (1965) **Devlet Memurları Kanunu**. Kabul Tarihi: 23.07.1965, Sayı: 12056.
37. Saygılı M., Kaya S., Songur C. ve Özer Ö. (2013) Aile Hekimlerinin Kanıta Dayalı Tıp Uygulamalarını Kullanım Durumları ve Bilgi Arama Davranışları. **SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi** 4(3): 104-110.
38. Scalise D.(2004) Evidence Based Medicine. **Hospital&Health Network** 78(12): 32-37.
39. Shapiro S. A., McGarity T. O., Vidargas N. W. and Goodwin J. (2012) **The Truth About Torts: Defensive Medicine and the Unsupported Case for Medical Malpractice'Reform'**. <http://www.progressivereform.org/articles/MedMalMyths1203.pdf> (Erişim Tarihi: 01. 06. 2018)
40. Studdert D. M., Mello M. M. and Brennan T. A. (2010) Defensive Medicine and Tort Reform: A Wide View. **Journal of General Internal Medicine** 25(5):380–381.
41. Studdert D. M., Mello M. M. and Brennan T. A.(2004) Health Policy Report: Medical Malpractice. **The New England Journal Of Medicine** 350 (3): 283-292.
42. Studdert D. M., Mello M. M., Sage W. M., Des Roches C. M., Peugh J., Zapert K. and Brennan T. A. (2005) Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment. **Journal of the American Medical Association** 293:2609–2617.
43. Thirumoorthy T. (2016) **Defensive Medicine-The Need for Re-imagination of Our Medical Litigation**. <https://www.sma.org.sg/UploadedImg/files/Publications%20%20SMA%20News/4802/CMEP.pdf> (Erişim Tarihi: 01. 06. 2018)
44. Tinica G., Tomaziu-Todosia M., Tomaziu-Todosia G. C., Christol R. O., Bulgariu-Iliescu D. and Furnica C. (2017) “Defensive Medicine: Myths and Realities”. In Ignatescu C., Sandu A. And Ciulei T. (Eds.) **Rethinking Social Action Core Values in Practice**, pp: 898-910. Lumen Proceedings, Romania.
45. Toker A., Shvarts S., Perry Z. H., Doron Y. and Reuveni H. (2004) Clinical Guidelines, Defensive Medicine, and the Physician Between the Two. **American Journal of Otolaryngology** 25(4): 245-250.
46. Top M., Gider Ö., Taş Y. ve Çimen S. (2008) Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması. **Haccettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 11(2): 161-200.
47. TTB (2012) **Hekimlik Meslek Etiği Kuralları**. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/h_etikkural.pdf (Erişim Tarihi: 20.06.2018)

48. Virapongse A., Bates D. W., Shi P., Jenter C. A., Volk L. A., Kleinman K., Sato L. and Simon S. R. (2008) Electronic Health Records And Malpractice Claims in Office Practice. **Archives of Internal Medicine** 168(21): 2362-2367.
49. Wegman B., Stannard J. P. and Bal B. S. (2012) Medical Liability of the Physician in Training. **Clinical Orthopaedics and Related Research** 470(5): 1379-1385.
50. Yalçın H. ve Şahin A. (2017) Sorumluluk Hukuku ve Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortası: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. **Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 26(2): 45-56.
51. Yıldırım A., Aksu M., Çetin İ. ve Şahan A. G. (2009) Tokat İli Merkezinde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hataları İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. **Cumhuriyet Tıp Dergisi** 31(4): 356-366.
52. Yıldırım İ. (2015) Tıbbi Malpraktis ve Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası. **Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi** 6(3): 121-129.
53. Yılmaz A. (2012) “Hasta Güvenliği”. **Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi**, İçinde: Kaya S. (Ed.) ss: 212-232. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
54. Zhu L., Li L. and Lang J. (2018) The Attitudes Towards Defensive Medicine among Physicians of Obstetrics and Gynaecology in China: A Questionnaire Survey in a National Congress. **British Medical Journal** 8(2): 1-7.

DERLEME MAKALESİ

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK ALANINDA VERİ ZARFLAMA
ANALİZİ YÖNTEMİ KULLANILARAK YAPILAN
MAKALELERİN İNCELENMESİ**

Sinem MUT*
Gamze KUTLU**
Meryem TURGUT***

ÖZ

Çalışmada, Türkiye’de sağlık alanında Veri Zarflama Analizi yöntemi kullanılarak yapılan ve ulusal ve uluslararası literatürde yayınlanmış makalelerin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda Türkçe ve İngilizce makalelerin tümüne ulaşabilmek için Google Akademik arama motoru, PubMed, Ebscohost, ProQuest, Science Direct, Scopus elektronik veri tabanları kullanılarak Ocak 2000- Şubat 2018 tarihleri arasında yayımlanan ulusal ve uluslararası makaleler belirlenen anahtar kelimeler çerçevesinde taranmıştır. Tarama sonucunda toplamda 88 makaleye ulaşılmış olup, belirlenen kriterleri sağlayan 79 adet araştırma makalesi çalışma kapsamında incelenmiştir. İncelenen makaleler yazarları, tarihleri, kullanılan modeller ve yönelimi, karar verme birimi türü ve sayısı, kullanılan girdiler ve çıktılar gibi belirlenen başlıklar altında ele alınmıştır. Makalelerin yıllara göre dağılımına bakıldığında en fazla makalenin 2016 ve 2017 yılında yayımlandığı ve bu alanda en çok yayın yapan araştırmacıların Sağlık Yönetimi Bölümü’ne mensup olduğu belirlenmiştir. Çalışmalarda karar verme birimi olarak genellikle hastanelerin seçtiği ve verimliliğin değerlendirilmesinde girdi yönelimli CCR ve BCC modellerinin birlikte kullanıldığı tespit edilmiştir. Çalışmalarda en sık kullanılan girdi değişkenlerinin “yatak sayısı” ve “hekim sayısı” olduğu, en sık kullanılan çıktı değişkenlerinin ise “poliklinik sayısı”, “ameliyat sayısı” ve “yatan hasta sayısı” olduğu görülmüştür. Ayrıca Veri Zarflama Analizi yöntemi ile birlikte en sık kullanılan yöntemin Malmquist Toplam Faktör Verimlilik Endeksi olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak sağlık alanında güncelliğini koruyan verimlilik tartışmaları kapsamında verimliliğin değerlendirildiği makaleleri inceleyen bu çalışmanın hastane yöneticilerine, politika yapıcılara ve araştırmacılara yardımcı olacak önemli bilgiler sağlayacağı ve gelecekte yapılacak araştırmalara yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Kurumları, Verimlilik, Veri Zarflama Analizi

MAKALE HAKKINDA

* Arş. Gör., Ankara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, smut@ankara.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-7241-2704>

** Arş. Gör., Ankara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, gkutlu@ankara.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-9852-4029>

*** Arş. Gör., Ankara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, turgut@ankara.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-9320-3250>

Gönderim Tarihi: 12.07.2018

Kabul Tarihi: 05.11.2018

Atıfta Bulunmak İçin:

Mut, S., Kutlu, G., Turgut, M. (2019). Türkiye’de Sağlık Alanında Veri Zarflama Analizi Yöntemi Kullanılarak Yapılan Makalelerin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 207-244.

AN EXAMINATION OF THE ARTICLES PERFORMED IN THE HEALTH FIELD IN TURKEY BY USING THE DATA ENVELOPMENT ANALYSIS METHOD

Sinem MUT*
Gamze KUTLU**
Meryem TURGUT***

ABSTRACT

The purpose of this study is to examine the articles performed in the health field in Turkey by using the Data Envelopment Analysis method and published in the national and international literature. In this regard, to access all the articles published in Turkish and English, Google Academic (Google Scholar), PubMed, Ebscohost, ProQuest, Science Direct, and Scopus electronic databases were used. The national and international articles published from January 2000 to February 2018 were reviewed within the framework of the determined key words. Through the review, 88 articles were reached, and 79 research articles fulfilling the determined criteria were examined within the scope of the study. The examined articles were addressed under specific titles such as author, date, employed models and orientation, type and number of decision-making units, inputs and outputs. The study showed that most articles were published in 2016-2017; the researchers publishing most research in this field are from Healthcare Management department; decision-making units are generally hospitals; input-oriented CCR and BCC models are used together for evaluating efficiency; and the most frequently used input variables are "the number of beds" and "the number of doctors", and the most frequently used output variables are "the number of polyclinics, "the number of operations", and "the number of inpatients". In addition, the study indicated that the most frequently used method along with the Data Envelopment Analysis method is Malmquist Total Factor Efficiency Index. All in all, examining the articles that evaluate efficiency within the scope of still hot debates on productivity in the health field, the present study is anticipated to provide important information for hospital managers, policy-makers, and researchers and to guide future research.


Keywords: Health, Healthcare Institutions, Efficiency, Data Envelopment Analysis

ARTICLE INFO


* Ankara University, smut@ankara.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-7241-2704>

** Ankara University, gkutlu@ankara.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-9852-4029>

*** Ankara University, turgut@ankara.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-9320-3250>

Received: 27.06.2018

Accepted: 29.11.2018

Cite This Paper:

Mut, S., Kutlu, G., Turgut, M. (2019). Türkiye'de Sağlık Alanında Veri Zarflama Analizi Yöntemi Kullanılarak Yapılan Makalelerin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 207-244.

I. GİRİŞ

Kaynakların kıt olduğu sağlık alanında talebin de artmasıyla mevcut kaynakların verimli kullanılması zorunluluğu ile karşı karşıya kalınmıştır. Sağlık hizmeti sunumunda yaşanan kısıtlılıkların aşılması için sağlık hizmetlerinin performansının ölçülmesine ve değerlendirilerek iyileştirilmesine yönelik çabalar da artmıştır. Performansın boyutlarından biri olan verimliliğin ölçülmesi bu kapsamda önem kazanmıştır (OECD 2011). Sağlığa ayrılan kaynaklarda yaşanan artışa rağmen sağlık sonuçlarında beklenen iyileşmenin gerçekleşmemesi verimlilik tartışmalarını beraberinde getirmiştir (OECD 2014). Minimum kaynak kullanarak hizmet sunmak zorunda olan sağlık kurumlarının verimliliğini ölçmek, kurumun performansı hakkında bilgi sunmaya yaramaktadır. Verimliliğin ölçülmesi, amaçlara minimum kaynakla ulaşma ya da mevcut kaynaklarla maksimum çıktı seviyesine ulaşmada başarı derecesini vermekte ve böylelikle sağlık kurumlarının hizmet sunmak için kullandıkları girdilerin çıktıya dönüşme sürecini takip etmelerine imkân sunmaktadır (Waldman 1997).

Verimlilik (efficiency) üretilen ürün ya da hizmet ve bu ürün ya da hizmeti üretmede kullanılan kaynaklar arasındaki ilişkiyi temel almaktadır (Şahin 2009). Kullanılan girdiler ile elde edilen çıktılar arasındaki ilişkiyi inceleyen verimlilik ölçümünde hem matematiksel hem de istatistiksel teknikler kullanılmaktadır (Charnes et al. 2000). Verimliliğin ölçülmesinde oran (rasyo) analizi, parametrik yöntemler ve parametrik olmayan yöntemler kullanılmaktadır (Sherman 1984). Oran analizi, verimlilik ölçüm yöntemleri arasında en sık kullanılan ve görece en basit yöntemdir. Bu yöntem ile tek bir girdi ve çıktı arasındaki ilişki incelenir. Oran analizi, “çıkıtı/girdi” temel formülüyle verimlilik ölçümünü gerçekleştirmeye yarayan bir yöntemdir (Yıldırım 2004). Birden fazla girdi ve çıktının analiz edilmesine uygun değildir. Parametrik yöntemler, tek girdi ve tek çıktı arasındaki ilişkiyi inceleyen oran analizinin aksine tek bir çıktının birden fazla girdi ile ilişkisini çoklu regresyon yöntemleri ile incelemektedir. Parametrik yöntemler, karar verme birimine ait üretim fonksiyonunun analitik bir yapıya sahip olduğu varsayımına dayanmaktadır. Verimlilik ölçümü esnasında yapılan regresyon analizinde, bağımlı (çıkıtı) ve bağımsız (girdi) değişkenler arasındaki ilişkinin nedensel yapısı araştırılır (Berger, Humphrey 1997). Parametrik olmayan yöntemlere ilk olarak 1957 yılında Farrell’in yaptığı çalışmada rastlanmıştır (Farrell 1957). Parametrik olmayan yöntemler doğrusal programlama tabanlı yöntemler olup birden fazla girdi ile çıktı arasındaki ilişkiyi verimlilik açısından değerlendirmeye olanak tanımaktadır (Charnes et al. 2000). Bu yöntemler, verimlilik ölçümü sonrasında elde edilen değer, verimlilik sınırına olan uzaklığını ölçer. Çoklu girdi ve çıktı kullanımına olanak tanınması yöntemin avantajlarından biridir. Bu kapsamda kullanılabilen yöntemler, Veri Zarflama Analizi (VZA) ve Serbest Atılabilir Zarf (SAZ) yöntemleridir (Akdoğan 2001; Yolalan 1993). Bu yöntemlerden en sık kullanılan ise Charnes, Cooper ve Rhodes tarafından geliştirilen VZA yöntemidir (İnan 2000).

1.1. Veri Zarflama Analizi

VZA, üretim birimlerinin verimliliğin çoklu girdi ve çıktı kullanılarak ölçülmesine imkân veren doğrusal programlama tabanlı bir yöntemdir. Yöntem verimliliğin görece olarak ölçülmesine yaramakta ve yaygın olarak kullanılmaktadır (Charnes, Cooper 1984). VZA, oran analizi ve parametrik yöntemler ile yapılan verimlilik ölçümlerinde ortaya çıkan sorunları gidermek için geliştirilmiştir. Üretim birimlerinin optimizasyonu için regresyon doğrusunu temel alan parametrik yöntemlerin aksine VZA, her bir üretim birimini verimlilik sınırına olan konumuna göre değerlendirir. Yöntem, tüm üretim birimlerini ayrı ayrı ele alır ve bunları verimlilik sınırının üzerinde veya altında aldıkları konuma göre değerlendirir (Charnes et al. 2000; Cooper et al. 2000; Zhu 2014).

VZA ile verimliliğin ölçülmesinde kullanılan bazı kavramların açıklanması yöntemin anlaşılır kılınması açısından önemlidir. Temel kavramların açıklamaları şöyledir;

- *Karar Verme Birimi (KVB) (Decision Making Unit)*: Verimlilikleri ölçülecek ortak girdileri ve çıktıları olan firmalar, bölümler ya da yönetsel birimlerin her birine “Karar Verme Birimi” denir (Ramanathan 2003).
- *Girdi (Input)*: KVB tarafından üretim yapmak için kullanılan üretim faktörlerine girdi denir (Şahin, Özgen 2000).
- *Çıktı (Output)*: KVB tarafından girdiler kullanılarak üretilen ürün ya da hizmetlerdir (Şahin, Özgen 2000).
- *Tam (%100) Verimlilik (Efficiency- Extended Pareto-Koopmans)*: KVB’nin herhangi bir girdi ve çıktısında yapılması istenen değişiklik diğer girdi ve çıktı düzeylerini azaltmadan/artırmadan gerçekleştirilemiyorsa bu KVB’nin %100 verimli olduğu söylenebilir (Cooper et al. 2011; Charnes, Cooper 1984).
- *Homojenlik (Homogeneity)*: Homojenlik, karar birimleri arasında benzerlik derecesini ifade eder. Karar verme birimlerinin aynı girdi ve çıktı değerlerini kullanan benzer birimler olması gerekir (Cooper et al. 2011).
- *Verim/Verimlilik Sınırı (Efficient/Efficiency Frontier)*: Çıktıların ağırlıklı toplamının, girdilerinkine oranı ile elde edilen ve en iyi üretim bileşimini temsil eden sınıra denir. Sınırı belirleyen karar birimleri %100 verimli, altında kalanlar ise verimsizdir (Charnes, Cooper 1984).

Farrell’in 1957 yılında verimliliği değerlendirmek için yeni teknikler geliştirme çabalarına dayanarak Charnes, Cooper ve Rhodes tarafından isimlerinin baş harfleriyle “CCR” olarak da bilinen VZA yöntemi geliştirilmiştir (Cooper et al. 2011). CCR modeli genel teknik verimliliğin (global technical efficiency) ölçümünde kullanılmakta ve ölçeğe göre sabit getiri (Constant Return to Scale- CRS) varsayımıyla uygulanmaktadır. VZA’nın sadece ölçeğe göre sabit getiri varsayımı altında kullanılması uygulama alanını daraltmaktadır. Bu durumun aşılması için 1984’te Banker, Charnes ve Cooper tarafından geliştirilen ve yazarların baş harfleri ile anılan BCC modeli, CCR’nin doğrusal programlama modelinde bazı değişiklikler yapılarak, ölçeğe göre değişken getiri varsayımı (Variable Return to Scale- VRS) altında saf teknik verimliliğin (pure technical efficiency) ölçülmesine olanak sağlamıştır. BCC modeli karar vericinin verimliliği; ölçeğe göre artan getiri (Increasing Return to Scale), ölçeğe göre azalan getiri (Decreasing Return to Scale) ya da ölçeğe göre sabit getiri (Constant Return to Scale) varsayımı altında araştırmasına imkân tanımıştır (Ramanathan 2003).

VZA, çıktı ya da girdi odaklı/yönelimli olabilir. Çıktı odaklı VZA’da amaç girdi düzeyini sabit tutarak elde edilen çıktıları maksimize etmek iken, girdi odaklı VZA’da ise mevcut çıktı düzeyini daha az girdi düzeyi ile elde edebilmektir (Charnes et al. 2000). Eğer karar biriminin maliyet minimizasyonu yaptığı varsayılıyorsa girdi fiyatlarına da bağlı olan girdi yönelimli verimliliğe, gelir maksimizasyonu yaptığı varsayılıyorsa, ürün fiyatlarına bağlı olan çıktı yönelimli verimliliğine bakılmasının daha doğru olduğu kabul edilmektedir (Şahin 2009). Sağlık kurumlarında çıktıların planlanması ve kontrol edilmesi güçtür fakat girdiler üzerindeki kontrol daha fazladır. Dolayısıyla sağlık kurumlarında çoğunlukla girdi yönelimli VZA modelleri kullanılmaktadır (Özcan 2008; Şahin 2009).

Yönteminin doğru sonuçlar vermesi için uygulama aşamalarının dikkatle izlenmesi gerekmektedir. Uygulanmanın birinci aşamasında KVB’ler seçilir, ikinci aşamasında, KVB’lerin verimliliklerini değerlendirmede kullanılan girdi ve çıktı bileşimleri belirlenir, üçüncü aşamasında ise VZA modeli seçilir ve girdi ya da çıktı yönelimli modellerden hangisine göre analizlerin yapılacağına karar verilir (Golany, Roll 1989).

VZA, ilk uygulamalarından bugüne hastaneler, okullar, bankalar, sigorta şirketleri ve oteller gibi büyük ve küçük çapta örgütlerin görece verimliliklerinin ölçülmesi için yaygın olarak kullanılmaktadır (Ramanathan 2003). Ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde, sağlık sektöründe VZA yöntemi ile verimliliğin değerlendirildiği çok sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Yöntemin, ülkelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinin verimliliğinin

değerlendirilmesinde (Pelone et al. 2013; Öner 2010; Özdemir 2011), hastanelerin verimliliğinin değerlendirilmesinde (Ferrier et al. 2006; Hofmarcher et al. 2002; Irmak 2014; Gencan 2014; Özata 2004), sağlık finansmanına ilişkin yapılan reformların sağlık hizmetleri verimliliğine etkisinin değerlendirilmesinde (Castro Lobo et al. 2010; Chen 2006; Aletras et al. 2007), ülkelerin verimliliklerinin karşılaştırılmasında (Mut 2017; Asandului et al. 2014; Moran, Jacobs 2013; Varabyova, Schreyögg 2013; Lorcu 2008; Yıldırım 2004) gibi birçok farklı boyutta verimliliğin değerlendirilmesi için yapılan çalışmalarda kullanıldığı görülmektedir.

II. YÖNTEM

Bu çalışma, Türkiye’de sağlık alanında VZA yöntemi kullanılarak yapılan araştırmalara yönelik bir literatür incelemesidir. Çalışmada, sağlık alanında VZA yöntemi kullanılarak yapılmış, ulusal ve uluslararası literatürde yayınlanmış makalelerin incelenmesi amaçlanmıştır. Buna göre Ocak 2000 – Şubat 2018 tarihleri arasında online olarak yayınlanmış ve tam metnine ulaşılmış makaleler incelenmiştir.

Çalışma kapsamında, ilk olarak sağlık alanında VZA yöntemi kullanılarak yapılan araştırmalar uygun veri kaynakları aracılığıyla tespit edilmiştir. Literatür taraması sonucunda elde edilen çalışmalar arasından yazarlar tarafından belirlenen kriterler doğrultusunda elemeler yapılmıştır. Eleme sonrasında çalışma kapsamında değerlendirmeye alınan makaleler; yazarı, yayın yılı, kullanılan modeller, yönelimi, KVB sayısı ve KVB türü, girdi ve çıktı değişkenleri, VZA ile birlikte kullanılan diğer yöntemler gibi özelliklere göre incelenmiştir.

2.1. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Türkiye’de sağlık alanında VZA yöntemi kullanılarak yapılmış Türkçe ya da İngilizce çalışmaların tümüne ulaşabilmek için Google Akademik arama motoru, PubMed, Ebscohost, ProQuest, Science Direct, Scopus elektronik veri tabanları kullanılarak 01.01.2000-28.02.2018 tarihleri arasında yayımlanan ulusal ve uluslararası makaleler taranmıştır. Tarama yapılırken kullanılan tarama kriterleri ve anahtar kelimeler Tablo 1’de verilmiştir.

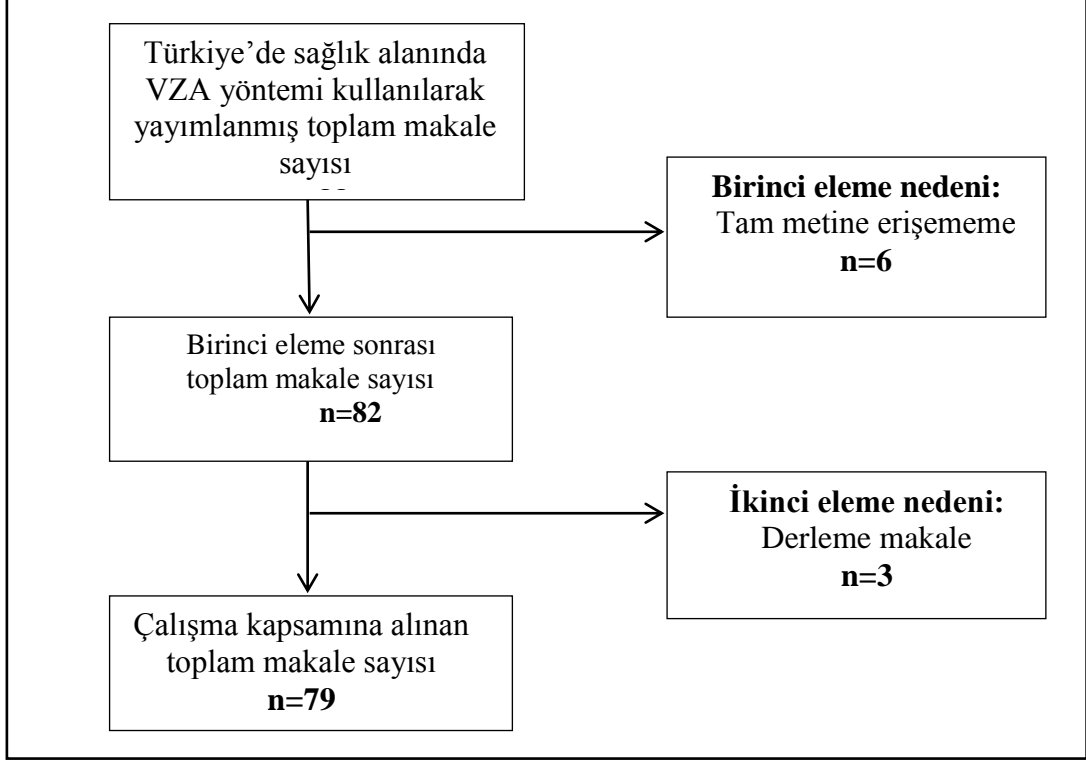
Tablo 1. Tarama Kriterleri ve Sonuçları

Veri Tabanları	Google Akademik, PubMed, Ebscohost, ProQuest, Science Direct, Scopus
Anahtar Kelimeler	“Veri zarflama analizi” – “Data envelopment analysis” “Sağlık kurumları”- “Health institutions” “Sağlık kurumlarında VZA”- “DEA in health institutions” “Teknik verimlilik” - “Technical efficiency”
Tarama Kriterleri	<ul style="list-style-type: none"> • Araştırmaların Türkiye’yi konu edinmiş olması, • VZA yöntemi kullanılarak sağlık alanında yapılan araştırma makalesi olması, • Ocak 2000 ve Şubat 2018 tarihleri arasında yayımlanmış olması, • Ulusal ve uluslararası online dergilerde yayımlanmış olması, • İngilizce ya da Türkçe dilinde yazılmış olması, • Tam metnine ulaşılabilir olması.
Özet İncelemesi Sonucunda Elde Edilen Makale Sayısı	79

Tablo 1’de belirtilen anahtar kelimelerin makalelerin başlığında geçmesi ön koşul olarak belirlenmiştir. Tarama aşamasında ulaşılan makalelerin sağlık alanında VZA yöntemi kullanılarak yapılmış bir araştırma olup olmadığına karar vermek amacıyla makale özeti ve anahtar kelimeler incelenmiş ve buna göre elemeler gerçekleştirilmiştir. Elde edilen

makalelerden tam metnine erişilemeyen ve derleme türünde olan makaleler çalışma kapsamına alınmamıştır. Tarama sonucunda toplamda 88 makaleye ulaşılmış olup, belirlenen kriterleri sağlayan 79 adet araştırma makalesi incelenmiştir (Şekil 1). Makalelerin arama kriterleri çerçevesinde incelenmesinde Microsoft Excel programı kullanılmıştır.

Şekil 1. Araştırma Kapsamında Ele Alınacak Makalelerin Seçimi



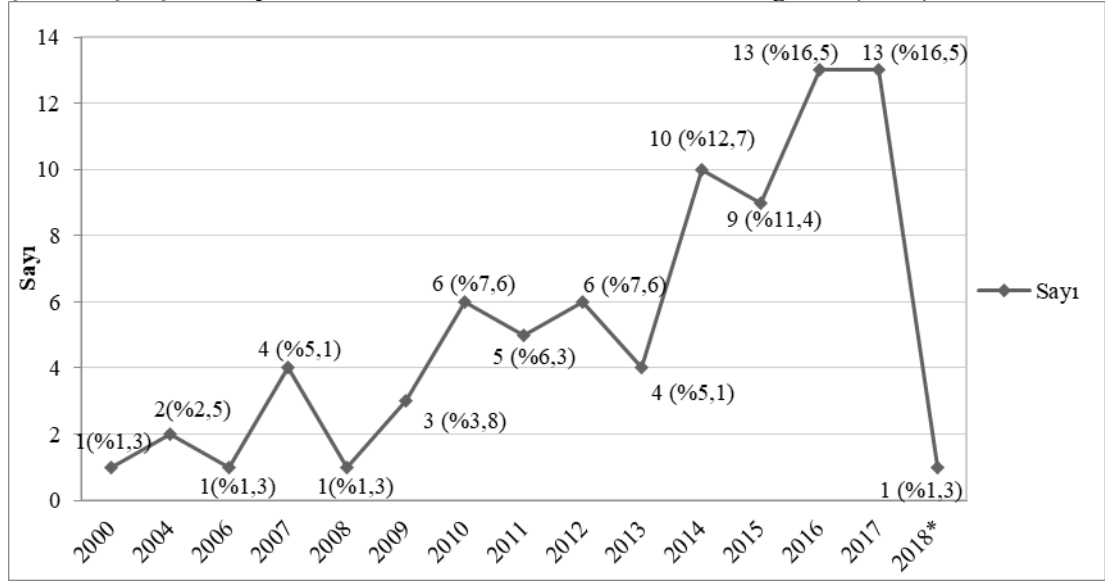
2.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Ulusal ve uluslararası online dergilerde yayımlanan makaleler dışında kalan lisansüstü tezler, kitaplar, kitap bölümleri, bildiriler vb. çalışmalar araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Makaleler içerisinde ise sadece araştırma makalelerine yer verilmiş olup, derleme türünde olan makaleler çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır.

III. BULGULAR

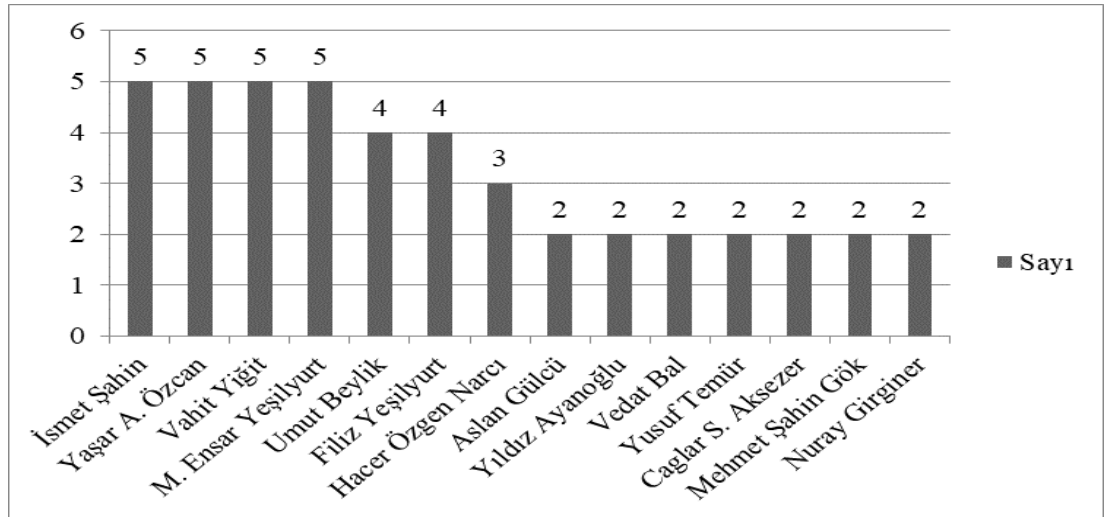
Çalışma kapsamında, 2000 ile 2018 yılları arasında Türkiye’de “Sağlık Alanında VZA Yöntemi” kullanılarak yapılan ve yayınlanan 79 araştırma makalesi incelenmiştir. Buna göre, incelenen çalışmalar yazarlar, tarih, kullanılan modeller ve yönelimi, kullanılan KVB sayısı ve türü, kullanılan girdiler ve çıktılar başlıklarıyla Ek 1’de sunulmuştur.

Çalışma kapsamında değerlendirilen 79 araştırma makalesinin yıllara göre dağılımı Şekil 2’de yer almaktadır. Buna göre, Türkiye’de sağlık alanında VZA yöntemi kullanılarak yayımlanan ilk makale, Şahin ve Özcan (2000) tarafından yapılan “Public Sector Hospital Efficiency for Provincial Markets in Turkey” adlı çalışmadır. Ayrıca incelenen 79 makalenin %57’sinin 2014-2017 yılları arasında yapıldığı görülmektedir. En fazla sayıda çalışmanın 2016-2017 yıllarında yapıldığı dikkat çekmektedir (Şekil 2).

Şekil 2. Çalışma Kapsamındaki Makalelerin Yıllara Göre Dağılımı (n=79)

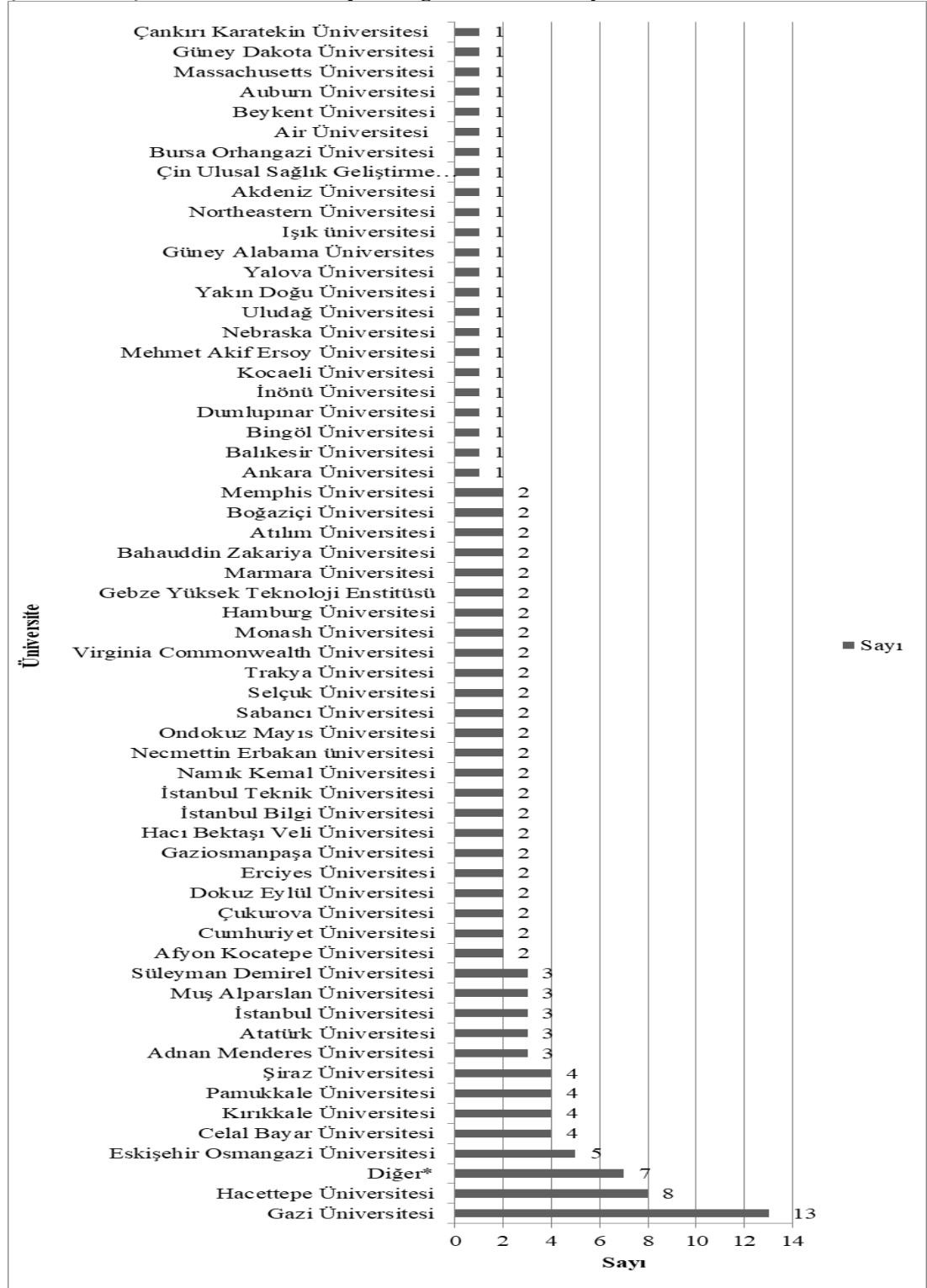
*Araştırma kapsamında yapılan tarama Şubat 2018 tarihine kadar sınırlandırıldığı için 2018 yılında tek çalışma görünmektedir.

Konu ile ilgili çalışan araştırmacılar incelendiğinde en fazla 5'er makale ile İsmet Şahin, Yaşar A. Özcan, M. Ensar Yeşilyurt ve Vahit Yiğit tarafından çalışıldığı gözlenmiştir (Şekil 3). Çalışma kapsamında incelenen 79 makale toplam 138 farklı yazar tarafından yazılmıştır. Tek yazar tarafından yazılmış 18 (% 22,8) makale bulunurken, 2'şer yazarlı 41 (% 51,9) makale, 3 yazar tarafından yazılmış 12 (% 15,2) makale ve 4 ve 5 yazarlı olarak 8 (% 10,1) makale olduğu bulunmuştur.

Şekil 3. Konu ile İlgili Çalışan Araştırmacılar

Konu ile ilgili çalışan araştırmacıların mensup oldukları üniversite veya kurumlara göre dağılımları Şekil 4'de verilmiştir. Buna göre, sağlık alanında VZA yöntemini kullanarak çalışma yapmış araştırmacıların en fazla Gazi Üniversitesi'ne mensup araştırmacılar (13) olduğu görülmektedir.

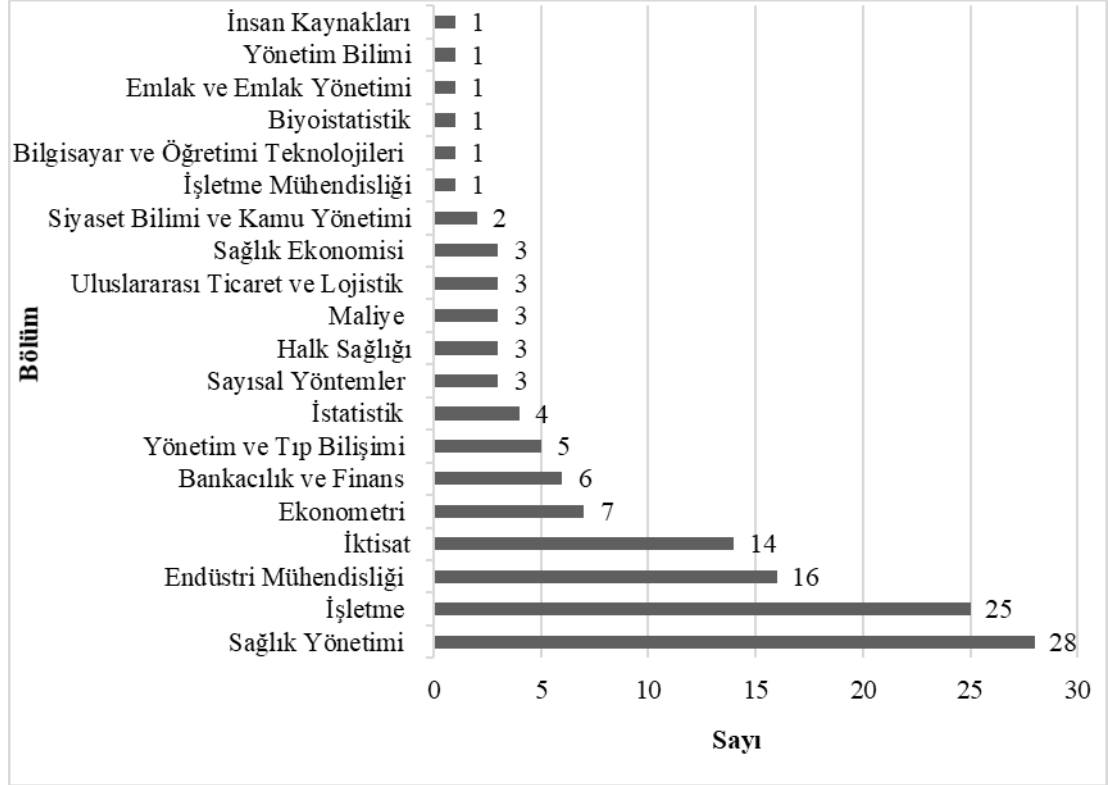
Şekil 4. Araştırmacıların Mensup Olduğu Üniversite veya Kurumlar



*Elâzığ Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Şarköy Toplum Sağlık Merkezi, Eskişehir İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği, Antalya Kamu Hastane Birlikleri, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı ile Biyomedikal Mühendislik Daire Başkanlığı

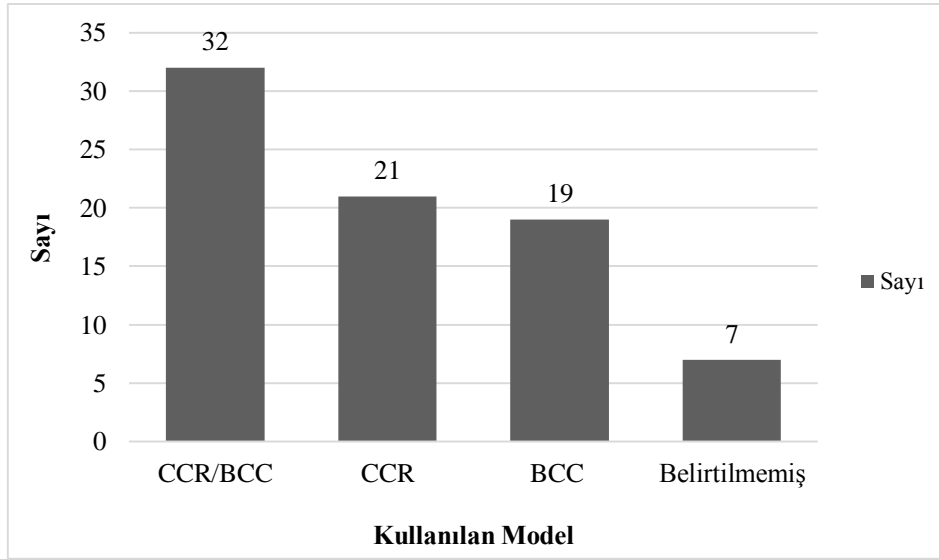
VZA yöntemi kullanarak sağlık alanında çalışma yapmış araştırmacıların mensup olduğu bölümler Şekil 5'te verilmiştir. Buna göre ilgili yıllar içerisinde Türkiye'de sağlık alanında VZA yöntemi kullanarak verimliliğin değerlendirilmesi çalışmalarının en fazla sağlık yönetimi bölümüne mensup araştırmacılar (28) tarafından yapıldığı belirlenmiştir. Sağlık yönetimi bölümünü işletme (25), endüstri mühendisliği (16) ve iktisat (14) bölümleri izlemektedir. "Sağlık Kurumlarında Veri Zarflama Analizi" konusu çok geniş bir yelpazede farklı bölümler tarafından çalışıldığı dikkat çekmektedir.

Şekil 5. Araştırmacıların Mensup Olduğu Bölümler



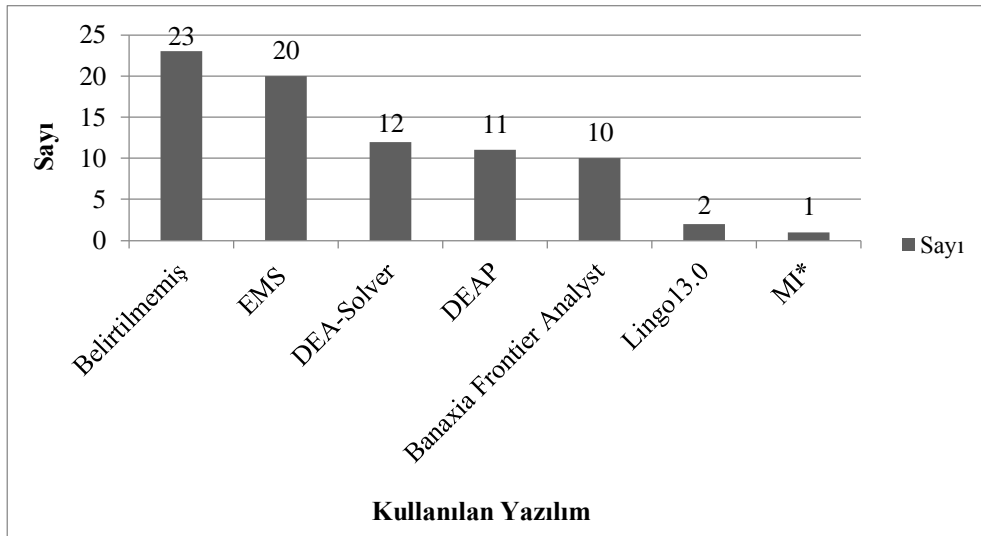
Araştırma kapsamında incelenen makalelerde kullanılan modellere bakıldığında, 32 makalede CCR/BCC modelinin birlikte kullanıldığı gözlemlenmiştir. Çalışmaların 21'inde yalnızca CCR, 19'ünde yalnızca BCC modeli kullanılmış ve 7 çalışmada kullanılan model belirtilmemiştir (Şekil 6).

Şekil 6. Kullanılan Model/ler



Görel verimliliğin ölçülmesinde, modellerin çözümü için birçok paket program mevcuttur. Araştırma kapsamında incelenen çalışmalarda en fazla EMS programının (20) kullanıldığı bulunmuştur. Bunu DEA-Solver (12), DEAP (11) Banaxia Frontier Analyst (10) ve Lingo 13.0 (2) programları izlemektedir. Çalışmalardan 23'ü kullandığı programı belirtmemiştir (Şekil 7).

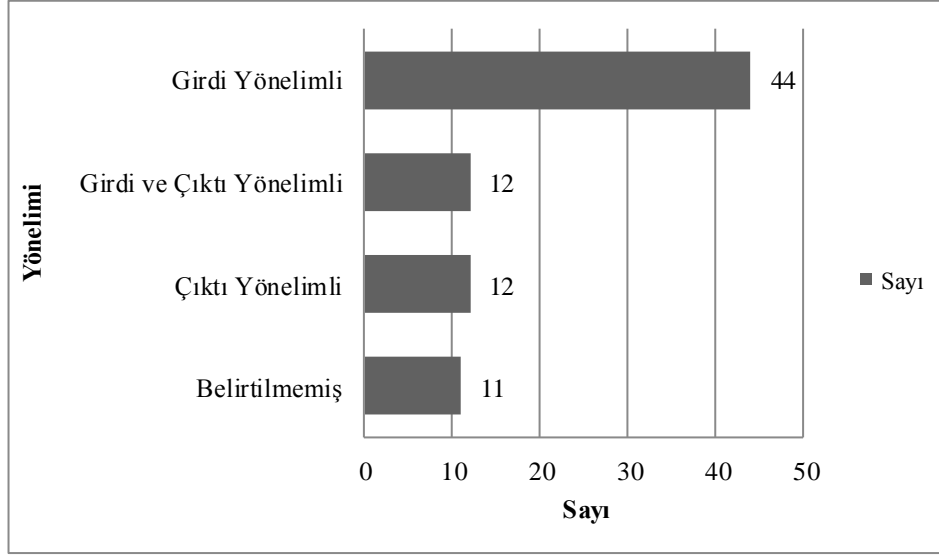
Şekil 7. Kullanılan Yazılım Program



*Eksik verileri tamamlamak için kullanılan bir programdır. Ayrıca regresyon ve panel veri yöntemlerini kullanan araştırmalar “eviews” ve “stata” programlarını da kullanılmıştır.

Şekil 8 incelendiğinde, makalelerin 44'ünün (%55,7) girdi yönelimli; 12'sinin (yaklaşık %15) çıktı yönelimli; 12'sinin (%15,2) hem girdi hem de çıktı yönelimli olduğu bulunmuştur. Makalelerin 11'inde (%13,9) ise modelin yönelimi belirtilmemiştir.

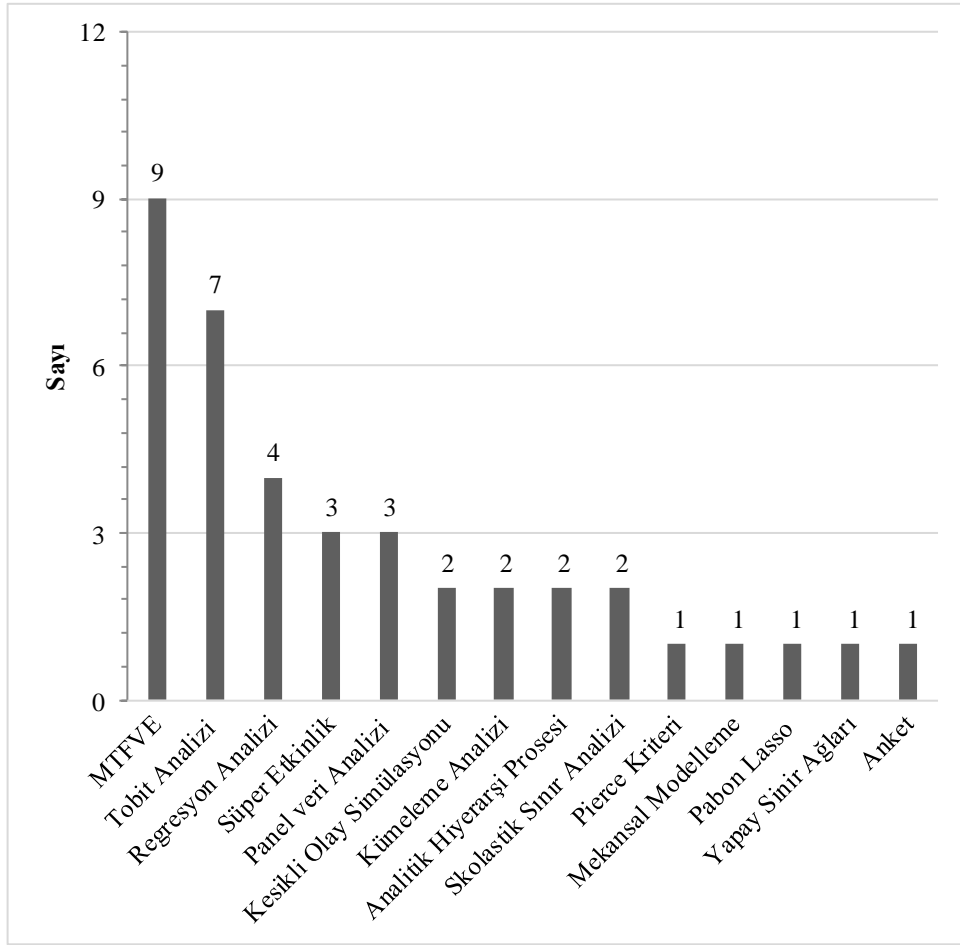
Şekil 8. Modelin Yönelimi



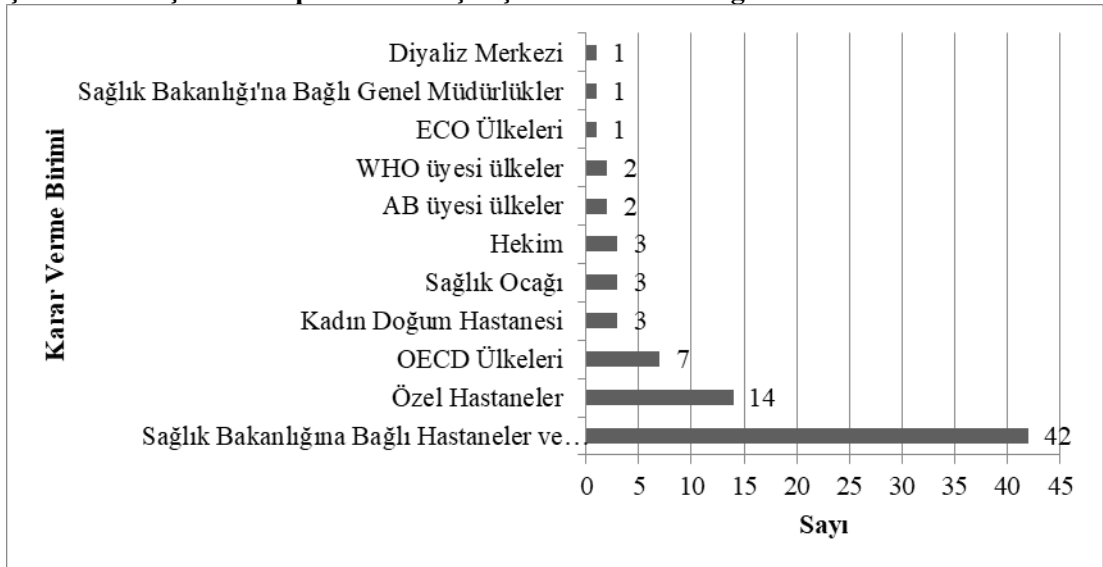
İncelenen makalelerde VZA yöntemine ek olarak farklı yöntemler kullanıldığı dikkat çekmiştir. Buna göre VZA ile birlikte en fazla kullanılan yöntem “Malmquist Toplam Faktör Verimlilik Endeksi (MTFVE)” olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte tobit, panel veri analizi, süper etkinlik ölçümü, kesikli olay simülasyonu, kümeleme analizi gibi farklı yöntemler de kullanılmıştır (Şekil 9).

İncelenen çalışmaların çoğunda hastaneler KVB olarak kullanılmıştır. 79 makalenin yarısından fazlası (%70,9) hastaneleri KVB olarak seçmiştir. Çalışmaların %53,2’si Sağlık Bakanlığına bağlı hastane ve kurumları, %17,7’si özel hastaneleri, %3,8’i ise kadın doğum hastanesini KVB olarak kullanmıştır. Hastaneler dışında OECD (%9) ve AB üyesi ülkeler (%2,5) ile hekimler (%3,8) de KVB olarak kullanılmıştır (Şekil 10).

Şekil 9. Kullanılan Ek Yöntemler

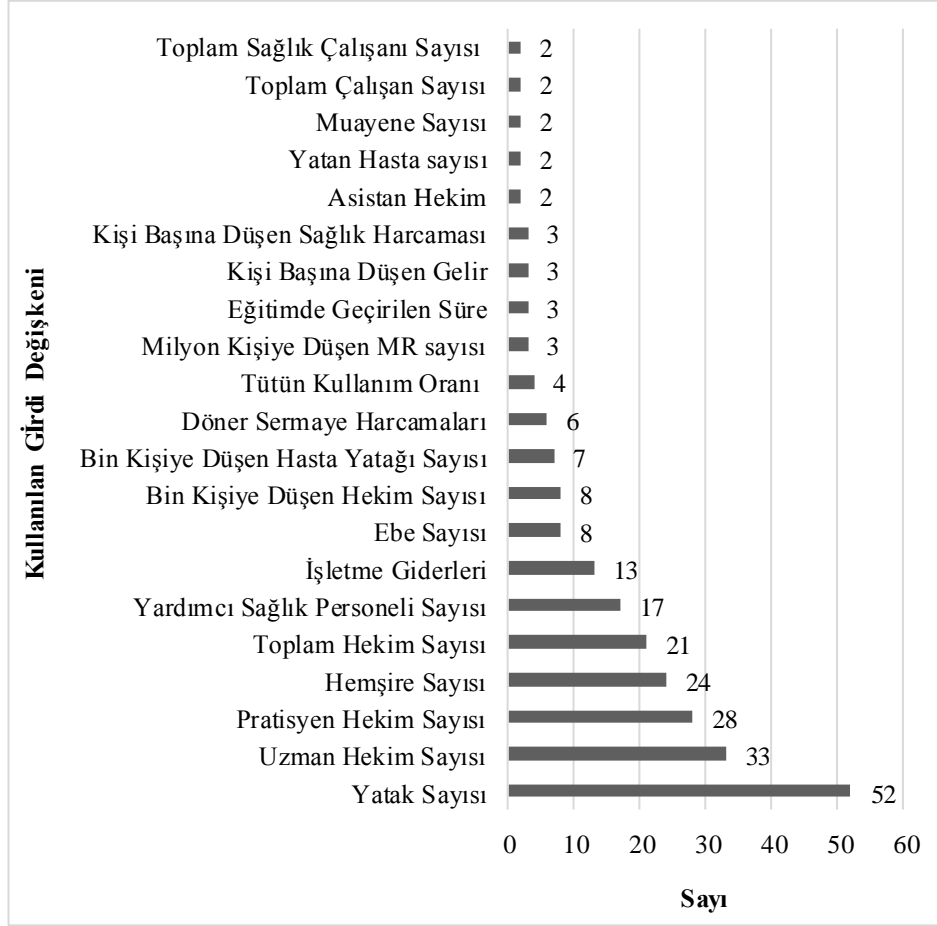


Şekil 10. Araştırma Kapsamındaki Çalışmaların Kullandığı KVB'ler

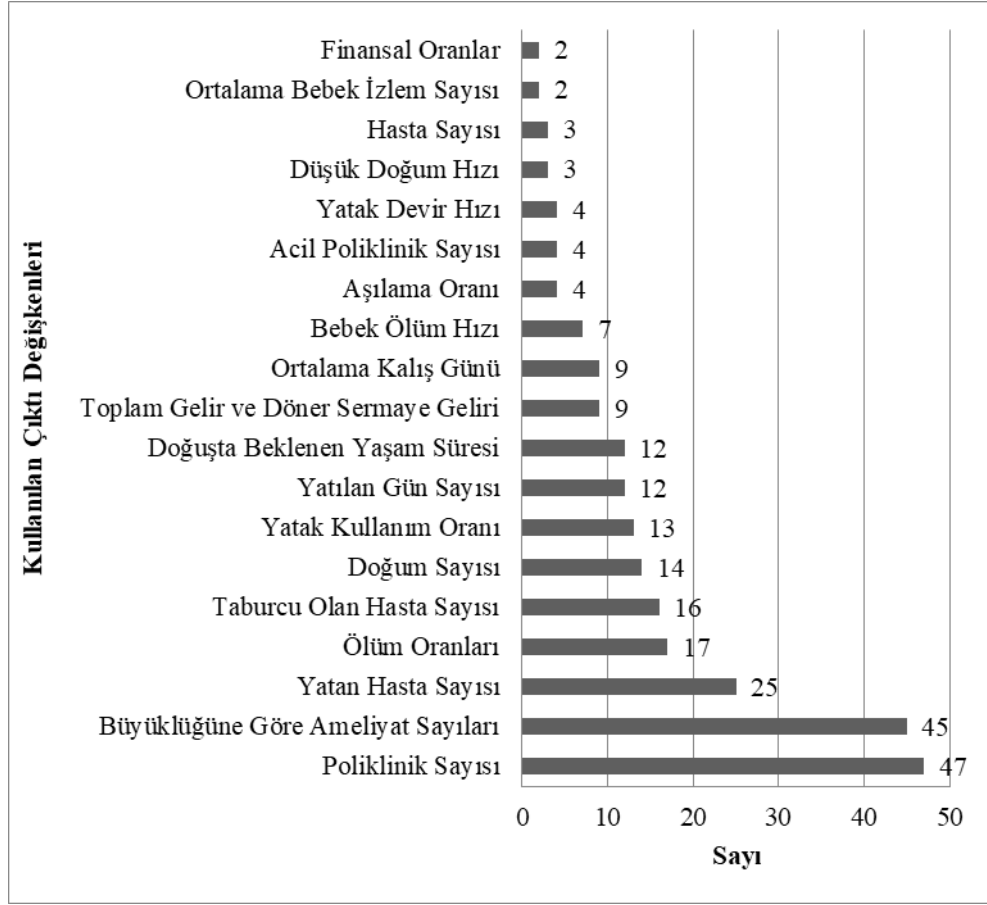


Çalışmalarda kullanılan girdi değişkenleri ve kullanıma sıklıkları Şekil 11'de verilmiştir. Şekil 11'de en az 2 çalışmada girdi değişkeni olarak kullanılmış değişkenlere yer verilmiştir. Buna göre incelenen makalelerde en çok kullanılan girdi değişkeninin yatak sayısı (52) olduğu ve bunu uzman hekim (33) ve pratisyen hekim sayısı (28)'nin izlediği görülmektedir.

Şekil 11. Kullanılan Girdi Değişkenleri



Şekil 12’de incelenen çalışmalarda, en az 2 çalışmada çıktı değişkeni olarak kullanılmış değişkenlere yer verilmiştir. İncelenen 47 makalede çıktı değişkeni olarak “poliklinik sayısı”nın kullanıldığı görülmüştür. Hastanelerin verimliliğinin değerlendirildiği çalışmalarda 45 kez çıktı değişkeni olarak “büyüklüklerine göre ameliyat sayısı” kullanılmıştır. Bu iki değişkenden sonra sıklıkla kullanılan diğer çıktı değişkenleri yatan hasta sayısı (25), ölüm oranları (17), taburcu olan hasta sayısı (16) olarak belirlenmiştir.

Şekil 12. Kullanılan Çıktı Değişkenleri

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Ülkelerin bütçelerinden sağlık hizmetlerine ayırdıkları payın sürekli artması, artan nüfusun sağlık ile ilgili ihtiyaçlarını karşılayacak kaynakların sınırlı olması, sağlık sektöründe yaşanan verimsizliklerin önemli boyutlara ulaşması gibi nedenlerle verimlilik ölçümü çalışmalarına ilgi gün geçtikçe artmaktadır. Çünkü her alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de var olan kıt kaynakları optimal şekilde kullanmak ve maksimum çıktıyı elde etmek oldukça önemlidir. Sağlık sektöründe verimliliğin ölçümü, hastalar, hizmet sunucular, geri ödeme kurumları gibi kısacası tüm toplumu içerisine alan karmaşık yapıyı oluşturanlar arasındaki ilişkiyi ortaya koyabilmek ve her bir paydaşa bilgi sağlayabilmek açısından önemlidir (Smith et al. 2005). Kâr amacı güden kurumlarda verimlilik ölçümü, kâr oranları kullanılarak rahatlıkla ölçülebilmekteyken aynı durum kâr amacı gütmeyen kurumlar için geçerli değildir. Dolayısıyla VZA yöntemi özellikle kamu sektöründe verimliliğin ölçülmesinde güçlü bir araç olarak kullanılmaktadır (Ray 2004). Sağlık sektöründe bu yöntem ile yapılan ilk çalışma, 1981 yılında Sherman tarafından yapılmıştır. Sherman, 15 hastanenin klinik ve poliklinik birimlerinin verimliliğini VZA yöntemi ile değerlendirmiştir. Daha sonra Nunamaker, VZA'yı kullanarak bakım hizmetlerinin verimliliğini değerlendirmiştir (Nunamaker 1983). Bu bağlamda VZA yöntemi geliştirildiği günden bu yana sağlık alanında büyük ilgi görmüş ve özellikle kamu sağlık sektöründe karar birimlerinin verimliliğinin ölçülmesinde en çok kullanılan yöntemlerden biri olmuştur. Sağlık alanında güncelliğini koruyan verimlilik tartışmaları kapsamında verimliliğin değerlendirildiği çalışmaların incelenmesi bu açıdan önemlidir.

Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de sağlık alanında VZA yöntemi kullanılarak Ocak 2000-Şubat 2018 tarihleri arasında yayımlanan makaleleri incelemektir. Çalışma kapsamında yazarlar tarafından belirlenen kriterleri sağlayan 79 çalışma bulunmuştur. Kapsama alınan bu

79 araştırmancının %57'sinin 2014-2017 yılları arasında yapıldığı ve 2016-2017 yılında yayımlanan çalışma sayısının en yüksek olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'nin amaçları, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde, organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması olarak belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2003). SDP ile sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında başlatılan yeni reformların temel konularından birinin verimlilik olduğu görülmektedir. SDP kapsamında sağlık alanında birçok gelişme yaşanmıştır. 2006 yılında mevcut sosyal sigorta kuruluşlarının (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı) tek bir çatı altında toplanması, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi, 2012 yılında zorunlu Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilmesi reform kapsamında yapılan değişikliklerden bazılarıdır. Ayrıca 2011 yılında 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile her ilde Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumuna[‡] bağlı Kamu Hastane Birlikleri kurularak Sağlık Bakanlığı hastaneleri idari ve mali açıdan özerk hale getirilmiş, böylece hastanelerin etkin ve verimli bir şekilde işletilmesini sağlamak amaçlanmıştır. Sağlık sektöründe yaşanan bu değişikliklerin, hastanelerin verimliliğini doğrudan ve dolaylı olarak etkileyebileceği göz önüne alındığında, son yıllarda sağlık alanında verimlilik çalışmalarına olan ilginin artması söz konusudur.

Sağlık alanında VZA yöntemi kullanılarak yapılmış makalelerin değerlendirilmesi sonucunda elde edilen bulgulara göre, sağlık hizmetleri literatüründe VZA konusunu en fazla sağlık yönetimi bölümü çalışmış olsa da işletme bölümünün de bu konuda 2. Sırada yer alması dikkat çekmektedir. Ayrıca çalışma kapsamında incelenen makalelerin yazarları değerlendirildiğinde ise, ilgili konuda en çok çalışma yapan yazarların sağlık yönetimi (İsmet Şahin, Yaşar A. Özcan, Vahit Yiğit) ve iktisat bölümü (M. Ensar Yeşilyurt) öğretim üyeleri olduğu belirlenmiştir. Araştırmacıların çalıştığı kurumlara göre ise; Gazi (13) ve Hacettepe (8) üniversiteleri alana katkı sağlayan yazarların bağlı olduğu kurumlar arasında ilk sıralarda yer almaktadır.

Çalışma kapsamında incelenen makaleler toplam 138 farklı yazar tarafından yazılmış olup, makalelerin yaklaşık olarak yarısından fazlasının (%51,9) 2 yazarlı olduğu dikkat çekmektedir. Bu sonuç, farklı üniversiteler ve farklı yazarlar arasında ortak çalışmalar yapılması konusunda iş birliğinin güçlü olduğunu da göstermektedir. Sağlık yönetimi alan yazınında verimlilik ölçümünün güçlenmesi ve gelişimi için, VZA konusuyla ilgilenen araştırmacı sayısının artması ve bu araştırmacılar arasında ortak iş yapma bağının güçlenmesi büyük önem taşımaktadır.

Çalışmalar kullanılan modele göre incelendiğinde, çalışmalarda hem ölçeğe göre değişken getiri yöntemi ile saf teknik verimliliği ve ölçek verimliliği ayrı ayrı ölçmeye yarayan BCC modeli hem de ölçeğe göre sabit getiri varsayımı ile genel teknik verimliliği ölçen CCR modelinin kullanıldığı görülmüştür. Yapılan çalışmalarda daha çok CCR ve BCC modellerinin birlikte kullanıldığı tespit edilmiştir. İki modelin birlikte kullanılması KVB'lerin genel teknik, saf teknik ve ölçek verimliliklerinin ayrı ayrı incelenmesine olanak sunmaktadır. Dolayısıyla KVB'lerin verimsizliğinin faaliyetlerin uygun ölçek büyüklüğünde gerçekleştirilmemesinden mi yoksa savurganlıktan mı kaynaklandığı belirlenebilmektedir (Adler et al. 2002).

Analiz sonuçlarına göre, makalelerin %55,7'sinin girdi yönelimli; yaklaşık %15'inin çıktı yönelimli; %15,2'sinin hem girdi hem çıktı yönelimli olduğu bulunmuştur. Bu doğrultuda sağlık alanında VZA çalışmalarında en çok girdi yönelimli VZA modeli kullanıldığı söylenebilir. Karar biriminin üretim miktarlarını azaltmadan üretimde kullanılan girdi miktarlarının oransal olarak ne kadar azaltılabileceği belirlenmeye çalışılıyorsa girdi yönelimli verimliliğe, var olan girdi seti değiştirilmeden üretim miktarlarının oransal olarak

[‡] 25 Ağustos 2017 tarih ve 30168 sayılı resmî gazetede yayımlanan 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Kamu Hastaneleri Kurumu, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü şeklinde düzenlenmiştir.

ne kadar arttırılabileceği konusu çalışılıyorsa da çıktı yönelimli verimliliğe bakılmasının daha doğru olduğu kabul edilmektedir (Şahin 2009). Sağlık söz konusu olduğunda da çıktılarının planlanması ve çıktı üzerinde doğrudan bir kontrol ve müdahale yapılmasının güç olması; fakat girdiler üzerindeki kontrolün daha fazla olması nedeniyle sağlık alanında VZA çalışmalarında genellikle girdi yönelimli modelin kullanılması tercih edilmektedir (Özcan 2008).

OECD Sağlık Göstergeleri Raporuna göre, hastanelerin sağlık sektörüne yönelik harcamalarda büyük paya sahip olduğu görülmektedir. Sağlık sektörüne yönelik harcamalar içerisinde hastaneler Türkiye’de %53’lük paya sahiptir. Bu payın OECD ortalaması ise %38’dir (OECD, 2017: 143). Dolayısıyla hastanelere sağlanan yüksek düzeydeki kaynak tahsisi, hastanelerde verimlilik konusuna daha fazla önem verilmesini de beraberinde getirmektedir. Sağlık alanında en çok kaynak tüketiminin gerçekleştiği hastanelerde, kaynakların en etkili ve verimli şekilde kullanımını sağlamak açısından yöneticilere kararlarında yardımcı olacak şekilde doğru bilgiler sağlanması önemlidir. Bu çalışma sonuçlarına göre, verimlilikleri değerlendirilen KVB’lere bakıldığında, incelenen çalışmaların yarısından fazlasında hastanelerin ele alındığı belirlenmiştir. Türkiye’de 2002 yılında 1156 olan hastane sayısı 2016 yılında 1510’a yükselirken, hastane yatağı sayısı da 2002 yılında 159.771’den 2016 yılında 217.771’e ulaşmıştır. 2016 yılı verilerine göre Türkiye’de hastanelerin %58’i ve hastane yatağının ise %61’i kamuya aittir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017). Dolayısıyla Türkiye’de verimlilik konusunun esas olarak en çok kamuyu ilgilendirdiği söylenebilir. Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre de hastaneler üzerine yapılan çalışmaların %53,2’sini Sağlık Bakanlığına bağlı hastane ve kurumlar, %17,7’sini özel hastaneler, %3,8’ini ise kadın doğum hastaneleri oluşturmaktadır. Hastaneler üzerine yapılan çalışmaların yarısından fazlasını Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastane ve kurumların oluşturması, kamunun verimlilik konusundaki çalışmalara verdiği önemin bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Çalışmalarda kullanılan girdi ve çıktı değişkenleri incelendiğinde, en sık kullanılan girdi değişkenlerinin “yatak sayısı”, “uzman hekim sayısı”, “pratisyen hekim sayısı” ve “toplam hekim sayısı” olduğu; çıktı değişkenlerinin ise “poliklinik sayısı”, “büyüklüğüne göre ameliyat sayıları” ve “yatan hasta sayısı” olduğu görülmektedir. VZA yöntemi kullanılarak yapılan çalışmalarda KVB’leri temsil edecek uygun girdi ve çıktı birleşiminin kullanılması alınan sonuçların güvenilirliği açısından önem taşımaktadır (Asandului et al. 2014).

Sonuç olarak sağlık sektörü bakımından “verimliliğin ölçülmesi” konusunun gündemde kalmaya ve araştırma konusu olmaya devam etmesi ve gelecekte sağlık yönetimi alanında bu konuda çok daha fazla çalışma yapılması gerektiği düşünülmektedir. Sağlık kurumlarının içinde buldukları çevre koşullarının gün geçtikçe ülkeden ülkeye değişiklik göstermesi ve mevcut kaynakların kıtlığı, sağlık hizmetlerinde verimlilik konusunun önemini daha da arttıracaktır. Talep konusundaki belirsizlikler, sunulan hizmetlerin maliyetinin yüksek olması, belirsizliklere karşı toleransın düşük olması gibi sağlık hizmetlerinin taşıdığı birçok özellik pek çok konuda kararların dikkatli alınmasını gerektirmektedir.

V. ÖNERİLER

Bu çalışma, sağlık alanında verimliliğin değerlendirilmesi konusunda hastane yöneticilerine, politika yapıcılara, araştırmacılara ve akademisyenlere yardımcı olmak için önemli bilgiler sağlayacaktır. Ayrıca bu çalışmanın sağlık hizmetlerinin verimliliği üzerine yapılacak olan gelecek araştırmalara yol gösterici olacağı ve literatüre de katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışma kapsamında elde edilen bulgular doğrultusunda sağlık alanında VZA yöntemi ile ilgili çalışmak isteyen araştırmacılara faydalı olacak şekilde aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Bu araştırma Türkiye’yi konu edinmiş ve Ankara Üniversitesi Kütüphanesi elektronik veri tabanından Google Akademik, PubMed, Ebscohost, ProQuest, Science Direct, Scopus yararlanılarak elde edilen çalışmalar ile sınırlandırılmıştır. Bu sınır genişletilerek uluslararası literatürde yapılmış sağlık alanında VZA yönteminin kullanımı ile ilgili makaleler ile Türkiye’de yapılan makalelerin sistematik olarak karşılaştırması yapılabilir.

- Araştırma kapsamında incelenen makalelerde kullanılan KVB’ler ve bu KVB’lerin verimliliklerini değerlendirmek için kullanılan girdi ve çıktı bileşimleri farklı olduğu için makalelerin bulgularına yönelik herhangi bir inceleme yapılamamıştır. Konu ile ilgilenen araştırmacılara, hastaneler ya da ülke sağlık sistemleri gibi belirli ve aynı KVB’lerin verimliliklerinin ele alındığı makalelerin incelenmesi ve bulgularının değerlendirilmesi önerilebilir.

- Bu çalışmanın önemli bir sınırlılığı sağlık alanında VZA konusunda yürütülen lisansüstü tezler, kongre bildirimleri ve derleme makaleleri inceleme kapsamına almamış olmasıdır. Gelecekte yapılacak olan çalışmalarda bu sınırlılıkların da ortadan kaldırılması ile sağlık yönetimi alanına önemli katkılar sağlanabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. *Adil R., Abbas M. and Yaseen A. (2016) Determinants of Efficiency in Health Sector: DEA Approach and Second Stage Analysis. **Journal of Accounting and Finance in Emerging Economies** 2(2): 83-92.
2. Adler N., Friedman L. and Stern Z.S. (2002) Review of Ranking Methods in the Data Envelopment Analysis Context. **European Journal of Operational Research** 140(2): 249-265.
3. Akdoğan M. (2001) Veri Zarflama Analizi Tekniği ile Sigorta Şirketlerinin Etkinlik Ölçümü Türkiye Örneği. **Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
4. *Aksezer C.S. (2011) Reliability Evaluation of Healthcare Services by Assessing the Technical Efficiency. **The Service Industries Journal** 31(14): 2309-2319.
5. *Aksezer C.S. and Benneyan J.C. (2010) Assessing the Efficiency of Hospitals Operating Under a Unique Owner: A DEA Application in the Presence of Missing Data. **Int. J. Services and Operations Management** 7(1): 53-75.
6. Aletras V., Kontodimopoulos N., Zagouldoudis A. and Niakas D. (2007) The Short-Term Effect on Technical and Scale Efficiency of Establishing Regional Health Systems and General Management in Greek NHS Hospitals. **Health Policy** 83(2-3): 236-245.
7. *Altın F.G. (2014) Sağlık Sektöründeki İşletmelerin Finansal Kriz Öncesi ve Sonrası Performanslarının Veri Zarflama Analizi ile Değerlendirilmesi. **Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 6(11): 163-185.
8. Asandului L., Roman M. and Fatulescu P. (2014) The Efficiency of Healthcare Systems in Europe: A Data Envelopment Analysis Approach. **Procedia Economics and Finance** (10): 261-268.
9. *Atılğan E. (2016) The Technical Efficiency of Hospital Inpatient Care Services: An Application for Turkish Public Hospitals. **Business and Economics Research Journal** 7(2): 203-214.

10. *Atmaca E., Turan F., Kartal G. ve Çiğdem E. S. (2012) Ankara İli Özel Hastanelerinin Veri Zarflama Analizi ile Etkinlik Ölçümü. **Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 16(2): 135-153.
11. *Ayanoğlu Y., Atan M. ve Beylik U. (2010) Hastanelerde Veri Zarflama Analizi (VZA) Yöntemiyle Finansal Performans Ölçümü ve Değerlendirilmesi. **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi** 2: 40-62.
12. *Aytekin S. (2011) Yatak İşgal Oranı Düşük Olan Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Performans Ölçümü: Bir Veri Zarflama Analizi Uygulaması. **Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** XXX(1): 113-138.
13. *Bal V. (2013) Veri Zarflama Analizi ile Tıbbi Görüntü, Arşiv ve İletişim Sistemlerinin Devlet Hastaneleri Performansına Etkilerinin Araştırılması. **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 1(17): 31-50.
14. *Bal V. ve Bilge H. (2013) Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Veri Zarflama Analizi ile Etkinlik Ölçümü. **Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi** 2(2): 1-14.
15. *Bayraktutan Y. ve Pehlivanoglu F. (2012) Sağlık İşletmelerinde Etkinlik Analizi: Kocaeli Örneği. **Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** (23): 127-162.
16. Berger N. A. and Humphrey D.B. (1997) **Efficiency of Financial Institutions: International Survey and Directions for Future Research**. Social Science Research Network, Working Paper, Pennsylvania.
17. *Beylik U. ve Pekcan A.Y. (2012) Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Etkinlik Analizleri ve Değerlendirilmesi. **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi** 3(1): 119-156.
18. *Beylik U., Kayral H. İ. ve Naldöken Ü. (2015) Sağlık Hizmet Etkinliği Açısından Kamu Hastane Birlikleri Performans Analizi. **Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 39(2): 203-224.
19. *Bilsel M. ve Davutyan N. (2014) Hospital Efficiency With Risk Adjusted Mortality as Undesirable Output: The Turkish Case. **Annals of Operations Research** 221(1): 73-88.
20. *Bircan H. (2011) Veri Zarflama Analizi ile Sivas İli Merkez Sağlık Ocaklarının Etkinliğinin Ölçülmesi. **Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi** 12(1): 331-347.
21. *Boz C. ve Önder E. (2017). OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Performanslarının Değerlendirilmesi. **Sosyal Güvence Dergisi** 6(11): 24-61.
22. *Bulğurcu B. ve Özdemir P. (2015) Geçiş Ekonomilerinde Sağlık Harcamalarının Etkinliği Üzerine Bir İnceleme. **Ege Akademik Bakış Dergisi** 15(4): 523-537.
23. *Cansel A., Benli Y. K. ve Bozoklu Ç.P. (2016) Measuring the Effectiveness of Performance-Based Budgeting with DEA: Ministry of Health in Turkey. **IIB International Refereed Academic Social Sciences Journal** 7(23): 60-77.
24. Castro Lobo M. S., Özcan Y. A., Silva A. C. M., Marcos P., Lins E. and Fiszman R. (2010) Financing Reform and Productivity Change in Brazilian Teaching Hospitals: Malmquist Approach. **Central. European Journal of Operations Research** 18(2): 141-152.

25. Charnes A. and Cooper W.W. (1984) Non-Archimedean CCR Ratio for Efficiency Analysis: Rejoinder to Boyd and Fare. **European Journal of Operation Research** 15(3): 333-334.
26. Charnes A., Cooper W.W., Lewin A.Y. and Seiford L.M. (2000) **Data Envelopment Analysis, Theory, Methodology and Applications**. Kluwer Academic Publishers, USA.
27. Chen S.N. (2006) Productivity Changes in Taiwanese Hospitals and the National Health Insurance. **The Service Industries Journal** 26(4): 459-477.
28. *Cheng G. Zervopoulos P.D. (2014) Estimating the Technical Efficiency of Health Care Systems: A Cross-Country Comparison Using the Directional Distance Function. **European Journal of Operational Research** 238(3): 899-910.
29. Cooper W.W., Seiford L. M. and Zhu J. (2011) Data Envelopment Analysis: History, Models And Interpretations. **Handbook on Data Envelopment Analysis**. In Cooper W. W., Seiford L. M. and J Zhu. (ed.) Springer, London.
30. Cooper W.W., Seiford L.M. and Tone K. (2000) **Data Envelopment Analysis: A Comprehensive Text With Models Applications, References and DEA-Solver Software**. Kluwer Academic Publishers, Boston.
31. *Çağlar A. ve Gülel F.E. (2015) Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet: Etkinlik ve Mekansal Etkileşim Analizi. **Journal of Life Economics** 2(2): 29-58.
32. *Çakmak M., Öktem M. K. ve Gönülşen U. (2009) Türk Kamu Hastanelerinde Teknik Verimlilik Sorunu: Veri Zarflama Analizi Tekniği ile Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Kadın Doğum Hastanelerinin Teknik Verimliliklerinin Ölçülmesi. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 12(1): 2-36.
33. *Çalışkan S ve Girginer S. (2016) Türkiye'deki Hastanelerin Performanslarının Veri Zarflama Analizi ile Değerlendirilmesi. **EconWorld2016 Proceeding** 1-11.
34. *Çelik T. ve Esmeray A. (2014) Kayseri'deki Özel Hastanelerde Maliyet Etkinliğinin Veri Zarflama Metoduyla Ölçülmesi. **Journal of Alanya Faculty of Business/Alanya İşletme Fakültesi Dergisi** 6(2): 45-54.
35. *Demiray Erol E. ve Güneş İ. (2014) Türkiye'de İllerin Sağlık Etkinliklerinin Analizi. **Ekonomi Bilimleri Dergisi** 6(2): 1-19.
36. *Doğan N.Ö. ve Gencan S. (2014) VZA/AHP Bütünleşik Yöntemi ile Performans Ölçümü: Ankara'daki Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Uygulama. **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 16(2): 88-112.
37. *Erdoğan M. ve Yıldız B. (2015) Sağlık İşletmelerinde Finansal Oranlar Aracılığıyla Performans Ölçümü: Hastanelerde Bir Uygulama. **Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 6(9): 129-148.
38. *Eren Şenaras A. (2016) Improving Effectiveness in the Emergency Service by Using Data Envelopment Analysis. **UHBAB Journal** (17): 35-58.
39. *Erus B. ve Hatipoglu O. (2017) Physician Payment Schemes and Physician Productivity: Analysis of Turkish Healthcare Reforms. **Health Policy** 121(5): 553-557.

40. Farrell M.J. (1957) The Measurement of Productivity Efficiency. **Journal of the Royal Statistical Society** 120 (3): 253-290.
41. Ferrier G.D., Rosko M.D. and Valdmanis V.G. (2006) Analysis of Uncompensated Hospital Care Using a DEA Model of Output Congestion. **Health Care Management Science** 9(2): 181-188.
42. Gencan S. (2014) Hastanelerin Performansının Veri Zarflama Analizi/Analitik Hiyerarşi Prosesi Bütünleşik Yöntemi Kullanılarak Değerlendirilmesi. **Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Ana Bilim Dalı. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi**, Nevşehir.
43. *Gök M.S. ve Sezen B. (2013) Analyzing the Ambiguous Relationship between Efficiency, Quality and Patient Satisfaction in Healthcare Services: The Case of Public Hospitals in Turkey. **Health Policy** 111(3): 290-300.
44. *Gök M.S. ve Altındağ E. (2015) Analysis of the Cost and Efficiency Relationship: Experience in the Turkish Pay for Performance System. **The European Journal of Health Economics** 16(5): 459-469
45. Golany B. and Roll Y. (1989) An Application Procedure for DEA. **International Journal of Management Science** 17(3): 237-250.
46. *Gülcü A. (2004) Özel Hastanelerin 1998-1999 Yıllarına Ait Veri Zarflama Analizi Yöntemiyle Görece Verimlilik Analizi. **Verimlilik Dergisi** 4: 49-89.
47. *Gülcü A., Özkan Ş. ve Tutar H. (2004) Devlet Hastanelerinin 1998-2001 Yılları Arası Veri Zarflama Analizi Yöntemiyle Görece Verimlilik Analizi: Yönetim ve Organizasyon İlkeleri Açısından Bir Değerlendirme. **Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi** 18(3-4): 397-421.
48. *Güler M., İpekgil Doğan Ö. ve Erdem S. (2017) Sağlık Kuruluşları Performansının Veri Zarflama Analizi ile İncelenmesi ve Bir Uygulama. **Verimlilik Dergisi** 4: 169-185.
49. *Gülsevin G. ve Türkan A.H. (2012) Afyonkarahisar hastanelerinin etkinliklerinin veri zarflama analizi ile değerlendirilmesi. **Afyon Kocatepe Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi** 12(2): 1-8.
50. Hofmarcher M.M., Paterson I. and Riedel M. (2002) Measuring Hospital Efficiency in Austria – a DEA Approach. **Health Care Management Science** 5(1): 7-14.
51. Irmak D.E. (2014) Sivas İlindeki Devlet Hastanelerinin Veri Zarflama Analizi Yöntemi İle Teknik Etkinliğinin Belirlenmesi. **Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi**. Sivas.
52. İnan E.A. (2000) Banka Etkinliğinin Ölçülmesi ve Düşük Enflasyon Sürecinde Bankacılıkta Etkinlik. **TBB Bankacılık Dergisi** 34: 82-96.
53. *Kacak H., Özcan Y.A. ve Kavuncubasi S. (2014) A New Examination of Hospital Performance after Healthcare Reform in Turkey: Sensitivity and Quality Comparisons. **Int. J. Public Policy** 10(4-5): 178-194.
54. *Kar A., Şantaş F., Kahraman G. ve Gürvardar Y. (2016) Technical Efficiency of Gynecology and Obstetrics Hospitals in Turkey: Measurement by Data Envelopment Analysis. **Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi** 4(34): 372-382.

55. *Karadayı M.A., Ekinci Y., Akkan C. ve Ülengin F. (2017) İstanbul İçin Acil Servis Birimlerinin Etkinliğinin Kategorik Veri Zarflama Analizi ile Değerlendirilmesi. **Journal of Yaşar University** 12(48): 31-39.
56. *Karaman Keskin Ö. ve Orhaner E. (2017) Public Hospitals and Special Hospitals Efficiency Effect Factors (Ankara Province Sample). **International Journal of Health Management and Tourism** 2(2): 19-36.
57. *Kocaman M.A., Mutlu M.E., Bayraktar D. ve Araz Ö.M. (2012) OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Etkinlik Analizi. **Endüstri Mühendisliği Dergisi** 23(4): 14-31.
58. Lorcu F. (2008) Veri Zarflama Analizi (DEA) ile Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkelerinin Sağlık Alanındaki Etkinliklerinin Değerlendirilmesi. **İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Anabilim Dalı. Yayınlanmış Doktora Tezi**, İstanbul.
59. Moran V. and Jacobs R. (2013) An International Comparison of Efficiency of Inpatient Mental Health Care Systems. **Health Policy** 112: 88– 99.
60. Mut S. (2017) OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerinin Kümeleme Analizi ile Sınıflandırılması ve Verimliliklerinin Değerlendirilmesi. **Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
61. Nunamaker T. (1983) Measuring Routine Nursing Service Efficiency: A Comparison of Cost Per Day and Data Envelopment Analysis Models. **Health Services Research** XVIII(2): 183-208.
62. OECD (2011) **Health: Spending Continues to Outpace Economic Growth in Most OECD Countries**. http://www.oecd.org/document/38/0,3746,en_21571361_4_4315115_482898_94_1_1_1_1,00.html (Erişim Tarihi: 11.05.2018).
63. OECD (2011) **Better Policies For Better Lives. Health: Spending Continues to Outpace Economic Growth in Most OECD Countries**. http://www.oecd.org/document/38/0,3746,en_21571361_44315115_482898_94_1_1_1_1,00.html (Erişim Tarihi: 11.04.2018).
64. OECD (2014) **Health Data 2013**. <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecd-healthstatistics-2014-frequently-requesteddata> (Erişim Tarihi: 06.04.2018).
65. OECD (2017) **Health at a Glance 2017: OECD Indicators**. OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en (Erişim Tarihi: 06.09.2018).
66. *Okursoy A. ve Özdemir M. (2015) Veri Zarflama Analizinde Homojen Olmayan Karar Verme Birimi Problemi için Kümeleme Analizi Yaklaşımı. **Ege Akademik Bakış** 15(1): 81-90.
67. *Öksüzkaya M. (2017) Sağlık Sektöründe Bölgeler Arası Etkinliğin İncelenmesi. **Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi** 4(10): 280-300.
68. Öner N. (2010) Sağlık Bakanlığına Bağlı Ağız ve Diş Sağlığı Kurumlarının Veri Zarflama Analizi Yöntemi ile Performansının Değerlendirilmesi. **Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Anabilim Dalı. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.

69. Özata M. (2004) Sağlık Bilişim Sistemlerinin Hastane Etkinliğinin Arttırılmasında Yeri ve Önemi. **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Ana Bilim Dalı. Yayınlanmış Doktora Tezi**, Konya.
70. *Özata M. ve Sevinç İ. (2010) Konya'daki Sağlık Ocaklarının Etkinlik Düzeylerinin Veri Zarflama Analizi Yöntemiyle Değerlendirilmesi. **Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi** 24(1): 77-87.
71. Özcan Y.A. (2008) **Health Care Benchmarking and Performance Evaluation. An Assessment Using DEA**. Springer, USA.
72. *Özcan Y.A. ve Khushalani J. (2017) Assessing Efficiency of Public Health and Medical Care Provision in OECD Countries after a Decade of Reform. **Central European Journal of Operations Research** 25(2): 325–343.
73. Özdemir Y. (2011) Türkiye'deki Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinin Veri Zarflama Analizi İle Göreceli Teknik Verimliliklerinin Ölçülmesi. **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sağlık Kurumları Yönetimi Ana Bilim Dalı. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
74. Özgen H. ve Şahin İ. (2010) Measurement of Efficiency of the Dialysis Sector in Turkey Using Data Envelopment Analysis. **Health Policy** 95(2-3): 185-193.
75. *Özgen Narcı, H., Ozcan Y.A., Şahin İ., Tarcan M. ve Narcı M. (2015) An Examination Of Competition and Efficiency for Hospital İndustry in Turkey. **Health Care Management Science** 18(4): 407-418.
76. *Özkan Aksu E. ve Temel Gencer C. (2018) Veri Zarflama Analizi ile OECD Ülkelerinin Çevre Performansının İncelenmesi. **Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi** 18. EYİ Özel Sayısı, (18. EYİ Özel Sayısı) 191-206.
77. Pelone F., Kringos D. S., Spreeuwenber P., De Belvis A. G. and Groenewegen P.P. (2013) How to Achieve Optimal Organization of Primary Care Service Delivery at System Level: Lessons from Europe. **International Journal for Quality in Health Care** 25(4): 381–393.
78. Ramanathan R. (2003) **An İntroduction to Data Envelopment Analysis a Tool for Performance Measurement**. Sage Publications, New Delhi.
79. *Ravangard R., Hatam N., Teimourizad A., and Jafari A. (2014) Factors Affecting The Technical Efficiency of Health Systems: A Case Study of Economic Cooperation Organization (ECO) Countries (2004–10). **Int J Health Policy Manag** 3(2): 63–69.
80. Ray S.C. (2004) **DEA Theory and Techniques for Economics an Operations Research**, Cambridge University Press, USA.
81. *Retzlaff-Roberts D., Chang C.F. and Rubin R.M. (2004) Technical Efficiency in the use of Health Care Resources: A Comparison of OECD Countries. **Health Policy** 69(1): 55-72.
82. *Rouyendegh B.D., Oztekin A., Ekong, J. and Dag A. (2016) Measuring the Efficiency of Hospitals: A Fully-Ranking DEA–FAHP Approach. **Annals of Operations Research** 1-18.

83. Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2017) **T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016**. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0> (Erişim Tarihi: 15.08.2018).
84. *Samut P.K. ve Cafri R. (2016) Analysis of The Efficiency determinants of Health Systems in OECD Countries by DEA and Panel Tobit. **Social Indicators Research** 129(1): 113-132.
85. Sherman D.H. (1984) Hospital Efficiency Measurement and Evaluation, Empirical Test of New Tecnique. **Medical Care** (22)10: 922-38.
86. Smith P.C., Mossialos E., Papanicolas I. and Leatherman S. (2005) **Performance Measurement for Health System Improvement Experiences, Challenges and Prospects. European Observatory on Health Systems and Policies**. Cambridge University Press, USA.
87. *Söyler H. ve Koç A. (2014) Bir Kamu Hastanesi için Acil Servis Simülasyonu ve Veri Zarflama Analizi İle Etkinlik Ölçümü. **Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi** 6(2): 117-132.
88. *Spinks J. and Hollingsworth B. (2009) Cross-Country Comparisons of Technical Efficiency of Health Production: A Demonstration of Pitfalls. **Applied Economics** 41(4): 417-427.
89. *Sülkü S.N. (2011) Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Kamu Hastanelerinin Verimliliği Üzerine Etkileri. **Maliye Dergisi** 160: 242-268.
90. *Şahin İ. (2009) Sağlık Bakanlığı Genel Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığı'na Devredilen SSK Genel Hastanelerinin Teknik Verimliliklerinin Karşılaştırmalı Analizi. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 11(1): 1-48.
91. *Şahin İ. ve Özcan Y.A. (2000) Public Sector Hospital Efficiency for Provincial Markets in Turkey. **Journal of Medical Systems** 24(6): 307-320.
92. Şahin İ. ve Özgen H. (2000) Sağlık Bakanlığı İl Devlet Hastanelerinin VZA ile Karşılaştırmalı Verimlilik Analizi. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 5(3): 41-6.
93. Şahin İ., Özcan Y.A. ve Özgen H. (2011) Assessment of Hospital Efficiency Under Health Transformation Program in Turkey. **Central European Journal of Operations Research** 19(1): 19-37.
94. *Şenel T. ve Gümüştekin S. (2015) Samsun'daki Hastanelerin Etkinliklerinin Değerlendirilmesinde Veri Zarflama Analizi Kullanılması. **IAAOJ** 3(2): 53-60.
95. *Şener M. ve Yiğit V. (2017) Sağlık Sistemlerinin Teknik Verimliliği: OECD Ülkeleri Üzerinde Bir Araştırma. **Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi** 26(1): 266-290.
96. *Şenol O. ve Gençtürk M. (2017) Veri Zarflama Analiziyle Kamu Hastaneleri Birliklerinde Verimlilik Analizi. **Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi** 29(4): 265-286.
97. *Taşlıdere S., Saraçoğlu G.V. ve Topçu B. (2017) Tekirdağ'da Bir İlçenin Aile Hekimliği Performanslarının Veri Zarflama Analizi ile Değerlendirilmesi. **Namık Kemal Medical Journal** 5(2): 75-82.

98. T.C. Sağlık Bakanlığı (2003) **Sağlıkta Dönüşüm**. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html> (Erişim Tarihi: 03.09.2018).
99. *Temür Y. (2010) İllerin Gelişmişlik Derecelerine Göre Hastanelerin Etkinlik Analizi. **Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi XXIX (2): 1-22.**
100. *Temür Y. ve Bakırcı F. (2008) Türkiye’de Sağlık Kurumlarının Performans Analizi: Bir VZA Uygulaması. **Sosyal Bilimler Dergisi 10(3): 261-281.**
101. *Timor M. ve Lorcu F. (2010) Türkiye ve Avrupa Birliği’ne Üye Ülkelerin Sağlık Sistem Performanslarının Kümeleme ve Veri Zarflama Analizi ile Karşılaştırılması. **Yönetim Dergisi 21(65): 25-46.**
102. *Tosun Ö. (2012) Using Data Envelopment Analysis–Neural Network Model to Evaluate Hospital Efficiency. **International Journal of Productivity and Quality Management 9(2): 245-257.**
103. *Tunca H. ve Yesilyurt F. (2016) Hospital Efficiency in Turkey: Metafrontier Analysis. **European Scientific Journal 12(10): 165-172.**
104. *Uçkun N., Girginer N., Köse T. ve Şahin, Ü. (2016) Türkiye’deki Büyükşehir Kamu Hastanelerinin Etkinliklerinin Analizi. **International Journal of Innovative Research in Education 3(2): 102-108.**
105. *Uyar M. ve Şahin T.K. (2015) Konya İl Merkezindeki Sağlık Ocaklarının Verimliliğinin Değerlendirilmesi. **TAF Preventive Medicine Bulletin 14(1): 1-6.**
106. *Varabyova Y. and Schreyögg J. (2013) International Comparisons of the Technical Efficiency of the Hospital Sector: Panel Data Analysis of OECD Countries Using Parametric and Non-Parametric Approaches. **Health Policy 112(1-2): 70-79.**
107. Waldman D.A. (1997) Predictors of Employee Preferences for Multirater and Group-Based Performance Appraisal. **Group & Organization Management 22(2): 264-287.**
108. *Yeşilyurt M.E. (2007a) Genel Hastanelerin Etkinlik, Girdi Tıkanıklığı ve Aylak Girdi Analizi. **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 7(1): 391-414.**
109. *Yeşilyurt M.E. (2007b) Türkiye’de Eğitim Hastanelerinin Etkinlik Analizi. **Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 21(1): 61-74**
110. *Yeşilyurt M.E. ve Yeşilyurt F. (2006) Kadın, Doğum ve Çocuk Hastanelerinde Girdi Tıkanıklığı ve Aylak Girdilere Bağlı Kayıpların Analizi. **Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi 7(2): 41-54.**
111. *Yeşilyurt M.E. ve Yeşilyurt F. (2007a) Poliklinik ve Doğum Hizmeti Veren Hastanelerde Girdi Tıkanıklığı ve Aylak Girdiler. **Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 28: 127-140.**
112. *Yeşilyurt M.E. ve Yeşilyurt F. (2007b) Poliklinik ve Ameliyat Hizmeti Veren Hastanelerin Sahipliklerine Bağlı Olarak Oluşan Refah Kaybı. **Ekonomik Yaklaşım Dergisi 18(62): 103-119.**
113. *Yeşilyurt Ö. ve Salamov F. (2017) Türk Devletleri Sağlık Sistemlerinde Etkinliğin ve Etkinliğe Etki Eden Faktörlerin Süper Etkinlik ve Tobit Modelleriyle Değerlendirilmesi. **Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi 3(2): 128-138.**

114. Yıldırım H.H. (2004) Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Avrupa Birliği'ne Aday Ülke Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Teknik Verimlilik Analizi. **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Ankara.
115. *Yılmaz A., Beylik U., Öner N. ve Akça N. (2015) Türkiye'de Sağlık Hizmeti Faaliyetlerinin Performansı Üzerine Bir Değerlendirme: Şehirlerarası Karşılaştırma. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi** 18(2): 205-218.
116. *Yiğit V. (2016b) Bir Üniversite Hastanesinin Tıbbi Bölümlerinin Teknik Verimlilik Analizi. **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi** 23: 199-214.
117. *Yiğit V. (2016a) Hastanelerde Teknik Verimlilik Analizi: Kamu Hastane Birliklerinde Bir Uygulama. **Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi** 7(2): 9-16.
118. *Yiğit V. (2017) Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminde Hekimlerin Teknik Verimliliği: Bir Üniversite Hastanesinde Uygulama. **Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi** 16(62): 854-866.
119. *Yiğit V. ve Esen H. (2017) Pabon Lasso Modeli ve Veri Zarflama Analizi ile Hastanelerde Performans Ölçümü. **Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi** 8(2): 26-32.
120. Yolalan R. (1993) **İşletmeler Arası Görelî Etkinlik Ölçümü**. Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, Ankara.
121. Zhu J. (2014) **Quantitative Models for Performance Evaluation and Benchmarking: Data Envelopment Analysis with Spreadsheets**. Springer, New York

**Yıldız imi ile işaretlenmiş çalışmalar literatür taraması kapsamında incelenen çalışmalardır.*

Ek 1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde VZA Yöntemi Kullanılarak Yapılan Makaleler

No	Yazar(lar)/ (Tarih)	Kullanılan Model/(ler)	Yönelim	Kullanılan KVB Sayısı/Türü	Girdiler	Çıktılar
1	Şahin, Özcan 2000	BCC	Girdi Yönelimli	80 İl/ Sağlık Bakanlığına ait Kamu H.	Yatak sayısı, uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, hemşire sayısı, yardımcı sağlık personeli sayısı, döner sermaye harcamaları	Poliklinik sayısı, yatan hasta sayısı, hastane ölüm oranı
2	Gülcü 2004	-	-	1998 yılı için 192 özel hastane 1999 yılı için 216 özel hastane dahil edilmiştir.	Yatak sayısı, hekim sayısı	Poliklinik sayısı, çıkan hasta sayısı, yatılan gün sayısı Ameliyat (büyük, orta ve küçük) sayısı, doğum sayısı
3	Gülcü ve diğerleri 2004	CCR	-	88/ Devlet H.	Hekim (Uzman- pratisyen toplamı) sayısı, yatak sayısı	Poliklinik hasta sayısı, taburcu olan hasta sayısı, yatılan gün sayısı, ameliyat sayısı, doğum sayısı
4	Retzlaff-Roberts et al. 2004	BCC	Girdi ve Çıktı Yönelimli	27/OECD ülkesi	Bin kişi başına düşen hasta yatağı sayısı, milyon nüfusa düşen MR sayısı, bin kişiye düşen hekim sayısı, GSYH’den sağlığa ayrılan pay, gini katsayısı, eğitimde geçirilen süre, tütün kullanımı	Bebek ölüm hızı, doğuştan beklenen yaşam süresi
5	Yeşilyurt, Yeşilyurt 2006	BCC	Girdi Yönelimli	48/ Kadın Doğum H.	Uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, yatak sayısı	Poliklinik sayısı, büyüklüğüne göre ameliyat sayıları, doğum sayısı
6	Yeşilyurt 2007a	BCC	Girdi Yönelimli	600/ Sağlık Bakanlığı, SSK ve Özel H.	Uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, yatak sayısı	Poliklinik sayısı, büyüklüğüne göre ameliyat sayıları, doğum sayısı
7	Yeşilyurt, Yeşilyurt, 2007a	BCC	Girdi Yönelimli	125/ Sağlık Bakanlığına bağlı küçük ölçekli H.	Uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, yatak sayısı	Poliklinik sayısı, doğum sayısı
8	Yeşilyurt 2007b	BCC	Girdi Yönelimli	55/ Eğitim ve Uygulama H.	Uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, yatak sayısı	Poliklinik sayısı, büyüklüğüne göre, ameliyat sayıları, doğum sayısı
9	Yeşilyurt, Yeşilyurt 2007b	BCC	Girdi Yönelimli	44/ Devlet H, 5/ Özel H, 9/ SSK H. 3/ Üniversite H.	Uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, yatak sayısı	Poliklinik sayısı, büyüklüğüne göre ameliyat sayıları
10	Temür, Bakırcı 2008	CCR/BCC	-	846 / Devlet Hastanesi	Uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, fiili yatak sayısı, döner sermaye harcamaları	Poliklinik sayısı, taburcu olan hasta sayısı, hastanede ölen sayısı, yapılan büyük ameliyat sayısı, yapılan orta ameliyat sayısı, yapılan küçük ameliyat sayısı, döner sermaye gelirleri, doğum sayısı, hastanede yatılan gün sayısı

Ek 1 Devam. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde VZA Yöntemi Kullanılarak Yapılan Makaleler

No	Yazar(lar)/ (Tarih)	Kullanılan Model/(ler)	Yönelim	Kullanılan KVB Sayısı/Türü	Girdiler	Çıktılar
11	Şahin 2009	CRR/BCC	Girdi Yönelimli	352/ Sağlık Bakanlığı Genel H.	Fiili yatak sayısı, hekim sayısı, hemşire sayısı, diğer personel sayısı, hizmet üretim giderleri	Poliklinik, yatan hasta ve ameliyat sayısı
12	Çakmak ve diğerleri 2009	-	Girdi ve Çıktı Yönelimli	41/ S.B Kadın Doğum H.	Fiili yatak sayısı, tıbbi malzeme alım giderleri, ilaç giderleri ve diğer giderler	Poliklinik sayısı, büyüklüğüne göre ameliyat sayıları, ortalama kalış günü, toplam gelir
13	Spinks, Hollingsworth 2009	BCC	Çıktı Yönelimli	28/OECD Ülkesi	Kişi başına düşen GSYİH, toplam sağlık harcaması, işsizlik oranı, eğitimde geçirilen süre (school expectancy years)	Bebek Ölüm Hızı
14	Özata, Sevinç 2010	CCR	Girdi Yönelimli	24/ Sağlık Ocağı	Hekim sayısı, hemşire sayısı, ebe sayısı	Muayene sayısı, aşı-enjeksiyon sayısı, ebe ev ziyaretleri sayısı
15	Timor, Lorcu 2010	CCR	Girdi Yönelimli	28/ Avrupa Birliği üyesi 27 ülke ve üyeliğe tam aday olan Türkiye	1000 kişiye düşen yatak sayısı, GSYH’den sağlığa ayrılan pay, kişi başına düşen sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinde kullanılan insan gücü	Yaşam beklentisi, ölüm oranları (beş yaş altı çocuk ölüm oranları) Çevre Değişkenleri: Eğitim (kadınlar için okul yaşam beklentisi), diğer belirleyiciler (15 yaş üstü erişkinlerde sigara tüketimi)
16	Temür 2010	CCR/BCC	Girdi ve Çıktı Yönelimli	849/ Devlet H.	Uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, yatak sayısı, döner sermaye harcamaları	Poliklinik hasta sayısı, taburcu olan hasta sayısı, ölen hasta sayısı, büyüklüklerine göre ameliyat sayıları, döner sermaye gelirleri, doğum sayısı, yatılan gün sayısı
17	Ayanoğlu ve diğerleri 2010	-	Girdi Yönelimli	16/ Sağlık Bakanlığı H.	İlk madde ve malzeme giderleri, personel ücret ve giderleri, dışarıdan sağlanan fayda ve hizmetler, diğer çeşitli giderler, amortisman ve tükenme payları.	Hizmet gelirleri
18	Özgen, Şahin 2010	BCC	Girdi Yönelimli	837/Diyaliz merkezi	Diyaliz makinesi, diyaliz hemşiresi	Aylık diyaliz seansı
19	Aksezer, Benneyan 2010	CCR	-	Türkiye’de Bir ALPHA özel hastanesinin 30 şubesi	Yatak sayısı, hekim sayısı, yardımcı sağlık personeli sayısı, uzman hekim sayısı	Poliklinik sayısı, acil sayısı, ameliyat sayısı
20	Aksezer 2011	CCR	Girdi ve Çıktı Yönelimli	Türkiye'nin bir metropol bölgesinde bulunan özel bir hastane	Hasta kabulde bekleme süresi, ameliyat sonrası hastanede geçirilen süre, ölüm sayısı, reçete edilen ilaçların sayısı, hasta şikayetlerinden doğan maliyetler	Başarısızlık oranı

Ek 1 Devam. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde VZA Yöntemi Kullanılarak Yapılan Makaleler

No	Yazar(lar)/ (Tarih)	Kullanılan Model/(ler)	Yönelim	Kullanılan KVB Sayısı/Türü	Girdiler	Çıktılar
21	Sülkü 2011	CCR/BCC	Çıktı Yönelimli	81/ İl bazında Sağlık Bakanlığı H.	Uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, yatak sayısı	Poliklinik hasta sayısı, yatan hasta sayısı, ameliyat sayıları, hastane ölüm oranı, yatak doluluk oranı, ortalama kalış süresi
22	Aytekin 2011	CCR	Çıktı Yönelimli	245/ Devlet H.	Yatak sayısı, oda sayısı, uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, yardımcı sağlık personeli sayısı	Yatak işgal oranı, ortalama kalış gün sayısı, yatan hasta oranı ve Medula ciroları
23	Şahin ve diğerleri 2011	CCR/BCC	Girdi Yönelimli	352/Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastaneleri	Yatak sayısı, hekim sayısı, hemşire sayısı, diğer personel sayısı, işletme giderleri	Poliklinik sayısı, yatan hasta sayısı, ameliyat sayısı
24	Bircan 2011	CCR/BCC	Girdi ve Çıktı Yönelimli	20/Sivas il merkezinde bulunan sağlık ocakları	Doktor sayısı, hemşire ve ebe sayısı	Muayene sayısı, küçük cerrahi müdahale sayısı, izlenen gebe+izlenen loğusa sayısı, izlenen bebek+izlenen çocuk sayısı
25	Atmaca ve diğerleri 2012	CCR	Girdi Yönelimli	21/Ankara ili ve ilçelerinde bulunan özel hastaneler	Tescilli yatak sayısı, toplam hekim sayısı, toplam pratisyen sayısı, toplam hemşire sayısı, toplam muayene, toplam yatan hasta sayısı	Toplam yatak doluluk oranı, ortalama kalış günü sayısı, yatak devir hızı, taburcu olan hasta sayısı, ölen hasta sayısı, toplam yatılan gün sayısı, toplam ameliyat sayısı
26	Kocaman ve diğerleri 2012	CCR	Girdi Yönelimli	34/ OECD üye ülkeleri	Bin kişi başına düşen hekim sayısı, bin kişi başına düşen hastane yatağı sayısı, kişi başına düşen sağlık harcaması, GSYH’den sağlık harcamalarına ayrılan pay	Doğumdan beklenen yaşam süresi ve beş yaş altı ölüm oranı (tersi-%)
27	Beylik, Pekcan 2012	CCR	Girdi Yönelimli	13/ Ankara ilinde hizmet veren eğitim araştırma hastaneleri	Uzman hekim sayısı, klinik yatak sayısı	Poliklinik sayısı, yatak işgal oranı, büyüklüklerine göre ameliyat sayıları
28	Bayraktutan, Pehlivanoglu 2012	CCR/ BCC	Çıktı Yönelimli	8/ Devlet H 1/ Üniversite H. 9/ Özel H.	Uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, diğer personel sayısı, fiili yatak sayısı	Poliklinik hasta sayısı, taburcu olan hasta sayısı, ameliyat sayısı, hastane ölüm oranları
29	Gülsevin, Türkan 2012	CCR	Girdi Yönelimli	15/ Sağlık Bakanlığı H.	Uzman hekim sayısı, hemşire sayısı ve yatak sayısı	Poliklinik hasta sayısı, yatan hasta sayısı, büyüklüklerine göre ameliyat sayıları ve taburcu sayıları
30	Tosun 2012	CCR/ BCC	Girdi Yönelimli	558/ Sağlık Bakanlığı H.	Hasta yatağı sayısı, hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı	Poliklinik sayısı, ameliyat sayısı, toplam hasta gün sayısı, yatan hasta sayısı

Ek 1 Devam. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde VZA Yöntemi Kullanılarak Yapılan Makaleler

No	Yazar(lar)/ (Tarih)	Kullanılan Model/(ler)	Yönelim	Kullanılan KVB Sayısı/Türü	Girdiler	Çıktılar
31	Bal 2013	CCR /BCC	Girdi Yönelimli	39/ Devlet H.	Uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, yatak sayısı, toplam gider	Muayene sayısı, büyük ameliyat sayısı, yatılan gün sayısı, toplam gelir
32	Bal, Bilge 2013	BCC	Girdi Yönelimli	35/SB’na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri	Uzman hekim sayısı, asistan hekim sayısı, yatak sayısı, hemşire sayısı, toplam gider	Muayene Sayısı, ameliyat sayısı, yatılan gün sayısı, toplam gelir
33	Varabyova, Schreyögg 2013	CCR /BCC	Girdi ve Çıktı Yönelimli	31/OECD ülkesi	Bin kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı, bin kişi başına düşen hekim sayısı, bin kişi başına düşen sağlık profesyoneli sayısı, bin kişi başına düşen hasta yatağı sayısı	Tekrar yatış sayısı, Hastane ölüm oranı, kişi başına düşen sağlık harcaması, hastane harcamaları, özel sağlık harcamaları, gini katsayısı, hastane sayısı, kamuya ait hastane sayısı, lise eğitilmiş nüfus sayısı, ortalama kalış süresi, 65 yaş ve üzeri nüfus, doğuştan beklenen yaşam beklentisi, bebek ölüm hızı, istihdam sayısı (incidence of full-time employment)
34	Gok, Sezen 2013	CCR /BCC	Girdi ve Çıktı Yönelimli	348/ Sağlık Bakanlığı’na ait Hastane	Toplam hasta yatağı sayısı, uzman hekim sayısı, uzman olmayan hekim sayısı	Yatak kullanım oranı, yatak devir hızı, toplam ameliyat sayısı, doğum sayısı, poliklinik sayısı, ortalama kalış günü sayısı, taburcu olan hasta sayısı
35	Doğan, Gencan 2014	CCR	Girdi Yönelimli	26/ Sağlık Bakanlığı’na ait Hastane	Hekim sayısı, hemşire sayısı, diğer personel sayısı, fiili yatak sayısı	Poliklinik hasta sayısı, yatan hasta sayısı, büyük ameliyat sayısı, taburcu edilen hasta sayısı, acil serviste tedavi gören hasta sayısı
36	Demiray Erol, Güneş 2014	CCR	-	81/ İl bazında 1453 hastane	Uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, fiili yatak sayısı, döner sermaye harcamaları	Poliklinik hasta sayısı, taburcu olan hasta sayısı, ölen hasta sayısı, büyüklüğüne göre ameliyat sayıları, döner sermaye gelirleri, doğum sayısı, yatılan gün sayısı
37	Altın 2014	CCR/BCC	Çıktı Yönelimli	38/Fortune 500 listesinde yer alan ve sağlık sektöründe faaliyet gösteren işletmeler	Çalışan sayısı, dönen varlık toplamı, kısa vadeli yabancı kaynaklar toplamı, yabancı kaynaklar toplamı	Cari oran, finansal kaldıraç oranı, nakit oranı
38	Çelik, Esmeray 2014	-	Girdi Yönelimli	13/Kayseri’de bulunan özel hastaneler	Toplam yatak sayısı, uzman doktor sayısı, pratisyen hekim sayısı	Poliklinik hasta sayısı toplam yatılan gün sayısı, taburcu olan hasta sayısı
39	Kaçak ve diğerleri, 2014	BCC	Girdi Yönelimli	245/ Sağlık Bakanlığı’na ait hastane	Yatak sayısı, uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, işletme giderleri	Poliklinik Sayısı, yatan hasta sayısı, Ameliyat sayısı (büyük, orta, küçük)

Ek 1 Devam. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde VZA Yöntemi Kullanılarak Yapılan Makaleler

No	Yazar(lar)/ (Tarih)	Kullanılan Model/(ler)	Yönelim	Kullanılan KVB Sayısı/Türü	Girdiler	Çıktılar
40	Bilsel, Davutyanyan 2014	CCR/BCC	-	202/Sağlık Bakanlığı’na ait genel hastane	Yatak sayısı, uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, hemşire sayısı, yardımcı personel sayısı, İşletme giderleri	Poliklinik sayısı, yatan hasta sayısı ameliyat sayısı, ölüm/ameliyat oranı
41	Ravangard et al. 2014	-	-	10/ Economic Cooperation Organization (ECO) ülkesi (İran, Türkiye, Azerbaycan, Pakistan, Afganistan, Kırgızistan, Tacikistan, Kazakistan, Türkmenistan ve Özbekistan)	Birinci yaklaşım: Kişi başına düşen GSYİH, eğitim düzeyi, tütün kullanımı İkinci yaklaşım: Kişi başına düşen sağlık harcamaları, bin kişi başına düşen hekim sayısı, bin kişi başına düşen hasta yatağı sayısı	Birinci yaklaşım: Doğuşta beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı İkinci yaklaşım: Doğuşta beklenen yaşam süresi, 5 yaş altı çocuk ölüm hızı
42	Cheng, Zervopoulos 2014	BCC	-	171/Ülke	Kişi başına düşen sağlık harcaması, GSYH’den sağlığa ayrılan pay, okuryazarlık oranı	Doğuşta beklenen yaşam süresi, bin kişi başına düşen 5 yaş altı çocuk ölüm hızı, yüz bin kişiye düşen anne ölüm oranı
43	Söyler, Koç 2014	CCR/BCC	Girdi Yönelimli	10 senaryo/ Elâzığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi	Doktor sayısı, hemşire sayısı, yatak sayısı	Ortalama sistemde kalma süresi (dk), ortalama hemşire kullanım oranı, ortalama doktor kullanım oranı, ortalama yatak kullanım oranı, hasta sayısı
44	Beylik ve diğerleri 2015	CCR/BCC	Girdi Yönelimli	88/ Kamu Hastane Birliği	Uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, yatak sayısı	Acil poliklinik sayısı, poliklinik sayısı, yatan hasta sayısı, ameliyat sayısı, yatak işgal oranı (%), ortalama yatış süresi (gün)
45	Yılmaz ve diğerleri 2015	CCR/BCC	Girdi Yönelimli	81 il /2. ve 3. basamak kamu-özel sağlık hizmet sunucuları	Uzman ve asistan hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, hemşire ve ebe sayısı, yatak sayısı.	Poliklinik sayısı, yatan hasta sayısı, ameliyat sayısı, yatak işgal oranı (%), ortalama kalış süresi (gün).
46	Erdoğan, Yıldız 2015	CCR/ BCC	Girdi Yönelimli	99 / 53’ü AII, 42’si B grubu devlet hastanesi 4’ü özel hastane	Cari Oran, stok bağımlılık oranı, toplam borcun aktif toplamına oranı, kısa vadeli yabancı kaynakların pasif toplamına oranı, toplam borcun öz sermayeye oranı, maddi duran varlıkların devamlı sermayeye oranı	Stok devir hızı oranı, alacak devir hızı oranı, net kârın özkaynaklara oranı, net kârın aktif toplamına oranı
47	Bulğurcu, Özdemir 2015	CCR	Girdi Yönelimli	10/ AB’ye üyeliği gerçekleşmiş geçiş ekonomisine tabi olan ülkeler	Bin kişi başına düşen hekim sayısı, bin kişi başına düşen yatak sayısı, kişi başına düşen sağlık harcaması (\$), bağışıklık kazandırma oranı (%)	Doğumdan beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm hızı (Tersi-%)

Ek 1 Devam. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde VZA Yöntemi Kullanılarak Yapılan Makaleler

No	Yazar(lar)/ (Tarih)	Kullanılan Model/(ler)	Yönelim	Kullanılan KVB Sayısı/Türü	Girdiler	Çıktılar
48	Uyar, Şahin 2015	BCC	Girdi Yönelimli	33/ Sağlık Ocağı	Bir öğretim kurumundan mezun olmayan nüfus yüzdesi, sağlık personeli başına nüfus sayısı, 1-4 yaş nüfus yüzdesi	Ortalama bebek izlem sayısı, tam aşıli çocuk yüzdesi, kişi başı ortalama muayene sayısı
49	Çağlar, Gülel 2015	CCR/BCC	Çıktı Yönelimli	81/ İl sağlık hizmetleri	Hastane sayısı, yatak sayısı, aile hekimliği birim sayısı, 112 ambulans sayısı, hekim sayısı, diş hekimi sayısı, eczacı sayısı, ebe sayısı, hemşire sayısı, diğer personel sayısı	Birinci basamak başvuru sayısı, ikinci ve üçüncü basamak hastanelere başvuru sayısı, diş hekimine başvuru sayısı, ameliyat sayısı ve yatan hasta sayısı
50	Şenel, Gümüştekin 2015	CCR/BCC	Girdi Yönelimli	19/Samsun Sağlık Bakanlığı’na bağlı 18 hastane ve Ondokuz Mayıs Üniversite Hastanesi olmak üzere toplamda 19 hastane	Hastanede çalışan uzman hekim sayısı, hastanenin fiili yatak sayısı, yatan hasta sayısı, yatak devir hızı	Ayakta muayene olan hasta sayısı, taburcu olan hasta sayısı, yapılan ameliyat sayısı
51	Okursoy, Özdemir 2015	CCR/BCC	Çıktı Yönelimli	486/Devlet hastanesi	Hasta yatak sayısı, uzman doktor sayısı, pratisyen doktor sayısıdır	Poliklinik sayısı, çıkan hasta sayısı, dönüştürülmüş ameliyat sayısı, yatılan gün sayısı
52	Özgen Narcı ve diğerleri, 2015	BCC	Girdi Yönelimli	1103/ Sağlık Bakanlığı’na ait hastane, özel hastane ve eğitim ve araştırma hastanesi	Yatak sayısı, Uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, hemşire sayısı, diğer personel sayısı	Poliklinik sayısı, yatan hasta sayısı, ameliyat sayısı, acil sayısı, taburcu olan hasta sayısı
53	Gök, Altındağ 2015	CCR/BCC	Girdi ve Çıktı Yönelimli	2001 yılı için 409 kamu, 68 özel hastane 2002 yılı için 420 kamu, 84 özel hastane 2003 yılı için 424 kamu, 102 özel hastane 2004 yılı için 448 kamu, 118 özel hastane 2005 yılı için 417 kamu, 152 özel hastane 2006 yılı için 425 kamu, 183 özel hastane 2007 yılı için 419 kamu, 307 özel hastane 2008 yılı için 423 kamu, 318 özel hastane	Uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, hastane yatağı	Yatak işgal oranı, yatak devir hızı, ameliyat sayısı, doğum sayısı, poliklinik sayısı, taburcu olan hasta sayısı, ortalama kalış günü
54	Yiğit 2016a	CCR/BCC	Girdi Yönelimli	81 il / Kamu Hastane Birlikleri	Uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, yatak sayısı	Muayene sayısı, yatan hasta sayısı, A grubu ameliyat sayısı, B grubu ameliyat sayısı, C grubu ameliyat sayısı, yatak işgal oranı

Ek 1 Devam. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde VZA Yöntemi Kullanılarak Yapılan Makaleler

No	Yazar(lar)/ (Tarih)	Kullanılan Model/(ler)	Yönelim	Kullanılan KVB Sayısı/Türü	Girdiler	Çıktılar
55	Yiğit 2016b	CCR/BCC	Girdi Yönelimli	20 tıbbi bölüm / Batı Akdeniz Bölgesinde yer alan bir üniversite hastanesinin ayakta ve yatan sağlık hizmeti veren tüm bölümleri	Hekim sayısı, asistan sayısı, yatak sayısı, personel gideri, nöbet ücretleri	Poliklinik sayısı, yatan hasta sayısı, yatak doluluk oranı (%), sağlık hizmeti gelirleri
56	Tunca, Yeşilyurt 2016 Yayın Dili: İngilizce	-	-	135 hastane (81 Devlet H. 9 Özel H., 15 Eğitim-araştırma H. ve Tıp fakültesi H.)	Doktor sayısı, yatak sayısı	Cerrahi operasyon, ayakta tedavi, yatan hasta ve yatılan gün sayısı
57	Adil et al. 2016	CCR	Girdi Yönelimli	29/Asya Ülkeleri (Bangladeş, Çin, Hindistan, Endonezya, İran, Irak, Japonya, Kuveyt, Kırgız Cumhuriyeti, Lübnan, Malezya, Umman, Pakistan, Katar, Rusya, Suudi Arabistan, Singapur, Sri Lanka, Tayland, Türkiye, Tacikistan, Türkmenistan, Birleşik Arap Emirlikleri, Özbekistan, Vietnam ve Yemen)	Bin kişi başına düşen hekim sayısı, bin kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı, kişi başına düşen gayri safi milli gelir, kişi başına düşen sağlık harcaması	Doğuşta beklenen yaşam süresi Ölüm oranı (1000 canlı doğum başına), Doğurganlık oranı (kadın başına doğum)
58	Çalışkan, Girginer 2016	BCC	Çıktı Yönelimli	81/ İllere ait hastaneler	Uzman hekim sayısı, hemşire sayısı, diğer sağlık personeli sayısı, yatak sayısı	Ameliyat sayısı, yatak doluluk oranı, yatan hasta sayısı
59	Eren Şeneras 2016	CCR	-	12 senaryo/ 2. basamak bir devlet hastanesinin acili	Hekim sayısı, kayıt görevlisi sayısı, hemşire sayısı, röntgen teknisyeni sayısı, laboratuvar teknisyeni sayısı	-

Ek 1 Devam. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde VZA Yöntemi Kullanılarak Yapılan Makaleler

No	Yazar(lar)/ (Tarih)	Kullanılan Model/(ler)	Yönelim	Kullanılan KVB Sayısı/Türü	Girdiler	Çıktılar
60	Cansel ve diğerleri 2016	CCR	Girdi Yönelimli	7/Sağlık Bakanlığı Genel Müdürlükleri (GM) (Sağlığın Geliştirilmesi GM, Sağlık Hizmetleri GM, Acil Sağlık Hizmetleri GM, Sağlık Yatırımları GM, Sağlık Bilgi Sistemleri GM, Dış İlişkiler Ve Avrupa Birliği GM, Sağlık Araştırmaları GM)	Bütçe ve döner sermaye geliri	Personel giderleri, mal ve hizmet satın alma giderleri, sermaye giderleri
61	Uçkun ve diğerleri 2016	BCC	Çıktı Yönelimli	30 il/Büyük şehirlerdeki TKHK’ ne bağlı 30 kamu hastanesi	Fiili yatak sayısı, uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, yıllık döner sermaye harcaması	Toplam muayene sayısı, toplam yatan hasta sayısı, yatak devir hızı, toplam ameliyat sayısı
62	Kar ve diğerleri 2016	CCR/BCC	Girdi ve Çıktı Yönelimli	40/11’i özel 29’u devlet olmak üzere toplam 40 kadın doğum hastanesi	Hekim Sayısı, hemşire sayısı, yatak sayısı	Ayaktan muayene sayısı, yatan hasta sayısı
63	Atılğan ve diğerleri 2016	-	Girdi ve Çıktı Yönelimli	459/Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastane	Toplam hekim sayısı, yardımcı sağlık personeli sayısı, sözleşmeli personel dahil olmak üzere idari ve teknik çalışan sayısı, toplam yatak sayısı	Toplam hasta günü sayısı, tekrar yatış sayısı
64	Rouyendegh et al. 2016	CCR	Girdi ve Çıktı Yönelimli	7/Seçilmiş hastane	Hekim sayısı, toplam hasta yatağı sayısı	Ameliyat sayısı, yatak kullanım oranı, toplam hasta sayısı
65	Samut, Cafri 2016	CCR	Girdi Yönelimli	29/OECD ülkesi	Bin kişi başına düşen hasta yatağı sayısı, bin kişi başına düşen hekim sayısı, bin kişi başına düşen hemşire sayısı, yüz bin nüfusa düşen MR sayısı, yüz bin nüfusa düşen CT sayısı	Taburcu olan hasta sayısı, bebek ölüm hızı
66	Yiğit 2017	CCR /BCC	Girdi Yönelimli	49 hekim / Bir üniversite hastanesinin cerrahi bölümlerinde görev yapan hekimler	Performansa dayalı ek ödeme tutarı	Bireysel net katkı puanı, ameliyat puanı, poliklinik sayısı, yatan hasta sayısı, bireysel hizmet gelirin katkısı (TL)

Ek 1 Devam. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde VZA Yöntemi Kullanılarak Yapılan Makaleler

No	Yazar(lar)/ (Tarih)	Kullanılan Model/ler)	Yönelim	Kullanılan KVB Sayısı/Türü	Girdiler	Çıktılar
67	Yiğit, Esen 2017	CCR/BCC	Girdi Yönelimli	12 hastane / Antalya Kamu Hastane Birliğine bağlı H.	Uzman hekim, hemşire, yatak sayısı, toplam gider	Toplam muayene sayısı, A-B-C grubu ameliyat sayısı, yatak doluluk oranı (%), toplam tahakkuk geliri
68	Yeşilyurt, Salamov 2017	CCR/ BCC	Girdi Yönelimli	6 Ülke /Türk devletleri Türkmenistan, Türkiye, Azerbaycan, Kazakistan, Kırgızistan, Özbekistan	1000 kişi başına doktor sayısı, hastane yatak sayısı, sağlık harcamalarının GSYİH içerisinde payları	Ortalama yaşam süresi, 100.000 kişi başına düşen ameliyat sayıları
69	Güler ve diğerleri 2017	CCR/ BCC	Girdi Yönelimli	25 / Bir devlet üniversitesine bağlı uygulama ve araştırma hastanesindeki yataklı servisler	Dil Basacağı, eldiven, insülin enjektörü büyük elektrod, el dezenfektanı, flash sterilizasyon sargısı, gaz tampon, iğne, disposable böbrek küveti, rulo pamuk, termometre probu, tüp	Damar yolu açılması, yara pansumanı, IV enjeksiyon, oksijen inhalasyon tedavi seansı, subkutan enjeksiyon Gluko test, intravenöz ilaç infüzyonu, kan veya ürünleri transfüzyonu, nebulizatör ile ilaç uygulaması, lokal anestezi
70	Boz, Önder 2017	CCR	Girdi Yönelimli	34/OECD ülkesi	Toplam sağlık harcamalarının GSHM içindeki payı, kişi başına toplam sağlık harcaması, toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı, toplam kamu harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı, toplam özel sağlık harcamaları içinde cepten harcamaların payı	Doğumda beklenen yaşam yılı, algılanan sağlık statüsü, anne yaşama oranı, bebek yaşama oranı
71	Karadayı ve diğerleri 2017	BCC	Girdi yönelimli	7/ İstanbul Beyoğlu Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği’ne bağlı 7 hastanenin acil servis birimleri	Acil seviyesi, yatak sayısı	Hasta sayısı, sevk sayısı
72	Karaman ve diğerleri 2017	CCR/BCC	Girdi Yönelimli	27/Kamu hastanesi 13/Özel hastane	Yatak sayısı, hekim sayısı, hemşire sayısı	Poliklinik sayısı, yatan hasta sayısı, ameliyat sayısı

Ek 1 Devam. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde VZA Yöntemi Kullanılarak Yapılan Makaleler

No	Yazar(lar)/ (Tarih)	Kullanılan Model/(ler)	Yönelim	Kullanılan KVB Sayısı/Türü	Girdiler	Çıktılar
73	Öksüzkaya 2017	BCC	Girdi Yönelimli	İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırmasına göre (İBBS-1) 12 farklı bölgedeki Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler	Uzman hekim, pratisyen hekim, ebe ve hemşire sayıları, yatak sayıları	Ameliyat sayısı, yatan hasta sayısı
74	Özcan, Khushalani 2017	CCR	-	34/OECD ülkesi	Alkol tüketimi, tütün kullanımı, obez ve aşırı kilolu nüfus sayısı, kamu sağlık harcamaları	Cinsiyete göre doğuştan beklenen yaşam süresi
75	Şenol, Gençtürk 2017	CCR/BCC	Çıktı Yönelimli	80 il/Türkiye geneli Kamu Hastane Birliklerine bağlı sağlık kuruluşları	Yatak sayısı, hekim sayısı, hemşire ve ebe sayısı	Poliklinik muayene sayısı, Acil muayene sayısı, A grubu ameliyat sayısı, B grubu ameliyat sayısı, C grubu ameliyat sayısı, yatan hasta sayısı
76	Taşlıdere ve diğerleri 2017	CCR/ BCC	Girdi ve Çıktı Yönelimli	9 aile hekiminin performansı	Ortalama bebek izlem sayısı, kişi başına ortalama muayene sayısı, bağlı olan kırsal nüfusu, 0-11 ay nüfus	Gebe tetanoz 2 aşısı, hastanede yapılan doğum, kızamık kızamıkçık, kabakulak aşısı, düşük doğum oranı, düşük hızı, neonatal ölüm hızı, postneonatal ölüm hızı, kaba doğum hızı, ölü doğum oranı
77	Erus, Hatipoğlu 2017	BCC	Çıktı Yönelimli	81/İl (Üniversite ve özel hastaneler hariç tutulmuştur).	Uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, hemşire sayısı, hasta yatağı sayısı	Poliklinik sayısı, yatan hasta sayısı ve ameliyat sayısı
78	Şener, Yiğit 2017	BCC	Girdi Yönelimli	34 / OECD ülkeleri	Yatak Sayısı, hekim sayısı, kişi başına düşen sağlık harcaması, milyon kişiye düşen MR sayısı, sigara kullanım oranı	Bebek ölüm oranı, sağlıklı yaşam beklentisi
79	Özkan Aksu, Temel Gencer 2018	CCR	Çıktı Yönelimli	35/OECD ülkesi	Sanal olarak oluşturulan girdi	Sağlık Etkileri: Hava kalitesi, su ve sanitasyon, atık su arıtma oranı (azot girdilerinin çıktılara oranı topraktaki aşırı azotun ölçülmesi) Biyolojik çeşitlilik ve yaşam alanı (ulusal ve küresel karasal koruma alanları, deniz koruma alanları, ulusal ve küresel türlerin korunması) İklim ve Enerji: 2002-2006 arasındaki birim GSYİH başına CO2 emisyonundaki değişim performansı ve elektrik, ısı tüketiminden kaynaklanan CO2 emisyonundaki değişim)

DERLEME MAKALESİ

**GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP:
TÜRKİYE VE SEÇİLEN ÜLKELERİNİN İNCELENMESİ**

İsmail BİÇER *
Pınar YALÇIN BALÇIK **


ÖZ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) konusunda geliştirilen stratejiler ve raporlar sonrasında birçok ülke GETAT ile ilgili düzenlemeler yapmıştır. Böylelikle GETAT uygulamaları da ülke sağlık politikalarının bir parçası olarak yer almaya başlamıştır. Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın ulusal olarak tanınması ve düzenlenmesi ülkelere göre önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Geleneksel ve tamamlayıcı sağlık hizmetlerinin eğitimli kişiler tarafından verilmesinin, düzenli olarak denetlenmesinin ve sağlık kurumu bünyesi altında verilmesinin gerekli olduğu birçok ülke tarafından vurgulanmaktadır. DSÖ, geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın ulusal sağlık politikalarındaki rolünün tanımlanmasının geleneksel ve tamamlayıcı tedavilerin güvenilirliğini güvence altına aldığını, iyi uygulamaları desteklediğini ve gerekli düzenleyici ve yasal mekanizmaların oluşturulmasını sağladığını düşünmektedir. Bu bağlamda, bu çalışmada, çeşitli ülkeler ile Türkiye'nin geleneksel ve tamamlayıcı tıp politikaları ve GETAT uygulamaları hakkında bilgi sunulmaktadır.


Anahtar Kelimeler: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp, Sağlık Politikası, Politika

MAKALE HAKKINDA

* Öğr. Gör. İstanbul Arel Üniversitesi, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı, ismailbicer@arel.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-1878-0546>

** Dr. Öğr. Üyesi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, pyalcin@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-7949-5779>

Gönderim Tarihi: 13.09.2018

Kabul Tarihi: 21.02.2019

Atıfta Bulunmak İçin:

Bıçer, İ., Yalçın Balçık, P. (2019). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp: Türkiye ve Seçilen Ülkelerinin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 245-257.

TRADITIONAL AND COMPLEMENTARY MEDICINE: INVESTIGATION OF TURKEY AND THE SELECTED COUNTRIES

İsmail BİÇER *
Pınar YALÇIN BALÇIK **


ABSTRACT

After the strategies and reports developed by the World Health Organization (WHO) on the basis of the Traditional and Complementary Medicine (TCM), many countries have made arrangements for the TCM. In this way, the implementation of the TCM has become a part of the country's health policies. The national recognition and regulation of TCM differs significantly by country. It is emphasized by many countries that TCM services are required to be provided by educated people, to be inspected regularly and to be given under the auspices of the health institution. The WHO believes that defining the role of TCM in national health policies guarantees the reliability of traditional and complementary treatments, supports good practices and ensures the creation of regulatory and regulatory mechanisms. In this context, this study provides information about the traditional and complementary medical policies and practices of various countries and Turkey.

Keywords: Traditional and Complementary Medicine, Health Policy, Politics.

ARTICLE INFO

* İstanbul Arel University, ismailbicer@arel.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-1878-0546>

** Hacettepe University, pyalcin@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-7949-5779>

Received: 13.09.2018

Accepted: 21.02.2019

Cite This Paper:

Bıçer, İ., Yalçın Balçık, P. (2019). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp: Türkiye ve Seçilen Ülkelerinin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(1): 245-257.

I. GİRİŞ

Hastalıklar, insanoğlunun var olmasıyla birlikte sürekli değişim göstermektedir. İnsanların, hastalıklarla mücadele etmek için geçmişten bu zamana kadar doğadan ve tecrübelerden faydalanarak çözüm araması geleneksel tedavi yöntemlerinin gelişmesine yol açmıştır. Geleneksel tedavi yöntemleri halk hekimliği olarak bilinmektedir ve dini inanışlardan, kültürel yapılardan, tecrübelerden ve felsefelerden şekillenerek günümüz modern tıbbından farklılıklar göstermektedir. Geleneksel tıp nesiller arasında sözlü olarak aktarılabilirdiği gibi bazı alanlar için ise uzmanlık alanı olarak görülebilmektedir. Geleneksel tıp denildiği zaman genellikle ülkelere ait yerel tedavi yöntemleri akla gelmektedir ve bu sebeple bazı antropologlar tarafından ev tedavisi olarak da adlandırılmaktadır (Arslan ve diğerleri 2016).

Bu çalışmanın amacı, Türkiye ve seçilen ülkelerin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) politikaları ve GETAT uygulama alanları hakkında bilgi sunmaktır.

II. GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP

Tamamlayıcı/alternatif/konvansiyonel olmayan tıp terimleri, bazı ülkelerde geleneksel tıpla birbirinin yerine kullanılmaktadır. DSÖ, geleneksel tıbbı “Fiziksel ve ruhsal hastalıkların önlenmesinde, teşhis edilmesinde, tedavi edilmesinde, sağlığın korunmasında ve iyileştirilmesinde farklı kültürlerle özgü teoriler, inançlar ve deneyimlere dayanan bilgi, beceri ve uygulamaların toplamı” olarak tanımlamaktadır (DSÖ 2002).

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp, nüfusun temel sağlık ihtiyaçlarını sağlamada önemli rol oynamaktadır (Ravishankar, Shukla 2007). DSÖ, GETAT’ı uzun yıllardır geliştirilmeye devam eden sağlık uygulamaları olarak nitelendirmektedir. Çin, Kore, Japonya ve Hindistan gibi Asya ülkelerinde GETAT, hastalıkların tedavisinde ve yönetiminde temel rol oynamaktadır (Park et al. 2012). Dünya üzerinde GETAT; akupunktur, homeopati, ozon tedavisi, oksijen tedavisi, mezoterapi, masaj, hipnoz, ayurveda, aromaterapi, yoga, kriyoterapi, meditasyon, osteopati, refleksoloji, kaplıca tedavisi, termal tedavi, SPA tedavisi, hidro terapi, müzikoterapi, plates gibi çeşitli yöntemle uygulanmaktadır. Aşağıda yaygın kullanılan GETAT yöntemlerinden bazıları tanımlanmaktadır.

Akupunktur, vücut üzerinde belirli noktalara ince iğnelerin batırılması ile uygulanan Geleneksel Çin tıbbının bir türü olan tedavi yöntemidir (Herring, Roberts 2002). Fitoterapi, bitkisel ürünler ve ilaçlarla yapılan bir geleneksel tedavi yöntemidir (Resmî Gazete 2014). Sülük uygulaması, steril sülüklerin vücuttan kan emerken aynı zamanda dokuya biyoaktif madde içeren bir salgı enjekte etmesiyle gerçekleşen tedavi yöntemidir (Ayhan, Mollahaliloğlu 2018). Kupa uygulaması (hacamat), vücudun belli bölgelerine kesik atılıp kupa vurularak kan dolaşımını hızlandırmak ve kılcal damarlardaki kirli kanın dışarı atılması için yapılan tedavi yöntemidir (Benli 2017). Ozon tedavisi, birçok hastalık sonucu bozulmuş olan fonksiyonların yeniden canlandırılması için vücut boşluklarına ya da dolaşım sistemine ozon/oksijen karışımının uygulanması olarak tanımlanmaktadır (Kutlubay ve diğerleri 2010).

Yukarıda bahsi geçen tedavi yöntemleri Bakanlıkça tescil edilmiş sertifikaya sahip hekimler tarafından açılan uygulama merkezlerinde gerçekleştirilmektedir. Ocak 2018 tarihi itibari ile 18 Üniversite’de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Merkezi hizmet vermekte olup, 480 Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Ünitesi açılmış ve uygulama alanında yaklaşık 4.954 sertifika verilmiştir (<http://getatkongre.org/hakinda.php>).

Son yıllarda başta DSÖ olmak üzere uluslararası kuruluşlar tarafından yapılan tartışmalar sonucunda tıbbın değil tedavinin alternatifi olabileceği vurgusu ile alternatif tıp kavramı

yerine geleneksel ve tamamlayıcı tıp kavramı kullanılmaya başlanmıştır. Farklı ülkelerde halk hekimliği, doğal tıp, folklorik tıp, bütünsel tıp, destekleyici tıp ve entegratif tıp gibi isimler de kullanılmaktadır (Mollahaliloğlu ve diğerleri 2015).

2.1. Türkiye’ de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp

Türkiye’de GETAT alanındaki ilk düzenleme “Akupunktur Tedavi Yönetmeliği” ile 1991 yılında yapılmıştır. Bu yönetmeliğin amacı, akupunktur tedavisinin bilimsel yöntemlerle yapılmasını sağlamaktır (Mollahaliloğlu ve diğerleri 2015).

2012 yılında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrası Hakkında Kanunun Ek-13 üncü maddesi ile 663 sayılı Kanunun 8 inci maddesinin (ğ) bendine dayanılarak kurulmuştur (Resmi Gazete, 2011).

Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Yönetmeliği Taslağı Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 yılı başında hazırlanmış, ilgili kurumlardan görüşlerini istenmiştir. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, 29158 sayı ile 27 Ekim 2014 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanmıştır (Resmi Gazete 2014a).

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı’na (TÜSEB) bağlı olarak Türkiye GETAT Enstitüsü 2014 yılında çıkarılan 6569 kanun numaralı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması ile ilgili kanun ile kurulmuştur (Resmi Gazete, 2014b). **GETAT Enstitüsü’nün** temel amacı; kanıta dayalı olarak geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın, modern tıp ile entegre bir şekilde insan sağlığının korunmasına, iyileştirilmesine, rehabilite edilmesine ve geliştirilmesine ve bozulan insan sağlığının düzeltilmesine katkı sağlamaktır (<http://www.tuseb.gov.tr/getat/getat-enstitusu-hakkinda>).

Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi, Kararname No:1’in 355 mad. 3 fıkrasında “*Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile ilgili düzenleme yapmak ve sağlık beyanı ile yapılacak her türlü uygulamalara izin vermek ve denetlemek, düzenleme ve izinlere aykırı faaliyetleri ve tanıtımları durdurmak*” ifadesi ile Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün görev tanımı içine geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları hakkında yasal düzenleme hazırlama ve denetleme yer almaktadır (Resmi Gazete 2018).

Türkiye’de GETAT’a yönelik eğitim araştırma hastaneleri bünyesinde ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde Temmuz 2018 itibari ile 46 adet hizmet veren uygulama merkezleri bulunmaktadır. Bu merkezlerde akupunktur, sülük, kupa, mezoterapi, proloterapi, ozon uygulamaları gibi tedavi yöntemleri doktorlar tarafından uygulanmaktadır (<http://getatportal.saglik.gov.tr/TR,21264/uygulama-merkezleri.html>).

2.2. Çeşitli Ülkelerde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp, DSÖ tarafından küresel sağlık sisteminin önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir. Birçok ülkenin geleneksel ve tamamlayıcı tıptan yararlandığını ifade etmektedir. DSÖ, GETAT uygulamalarının sağlık sistemlerine entegrasyonunun gerçekleşmesi ile geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın güvenli ve etkin kullanımının teşvik edileceğini ifade etmektedir (WHO 2013).

DSÖ, Geleneksel Tıp Stratejisi 2002–2005 raporunda, küresel olarak GETAT’ı incelemekte ve DSÖ’nün bu alandaki rol ve faaliyetlerini özetlemektedir. DSÖ, GETAT alanında güvenlik, etkinlik, kalite, erişilebilirlik ve akılcı kullanım gibi hedeflere sahiptir

(DSÖ 2002). DSÖ, Geleneksel Tıp Stratejisi: 2014-2023 raporunu, kendi yetki alanları dâhilinde GETAT alanının önceliklerini ve yönetmeliklerini ortaya koymak için çalıştıkları ülkelere rehberlik etmek için sunmuştur. DSÖ 2014-2023 yıllarına yönelik olarak GETAT sektörüne yön vermek için stratejik hedeflerini, stratejik yönergelerini ve stratejik eylemlerini uzmanları, üye devletleri ve diğer paydaşları bir araya getirerek geliştirmiştir (WHO 2013). DSÖ geleneksel tıp stratejinin amacı, geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın modern tıba potansiyel katkısının sağlanması için çeşitli düzenlemelerden geçerek, sağlık sistemlerinde güvenli, etkin ve uygun kullanımını teşvik etmektir (WHO 2013).

Amerika Birleşik Devletleri, Almanya, İsviçre, Küba, Japonya, Şili gibi ülkelerde nüfusun %40'ından fazlası geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı genellikle yılda bir kez kullanmaktadır (Park et al. 2016).

Etiyopya'da, geleneksel tıba halkın %80'inin güvendiği ve 1948 yılından beri geleneksel tıp uygulamalarının yasal olduğu ve 1978 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı'na bağlı olduğu belirtilmektedir. Geleneksel tıbbın çoğunlukla belli yaşın üzerindeki bayanlar tarafından uygulandığı, resmi olarak eğitiminin olmadığı ve uygulamaların sigorta sistemine dahil olmadığı ifade edilmektedir (Karahancı ve diğerleri 2015).

Kore geleneksel tıbbı, Kore halk sağlığında önemli bir rol oynamaktadır. Halkın %86'sı Kore geleneksel tıbbını kullanmaktadır. Kore geleneksel tıbbı, diş hekimliği ve hemşirelikle eşdeğer bir eğitim sistemi ve mesleki statüye sahiptir. Kore, DSÖ'nün Çin, Japonya ve diğer ülkelerle birlikte bir üyesi olarak geleneksel ve tamamlayıcı tıpta önemli bir role sahiptir (Han et al. 2016).

Geleneksel Çin Tıbbı antik Çin felsefesine ve 3000 yıl öncesine dayanmaktadır. Çin kültür mirasının ayrılmaz bir parçasıdır ve zamanla gelişip hastalar için güvenilir, etkili ve uygun fiyatlı sağlık hizmetleri sunarak günümüzde de geniş bir nüfusa hizmet etmeye devam etmektedir. Japonya'daki Kampo Tıbbı ve Kore'deki Hanja Tıbbı, Doğu'daki diğer geleneksel tıp sistemleri, temel ilkeleri, tanısal yaklaşımları ve terapötik yöntemleri de dâhil olmak üzere birçok yönden Geleneksel Çin tıbbından büyük ölçüde etkilenmiştir. Çin halkının %60'ı geleneksel tıbbı kullanmaktadır (Che et al. 2017).

Ayrıca Uganda, Tanzanya, Benin, Ruanda, Hindistan ve Etiyopya gibi ülkelerde temel sağlık hizmetleri içerisinde GETAT kullanım oranı %60 ile %90 arasında değişmektedir (Ong et al. 2005). Nüfusun geneline bakıldığında zaman GETAT, kronik hastalıkların fazla olduğu ülkelerde daha yüksek bir oranda kullanılmaktadır (Schäfer 2004).

Avrupa ülkelerinde, GETAT sağlayıcıları türü, hekim tarafından uygulama alanları ve sağlık sigortası şirketleri tarafından geri ödeme dereceleri farklıdır. Örneğin, Akupunktur, Birleşik Krallık ve Almanya haricinde çoğu Avrupa ülkesindeki doktorlarla yasal olarak sınırlandırılmıştır. Fransa, Belçika, Danimarka ve Avusturya'daki hekimlerin yüksek bir yüzdesi akupunktur uygulamaktadır. Başka bir açıdan maliyetler, Avrupa ülkelerinin çoğunda kamu sağlık sigorta şirketleri tarafından ya hiç karşılanmamakta ya da kısmen karşılanmaktadır (WHO 2002).

Çin, Japonya, Kuzey Kore, Finlandiya, İsveç gibi ülkelerde geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamaları kamu sağlık sigorta şirketleri tarafından karşılanırken, Polonya, Portekiz, Slovakya, Endonezya, İsviçre gibi ülkelerde karşılanmamaktadır (WHO 2001).

Danimarka'da kamu sigorta programları ve kayropratik uzmanları arasında yapılan anlaşma ile kamu sigortası yılda beş kayropratik konsültasyon ve bir adet X ışını muayenesinin maliyetinin üçte birini karşılamaktadır. Hastalara lisanslı allopatik hekimler

tarafından sevk yazıldığı zaman akupunktur ve osteopatik tedaviler de geri ödeme kapsamındadır (Maddalena 1999).

Hollanda nüfusunun yaklaşık %80'i tıbbi tedavileri konusunda tam bir seçim özgürlüğüne sahip olmayı ve özellikle sağlık sigortası programlarının, geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi tanınmasını istemektedir. Hollanda nüfusunun %60'ı bu seçime sahip olmak için daha yüksek sigorta primleri ödemeyi göze almaktadır (Maddalena 1999).

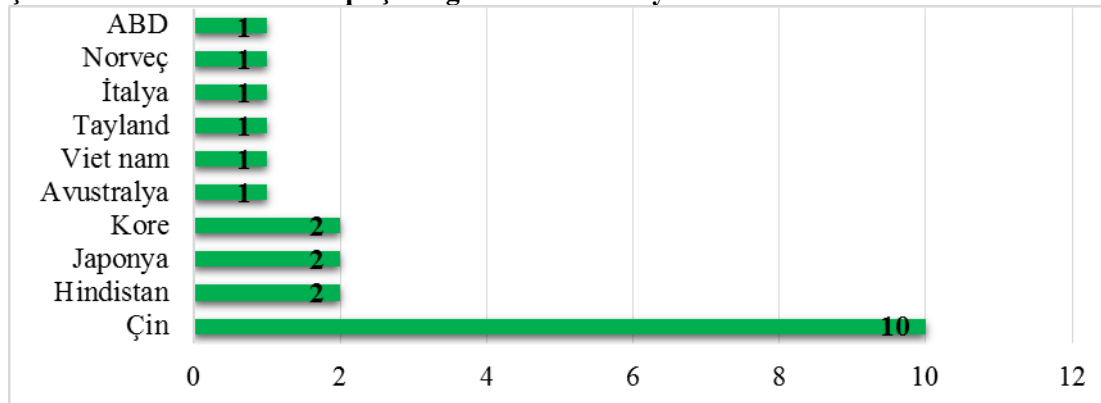
Norveç'te hasta bir allopatik hekim tarafından masöre sevk edilmişse, ulusal sigorta şemasını yöneten düzenlemeler ile kayropratik tedavisi için kısmi geri ödeme kapsamına alınmaktadır. Bu kapsam, yılda 10 ila 14 konsültasyon ile sınırlıdır (Helgøy 2005).

İngiltere'de tamamlayıcı terapiler için ücretler sosyal güvenlik sistemi tarafından karşılanmamaktadır. Ulusal Sağlık Hizmeti hastanelerinde mevcut olan tedaviler için ücretsiz olarak ve bazen de akupunktur, osteopati ve kayropratik tedaviler için istisnalar vardır. Bir allopatik pratisyen hekim fizyoterapistler, kayropraktörler ve diyetisyenler de dahil olmak üzere çok sayıda personel için geri ödeme talep edebilir; ancak yetkililer, bu maliyetlerin tamamını veya bir kısmını tazmin etme özgürlüğüne sahiptir (Ong et al. 2005).

Kamu sigorta kapsamında GETAT için karşılanan hizmetler ülkelerin birçoğunda benzer özellikler göstermektedir. Ülkeler daha çok akupunktur, osteopati, homeopati, kayropratik gibi tedavi yöntemlerini kamu sigortası kapsamına almaktadır. Kamu sigortası kapsamı dışında özel sağlık sigortalarında yine bu uygulamaları geri ödeme kapsamına alıp hizmet sunmaktadır (WHO 2001).

DSÖ işbirliği merkezleri, kurumun programlarını desteklemek üzere genel direktör tarafından belirlenen araştırma enstitüleri, üniversitelerin bölümleri veya akademiler gibi kurumlardır. DSÖ ile çalışan 80'in üzerinde üye devlette, hemşirelik, iş sağlığı, bulaşıcı hastalıklar, beslenme, ruh sağlığı, kronik hastalıklar ve sağlık teknolojileri gibi alanlarda 800'den fazla DSÖ işbirliği merkezi bulunmaktadır. Şekil 1'de GETAT alanıyla ilgili olarak DSÖ'nün ülkelerde işbirliği merkezlerinin sayıları verilmiştir (<http://www.who.int/collaboratingcentres/en/>).

Şekil 1. DSÖ Geleneksel Tıp İşbirliği Merkezleri Sayısı



Kaynak: <http://apps.who.int/whocc/ReportDetails.aspx?id=2>

Ulusal politikalar, geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın ulusal sağlık bakım programlarındaki rolünü tanımlamanın temeli olup, geleneksel ve tamamlayıcı tedavilerin doğruluğunu ve güvenilirliğini güvence altına alan iyi uygulamaların desteklenmesi ve sürdürülmesi için gerekli düzenleyici ve yasal mekanizmaların oluşturulmasını sağlamaktadır. Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın ulusal olarak tanınması ve düzenlenmesi önemli ölçüde farklılık

göstermektedir. DSÖ, en uygun politikaları geliştirmek için ülkelerle birlikte çalışmaktadır. Bazı ülkelerin geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi düzenleme konusunda neler yaptıklarını ortaya koyarak yasal çerçevelerin geliştirilmesini ve ülkeler arası deneyimlerin paylaşılmasını kolaylaştırmak için stratejiler geliştirmektedir. Yapılan bu çalışmalar sadece politika yapıcılar için değil, aynı zamanda devlet üniversitelerine, kamu sigorta şirketleri ve ilaç endüstrileri için de faydalı olmaktadır (WHO 2013).

DSÖ'nün yayınlanmış olduğu raporlar dâhilinde oluşturan Tablo 1'de, ülkelerin GETAT'a yönelik ulusal anlamda politikaların, yönetmeliklerin, ulusal araştırma kurumlarının, GETAT uygulaması yapan hastanelerin olup olmadığı, GETAT uygulamalarının yasal olarak doktorlarla sınırlandırılması, akupunktur uygulayan doktor yüzdesi ve geleneksel ilaçların payı gibi bilgilere yer verilmektedir. GETAT için ulusal araştırma kurumu olarak günümüze kadar; Çin'e 170 kurum, Türkiye'de 46 kurum, Hindistan'da 7 enstitü, Japonya'da 3 enstitü, Norveç'te 1 enstitü, İtalya'da 1 enstitü, Kanada'da 1 enstitü, Danimarka'da 2 dernek ve Belçika'da ise 35 dernek kurulmuştur. Ülkelere göre GETAT uygulaması yapan kamu ve özel hastane sayıları; Çin'de 2.500 hastane, Hindistan'da 2.860 hastane, Kore'de 128 hastane, 206 kamu sağlığı merkezi şeklindedir.

Tablo 1. Çeşitli Ülkelerde GETAT Uygulamaları

Ülkeler	GETAT ile İlgili Ulusal Politika	GETAT ile İlgili Yönetmelik	GETAT için Ulusal Araştırma Kurumu	GETAT Uygulaması Yapan Hastane	Yasal Olarak Doktorlarla Sınırlı Uygulama	Akupunktur Uygulayan Doktorların Yüzdesi	Geleneksel İlaçların Toplam Tüketim İçerisindeki Payı
Çin	+	+	+	+	+	%50	%30-%50
Kuzey Kore	+	+	+	+	+	%38	%3
Hindistan	+	+	+	+	+	Veri Yok	Veri Yok
Japonya	+	+	+	+	+	%72	%83
Avustralya	+	+	+	+	+	> %4	Veri Yok
Almanya	+	+	+	+	+	%2 - %4	%20-%30
Norveç	+	+	+	+	+	< %2	Veri Yok
Kanada	+	+	+	+	+	%2	%24
ABD	+	+	+	+	+	%50	Veri Yok
Türkiye	+	+	+	+	+	Veri Yok	Veri Yok
Küba	+	+	+	Veri Yok	+	Veri Yok	Veri Yok
İtalya	+	+	+	+	+	%2 - %4	Veri Yok

Kaynak: WHO *Traditional Medicine Strategy* (2002–2005; 2014–2023); Ong et al. (2005)

Çalışma kapsamında incelenen 12 ülkenin tamamında GETAT ile ilgili ulusal politika ve yönetmelikler olduğu saptanmıştır. Bu ülkelerde hastanelerde GETAT uygulamaları yapılabilmekte ve GETAT uygulamalarının doktorlarla sınırlı olması gerekmektedir. Ayrıca

ülkelerin GETAT için ulusal araştırma kurumlarının olması, bu alanda yapılan çalışmaların bilimsel çıktılara dönüşmesi ve gelişmesi noktasında çalışmalar yapıldığının da göstergesidir.

Tablodaki ülkelerin birçoğunda GETAT uygulamaları olarak en yaygın kullanılan yöntemler, bitkisel tedaviler, Çin tıbbı, ayuverda, homeopati, natüropati, osteopati gibi tedavi yöntemleridir (WHO 2001).

DSÖ'ne göre üye ülkelerin 119'u GETAT politikasına sahiptir. Ülkelerin %80'i akupunktur kullanımını bilmektedir. Akupunktur 103 ülkede kullanıcı bilgisi, 29 ülkede uygulayıcı düzenlemeleri, 18 ülkede ise sağlık sigortası kapsamı ile yapılmaktadır. Üye ülkelerin 56'sı geleneksel ve tamamlayıcı tıp ile ilgili yönetmeliğe sahipken, 56 ülkede bu konu ile ilgili yönetmelik bulunmamaktadır (WHO 2013). İsviçre'de Caisse Vaudoise gibi özel sigorta şirketleri genellikle akupunktur, akupresür, alexander tekniği, antropoloji (bir hekim tarafından sağlandığında), odyosikofonoloji, auriküloterapi, lenfatik drenaj, etiyopati, küratif öfke, homeopati gibi tamamlayıcı sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (WHO 2001).

2.3. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıba Yönelik Çalışmalar

GETAT'a yönelik politikalar, kullanım birçok araştırmacı tarafından incelenmiştir. Çalışmanın bu bölümünde Türkiye'deki ve çeşitli ülkelerdeki GETAT kullanımı, kullanımı etkileyen faktörler, en çok kullanılan yöntemleri araştıran çalışmalara yer verilmektedir.

Paltiel et al. (2001) yaptıkları çalışmada en sık kullanılan GETAT türlerinin İsrail'de, homeopati, gevşeme tedavisi ve refleksoloji olduğunu; ABD'de ise manevi tedaviler (%35), vitaminler ve şifalı bitkiler (%41), zihin/beden yaklaşımları (%10) olduğunu saptamıştır. Frass et al. (2012) 1990 ve 2006 yılları arasında tüm ülkelerde GETAT kullanımında artış gözlendiğini ve en sık kullanılan GETAT yöntemlerinin ise bitkisel tedavi, kayropratik, masaj ve homeopati olduğunu ifade etmektedir.

Şimşek ve diğerleri (2017) tarafından yapılan çalışma ile Türkiye'de GETAT kullanım oranı %60,5 olarak bulunmuştur. Bu oran her iki hastadan birinin geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı kullandığını göstermektedir. Ayrıca bu çalışmanın önemli bulgulardan biri de 35 yaş üstü kadınların geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı daha çok kullandığıdır. Bir diğer bulgu ise eğitim ve gelir düzeyinin GETAT kullanımı üzerinde herhangi bir etkisi olmadığıdır. Çetin (2007) tarafından, Eskişehir'de yaşayan bireylerin GETAT kullanım düzeyleri, çeşitleri ve kullanımı etkileyen faktörleri araştırılmıştır. Ankete katılanların %60'ünün çeşitli GETAT yöntemini kullandığı tespit edilmiştir. Araştırmaya göre GETAT kullanımı ile sosyo demografik özellikler arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır. Uğurluer ve arkadaşları (2007), kemoterapi tedavisi alan hastaların GETAT uygulamalarına başvurma sıklığını ve nedenlerini araştırmışlardır. Çalışmada kemoterapi alan hastaların %81,2'sinin GETAT uygulamalarına tedavileri devam ederken başladığı, %56,3'ünün hastalığı yenmek, %26,6'sının fiziksel olarak daha iyi hissetmek, %17,2'sinin ise ruhsal olarak daha iyi hissetmek için GETAT uygulamalarını kullandıkları belirtilmektedir. Kemoterapi sürecinde olan hastaların %90,6'sı bitkisel karışımlar ve bitki çayları kullandıklarını ifade etmektedir. Bu çalışmada da hastaların sosyo-demografik özellikleri ile GETAT kullanımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Özcebe ve Sevensan (2009) tarafından yapılan çalışmada ise, çocuklarda GETAT kullanımını inceleyen araştırmaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma kriterlerine uygun olan 16 çalışmanın %37,5'inin çocuklarda GETAT yöntemlerinin kullanım sıklığının incelendiği ve bu sıklığın %18,4-95,0 arasında değiştiği ifade edilmektedir. GETAT yöntemlerinin etkisini değerlendirecek araştırmalara ihtiyaç olduğu belirtilmektedir. Çöl

Araz ve arkadaşları (2012) tarafından öğrenciler ile yapılan araştırmada, öğrencilerin %71,5'inin GETAT uygulamalarının doğru tıbbi tedaviyi almayı geciktirdiğini, %68,7'sinin GETAT uygulamalarına tıbbi tedavinin yetersiz olduğu durumlarda başvurulması gerektiğini, %66'si bu yöntemlerin tedavisi mümkün olmayan hastalıklar için uygulanmaması gerektiğini ve %71,1 de bu konuda daha çok bilimsel kanıt elde edilmesi gerektiğini ifade etmektedir.

Lafçı ve Kaşıkçı (2014) araştırma kapsamına aldıkları sağlık personelinin %25'inin GETAT yöntemlerinden en az bir tanesini kullandıklarını; bitkisel tedavi ve masajın ilk sıralarda yer aldığını; sağlık personelinin hakkında en fazla bilgisi olduğu yöntemlerin ise akupunktur, bitkisel tedavi, diyet desteği ve masaj olduğunu ifade etmektedir. Tekçi (2017), araştırma görevlisi hekimlerin GETAT uygulamaları ile ilgili bilgi ve tutumlarını incelediği çalışmada; hekimlerin %66'sinin sülük uygulamasını, %63'ünün akupunkturunu, %62,5'inin hipnozu, %49,5'inin ozon tedavisini, %47'sinin müzikterapiyi bildiği saptamıştır. En az bilinen yöntemler ise kayropraktik(%4), apiterapi (%4,5), proloterapi (%5,5), osteopati (%7), homeopati (%7) olarak bulunmuştur. Kayropraktik, apiterapi, proloterapi, osteopati, homeopati yöntemlerin hekimler arasında çok düşük düzeyde biliniyor olmasının sebebi bu yöntemlerin ne okulda ne de medyada yeterince işlenmemesinden kaynaklandığı savunulmuştur.

Metcalf et al. (2010) yapmış oldukları çalışmada, Kanadalıların %12,4'ünün GETAT uygulamalarından yararlandığını ifade etmektedir. Özellikle astımı ve migreni olan bireylerde GETAT'ın daha yaygın kullanıldığını, diyabet hastalarında ise daha düşük seviyelerde bir kullanım olduğu ifade edilmektedir. Thandar, et al. (2017), Trinidad ve Tobago'da yapılan bir çalışmada, GETAT kullanım yaygınlığının hemşireler, doktorlar ve eczacılar için sırasıyla %92,4, %64,9 ve %83,3 olduğunu ifade etmektedir. Pengpid ve Peltzer, (2018) tarafından yapılan çalışmada, 2014-2015 yıllarında Endonezya'da halkın %32,9'unun GETAT kullandığı sonucuna ulaşılmıştır. GETAT ile eğitim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş, eğitim düzeyi arttıkça GETAT kullanım oranının arttığı saptanmıştır. Kaur et al. (2019) tarafından Malezya'da yapılan ulusal bir çalışmada, nüfusun %29,3'ünün yaşam boyu geleneksel ve tamamlayıcı tıp hizmetini kullandığını ve %21,5'inin bu hizmetleri son on iki ayda kullandığını belirlemiştir. Malezya da kadınların (%23,9), erkeklere kıyasla (%19,3) daha çok GETAT uygulamalarından yararlandığı tespit edilmiştir.

III. SONUÇ VE ÖNERİLER

GETAT yöntemlerinin kullanımı birçok ülkede her geçen gün artmaktadır. İnsanların GETAT hizmetlerinden yararlanmalarının nedenleri arasında kültürleriyle uyumlu olması, maliyetinin daha az olması, daha basit bir şekilde ulaşılması, girişimsel işlemlerin olmaması ya da daha az olması ve kronik, psikiyatrik ve terminal dönem hastalıklara umut olarak görülmesi sayılabilmektedir.

GETAT uygulamalarının kamu sigortası tarafından karşılanmaya başlanmasının hastaların GETAT hizmetlerini kullanımını daha da arttıracakları öngörülmektedir. Bu nedenle hükümetlerin bu uygulamalarla ilgili yönetmelik ve mevzuat sayılarının artırılması gerekmektedir. Böylelikle daha güvenilir ve bilimsel temellere dayanan GETAT uygulamalarının yapılacağı düşünülmektedir. Bu alanda hizmet verecek hekimlere verilen eğitimlerin içeriğinin, niteliğinin, verilen sertifikaların geçerliliğinin küresel anlamda bir bütünlük oluşturacak şekilde düzenlenmesi gerektiği ve hekim kontrolü dışı GETAT uygulamalarının önlenmesi gerektiği düşünülmektedir.

DSÖ tarafından GETAT konusunda geliştirilen stratejiler ve raporlar sonrasında birçok ülke GETAT ile ilgili düzenlemeler yapmış, bu tür sağlık hizmetlerinin eğitilmiş kişiler tarafından verilmesinin önü açılmış ve alandaki en önemli sorunlardan olan denetimler artmış ve hizmetler sağlık kurumu bünyesi altında verilmeye başlanmıştır. Böylelikle GETAT uygulamaları da ülke sağlık politikalarının bir parçası olarak yer almaya başlamıştır.

Hastaların ilacın etkinliğine veya gücüne olan inancı iyileşmeye katkıda bulunan önemli bir faktör olduğu binmektedir. Geleneksel ilaçların toplam tüketim içerisindeki payı ile bilgiler birçok ülkede, hastaların doktorlara GETAT kullanımlarını söylememeleri, GETAT'a bağlı ilaç kullanımlarını anlatmamaları gibi nedenlerden dolayı eksik kalmaktadır. Cepten yapılan bu harcamaların toplam tüketimlerin içerisindeki payı oldukça fazla görülmektedir (Wardle et al. 2017). Bu nedenle GETAT kullanımı ve GETAT'a yönelik yapılan harcamalarında araştırılması gerektiği düşünülmektedir.

Leach, et. al., (2018) GETAT alanında kanıta dayalı tıp uygulamalarının olması gerektiği vurgulanmaktadır. GETAT hizmetlerinin güvenilir kişiler tarafından doğru olarak uygulanmasının ülkelerin sağlık turizmine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Türkiye açısından değerlendirecek olursak, bitkiler açısından zengin bir auryaya sahip olması, doğal yeraltı kaynakları açısından zengin olması, termal sağlık turizmi potansiyeli yüksek olması, Sağlık Bakanlığı tarafından GETAT alanında eğitim almış çok sayıda hekim olması ve sunulan hizmetlerin diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında uygun fiyatta sunulması önemli avantajlarıdır. Mevcut sağlık turizmi potansiyelinin yanında GETAT hizmetlerine yönelik sağlık turizmi potansiyelinin de değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Türkiye'nin geleneksel tıba yönelik sağlık turizmi potansiyelini geliştirmeye yönelik stratejiler geliştirmesi gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ayhan H. ve Mollahaliloğlu S. (2018) Tıbbi Sülük Tedavisi: Hirudoterapi **Ankara Medical Journal** 18(1):141-148.
2. Arslan M., Sözen Şahne B. ve Şar S. (2016) Dünya'daki Geleneksel Tedavi Sistemlerinden Örnekler: Genel Bir Bakış. **Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi** 6(3):100-105.
3. Benli Z. (2017) Hacamat Tedavisi **Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi** 1(6):46-53.
4. Che, C. T., George, V., Ijini, T. P., Pushpangadan P., Andrae-Marobela K. (2017). 'Traditional Medicine'. In Badal McCreath S., Delgoda R. (ed) **Pharmacognosy, Fundamentals, Applications and Strategies**, pp 15–30, Academic Press, Boston.
5. Çetin O.B. (2007) Eskişehir'de Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı **Sosyoekonomi** 6(6):89-105.
6. Çöl A.N. Taşdemir H.S. ve Parlar-Kılıç S. (2012) Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Tıp Dışı Alternatif ve Geleneksel Uygulamalar Konusundaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi** 1(4):239-251.
7. Frass M., Strassl R. P. Friehs H., Müllner M., Kundi M. and Kaye A. D. (2012) Use and Acceptance of Complementary and Alternative Medicine among the General Population and Medical Personnel: a Systematic Review. **The Ochsner Journal** 12(1):45-56.

8. Han S. Y., Kim H. Y., Lim J. H., Cheon J., Kwon Y. K., Kim H. and Chae H. (2016) The Past, Present, and Future of Traditional Medicine Education In Korea. **Integrative Medicine Research** 5(2): 73-82.
9. Helgøy I. (2005) **Active Ageing and the Norwegian Health Care System. Working Paper 13.** http://uni.no/media/manual_upload/121_N13-05_Helgoi_vhOvD8b.pdf (Erişim Tarihi: 10.12.2018)
10. Herring M. A. and Roberts M. M. (2002) **Complementary and Alternative Medicine: Fast Facts For Medical Practice.** Inc. A Blackwell Publishing Company, United States of America.
11. Karahancı O. N., Öztoprak Ü. Y., Ersoy M., Zeybek Ü. Ç., Hayırlıdağ M. ve Örnek B. N. (2015) Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile Yönetmelik Taslağı'nın Karşılaştırılması. **Türkiye Biyoetik Dergisi** 2(2): 117-126.
12. Kaur J., Hamajima N., Yamamoto E., Saw Y. M., Kariya T., Soon G. C. and Sharon S. H. (2019) Patient Satisfaction on the Utilization of Traditional and Complementary Medicine Services at Public Hospitals in Malaysia. **Complementary Therapies in Medicine** 42:422-428.
13. Kutlubay Z., Engin B., Serdaroğlu S. ve Tüzün Y. (2010) Dermatoloji'de Ozon Tedavisi, **Dermatoz Dergisi** 4(1):208-216.
14. Lafçı D. ve Kaşıkçı M. K. (2014) Yataklı Sağlık Kuruluşunda Görev Yapan Sağlık Personelinin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları. **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi** 3(4): 1114-1131.
15. Leach M. J., Canaway R. and Hunter J. (2018) Evidence Based Practice in Traditional & Complementary Medicine: An Agenda for Policy, Practice, Education and Research. **Complementary Therapies in Clinical Practice** 31: 38-46.
16. Maddalena S. (1999) **Alternative Medicine: on the Way Towards Integration a Comparative Legal Analysis in Western Countries.** Peter Lang, Berlin.
17. Metcalfe A., Williams J., McChesney J., Patten S. B. and Jetté N. (2010) Use of Complementary and Alternative Medicine by Those with a Chronic Disease and the General Population-Results of a National Population Based Survey. **BMC Complementary and Alternative Medicine**10(58): 1-6.
18. Mollahaliloğlu S., Uğurlu F. G., Kalaycı M. Z. ve Öztaş D. (2015) Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında Yeni Dönem, **Ankara Medical Journal** 15(2): 102-105.
19. Ong C. K., Bodeker G., Grundy C., Burford G. and Shein K. (2005) **WHO Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine.** World Health Organization Centre for Health Development, Kobe, Japan.
20. Özcebe H. ve Sevençan F. (2009) Çocuklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Konu Alan Araştırmaların Değerlendirilmesi. **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi** 52(4): 183-194.

21. Paltiel O., Avitzour M., Peretz T., Cherny N., Kaduri L., Pfeffer R. M. and Soskolne V. (2001) Determinants of the Use of Complementary Therapies by Patients with Cancer. **Journal of Clinical Oncology** 19(9): 2439-2448.
22. Park H. L., Lee H. S., Shin B. C., Liu J. P., Shang Q., Yamashita H. and Lim B. (2012) Traditional Medicine in China, Korea, and Japan: a Brief Introduction and Comparison. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine** 1-9.
23. Park Y. L., Huang C. W., Sasaki Y., Ko Y., Park S. and Ko S.G. (2016) Comparative Study on The Education System of Traditional Medicine in China, Japan, Korea, and Taiwan. **Explore** 12(5):375-383.
24. Pengpid S. and Peltzer K. (2018) Utilization of Traditional and Complementary Medicine in Indonesia: Results of a National Survey in 2014-15. **Complementary Therapies in Clinical Practice** 33: 156-163.
25. Ravishankar B. and Shukla V. J. (2007) Indian Systems of Medicine: a Brief Profile. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines* 4(3):319-337.
26. Resmi Gazete (2011) **Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname**. Tarih: 02.11.2011; Sayı: 28103
27. Resmi Gazete (2014a) **Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği**. Tarih: 27.10.2014; Sayı: 29158
28. Resmi Gazete (2014b) **Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun**. Tarih: 26.11.2014; Sayı: 29187
29. Resmi Gazete (2018) **Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi**, Resmî Gazete Tarih: 10/7/2018 Sayı: 30474
30. Schäfer T. (2004) Epidemiology of Complementary Alternative Medicine for Asthma and Allergy in Europe and Germany. *Annals of Allergy. Asthma & Immunology* 93(2): 5-10.
31. Şimşek B., Yazgan-Aksoy D., Calik-Basaran N., Taş D., Albasan D. ve Kalaycı M. Z. (2017) Mapping Traditional and Complementary Medicine in Turkey. **European Journal of Integrative Medicine** 15: 68-72.
32. Tekçi A. (2017) **Araştırma Görevlisi Hekimlerin Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları İle İlgili Bilgi ve Tutumları**. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Diyarbakır.
33. Thandar Y., Botha J., Sartorius B. and Mosam A. (2017) Knowledge, Attitude and Practices of South African Healthcare Professionals Towards Complementary and Alternative Medicine Use for Atopic Eczema—a Descriptive Survey. **South African Family Practice** 59(1):22-28.
34. Uğurluer G., Karahan A., Edirne T. ve Şahin H. A. (2007) Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde Tedavi Alan Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamalarına Başvurma Sıklığı ve Nedenleri. **Van Tıp Dergisi** 14(3): 68-73.

35. Wardle J., Frawley J., Adams J., Sibbritt D., Steel A. and Lauche R. (2017) Associations Between Complementary Medicine Utilization and Influenza/Pneumococcal Vaccination: Results of a National Cross-Sectional Survey of 9151 Australian Women. **Preventive Medicine** 105: 184-189.
36. WHO (2001) **Legal status of traditional medicine and complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review**. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2943e/h2943e.pdf> (Erişim Tarihi: 10.12.2018)
37. WHO (2002) **Traditional Medicine Strategy 2002-2005, World Health Organization Geneva**. http://www.wpro.who.int/health_technology/book_who_traditional_medicine_strategy_2002_2005.pdf (Erişim Tarihi: 01.02.2018)
38. WHO (2013) **Traditional Medicine Strategy 2014–2023. World Health Organization, Switzerland**. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/92455/9789241506090_eng.pdf;jsessionid=F784DA73F63B81B9582131EC2768DFCD?sequence=1 (Erişim Tarihi: 01.02.2018)
39. <http://apps.who.int/whocc/ReportDetails.aspx?id=2> (Erişim Tarihi: 03.07.2018)
40. <http://getatportal.saglik.gov.tr/TR,21264/uygulama-merkezleri.html> (Erişim Tarihi: 13.07.2018).
41. <http://www.tuseb.gov.tr/getat/getat-enstitusu-hakkinda> (Erişim Tarihi:12.07.2018).