



HACETTEPE SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume 23

Sayı/Number 4

Yıl/Year 2020

Türkiye'deki Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Verimlilik Değişimi: 2014-2017 Döneminin İncelenmesi

Gülmur İLGÜN, Birol YETİM, Şenol DEMİRCİ, Murat KONCA

Türkiye'de Karşılanamayan Ağız ve Diş Sağlığı Bakım İhtiyaçlarını Etkileyen Sosyo-Ekonomik Faktörlerin Analizi

Dilek BAŞAR DİKMEN, Fatih Hakan DİKMEN

Bir Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeyi

Salim YILMAZ, Ahmet Murat GÜNAL

Uluslararası Alanyazında Sağlık Turizmi Alt Bileşenleri Üzerine Bibliyometrik Bir Analiz

Sermed DOĞAN, Tuğba Gül BAYNAL DOĞAN

Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı Olgusuna İlişkin Bir Durum Çalışması: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir İnceleme

Sevda AYDIN BÜYÜK, Emine ŞENER, Pınar GÜNGÖR KETENCİ, Funda ÖZTÜRKAN ERDEK, Zeliha ARAS BALCI, Özlem ÖZTEKİN, Sunay GÜNER, İlknur ALP

Investigation of Medical Tourism in Turkey through SWOT-ANP

Ekrem SEVİM, Emrah ÖNDER

Sağlık Sektöründe Yalın Üretim Uygulaması: Tokat İlinde Bir Devlet Hastanesi Örneği

Ayşegül DAĞCI, Emre ASLAN

Defansif Tıp Uygulamalarının Belirlenmesi: Karma Yöntem Araştırması

Kubilay ÖZER, Şebnem ASLAN

Comparison of the “Laissez-Faire” and “State Intervention” Approach in Germany and Italy in Combating Covid-19

Rıdvan KARACAN, Mehmet Emin YARDIMCI

Melez Yöneticiliğin Sağlık Yöneticileri Perspektifinden Nitel Yöntemle Araştırılması

Tuğba Gül BAYNAL DOĞAN, Özgür DEMİRTAŞ, Sermed DOĞAN

Robotik ve Açık Radikal Prostatektomi Yöntemlerinin Maliyet Etkililik Analizi

Deniz Tuğay ARSLAN, Afsun Ezel ESATOĞLU, Evren SÜER

Hastane Yöneticilerinin Kişilik Özelliklerinin Hizmetkar Liderlik Özelliklerine İlişkin Algıları Üzerindeki Etkisi

Gülşen BUDAK TOPAKTAŞ, Oğuz IŞIK

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın Klinik Uygulama Rehberleri Alanındaki Faaliyetleri

Rabia KAHVECİ, Esra Meltem KOÇ, Hilal AKSOY, Duygu AYHAN BAŞER



HACETTEPE
SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume: 23

Sayı/Number: 4

2020

e-ISSN 2148-9041

Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi
Hacettepe Journal of Health Administration

Cilt: 23 Sayı: 4 Yıl: 2020

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 ERİGÜÇ

Yayın Kurulu Bşk. Yardımcısı/ Associate Editor

Pınar YALÇIN BALÇIK

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü/ Editorial Manager

Gamze BAYIN DONAR

Türkçe Dil Editörü / Turkish Language Editor

Seda AYDAN

İngilizce Dil Editörü / English Language Editor

Songül ÇINAROĞLU

Yayın Kurulu/Editorial Board

Afsun Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Çağdaş Erkan AKYÜREK	Ankara Üniversitesi
Ersen ALOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Fikriye YILMAZ	Başkent Üniversitesi
Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN	Hacettepe Üniversitesi
Gülsün ERİGÜÇ	Hacettepe Üniversitesi
Mehmet TOP	Hacettepe Üniversitesi
Menderes TARCAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Oğuz IŞIK	Hacettepe Üniversitesi
Özgür UĞURLUOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Özlem ÖZER	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Pınar YALÇIN BALÇIK	Hacettepe Üniversitesi
Seda AYDAN	Hacettepe Üniversitesi
Serap DURUKAN KÖSE	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Sıdıka KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Songül ÇINAROĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Yasemin AKBULUT	Ankara Üniversitesi
Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi

Dergi Tasarım

Birol YETİM
Gülnur İLGÜN
Murat KONCA
Nazan KARTAL

Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi
Hacettepe Journal of Health Administration

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.

Yayın Türü:	Ulusal (Yerel) Akademik Dergi, Yılda 4 Sayı (Mart, Haziran, Eylül, Aralık)
Yayının Yönetim Yeri:	Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü 06800 Çankaya/Ankara, Tel No: 2976356-57-58
Yayın Tarihi	08.12.2020

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 Eğitim İndeksi, Akademik Dizin, Sosyal Bilimler Atıf Dizini (SOBIAD) and Türkiye Atıf Dizini** databases.

Danışma Kurulu / Advisory Board

İsmail AĞIRBAŞ	Ankara Üniversitesi
Yasemin AKBULUT	Ankara Üniversitesi
Şebnem ASLAN	Selçuk Üniversitesi
Metin ATEŞ	Marmara Üniversitesi
Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi
Fevziye ÇETİNKAYA	Erciyes Üniversitesi
Elif DİKMETAŞ YARDAN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Ramazan ERDEM	Süleyman Demirel Üniversitesi
Gülsün ERİGÜÇ	Hacettepe Üniversitesi
Korkut ERSOY	Başkent Üniversitesi
Afsun Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi
Şahin KAVUNCUBAŞI	Başkent Üniversitesi
Sıdıka KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Mustafa KILIÇ	Hacettepe Üniversitesi
Simten MALHAN	Başkent Üniversitesi
Hacer ÖZGEN NARCI	İstinye Üniversitesi
Nermin ÖZGÜLBAŞ	Başkent Üniversitesi
Nurhan PAPATYA	Süleyman Demirel Üniversitesi
Haydar SUR	Üsküdar Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Menderes TARCAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Dilaver TENGİLİMOĞLU	Atılım Üniversitesi
Mehmet TOP	Hacettepe Üniversitesi
Özgür UĞURLUOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Demet ÜNALAN	Erciyes Üniversitesi
Türkan YILDIRIM	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU	Beykent Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

Araştırma

Türkiye'deki Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Verimlilik Değişimi: 2014-2017 Döneminin İncelenmesi Efficiency Changes in Training and Research Hospitals in Turkey: Investigation of 2014-2017 Period..... <i>Gülnur İLGÜN, Birol YETİM, Şenol DEMİRCİ, Murat KONCA</i>	523-536
Türkiye'de Karşılanamayan Ağız ve Diş Sağlığı Bakım İhtiyaçlarını Etkileyen Sosyo-Ekonomik Faktörlerin Analizi A Socio-Economic Analysis of the Factors Affecting Unmet Oral and Dental Health Care Services in Turkey..... <i>Dilek BAŞAR DİKMEN, Fatih Hakan DİKMEN</i>	537-546
Bir Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeyi The Health Literacy Level of a Foundation University Faculty of Health Sciences Students..... <i>Salim YILMAZ, Ahmet Murat GÜNAL</i>	547-560
Uluslararası Alanyazında Sağlık Turizmi Alt Bileşenleri Üzerine Bibliyometrik Bir Analiz A Bibliometric Analysis on the Sub-Components of Health Tourism in International Literature..... <i>Sermed DOĞAN, Tuğba Gül BAYNAL DOĞAN</i>	561-586
Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı Olgusuna İlişkin Bir Durum Çalışması: Kamu Hastaneleri Üzerine Bir İnceleme A Case Study on Organizational Health Literacy: A Study on Public Hospitals..... <i>Sevda AYDIN BÜYÜK, Emine ŞENER, Pınar GÜNGÖR KETENCİ, Funda ÖZTÜRKAN ERDEK, Zeliha ARAS BALCI, Özlem ÖZTEKİN, Sunay GÜNER, İlknur ALP</i>	587-604
Investigation of Medical Tourism in Turkey through SWOT-ANP Türkiye'de Medikal Turizmin SWOT-ANP ile İncelenmesi..... <i>Ekrem SEVİM, Emrah ÖNDER</i>	605-622
Sağlık Sektöründe Yalın Üretim Uygulaması: Tokat İlinde Bir Devlet Hastanesi Örneği Lean Production Application in Healthcare Sector: A Case of State Hospital in Tokat.. <i>Ayşegül DAĞCI, Emre ASLAN</i>	623-638
Defansif Tıp Uygulamalarının Belirlenmesi: Karma Yöntem Araştırması Determination of Defensive Medicine Applications: Mixed Method Research..... <i>Kubilay ÖZER, Şebnem ASLAN</i>	639-664
Melez Yöneticiliğin Sağlık Yöneticileri Perspektifinden Nitel Yöntemle Araştırılması Investigation of Hybrid Management from Perspective of Health Managers by Qualitative Method..... <i>Tuğba Gül BAYNAL DOĞAN, Özgür DEMİRTAŞ, Sermed DOĞAN</i>	681-698
Robotik ve Açık Radikal Prostatektomi Yöntemlerinin Maliyet Etkililik Analizi Cost-Effectiveness Analysis of Robotic and Open Radical Prostatectomy Methods..... <i>Deniz Tugay ARSLAN, Afsun Ezel ESATOĞLU, Evren SÜER</i>	699-724
Hastane Yöneticilerinin Kişilik Özelliklerinin Hizmetkar Liderlik Özelliklerine İlişkin Algıları Üzerindeki Etkisi The Impact of Hospital Managers' Personal Features on Perceptions of Servant Leadership Features..... <i>Gülşen BUDAK TOPAKTAŞ, Oğuz IŞIK</i>	725-736
Comparison of the “Laissez-Faire” and “State Intervention” Approach in Germany and Italy in Combating Covid-19 Covid-19 ile Mücadelede “Laissez-Faire” Yaklaşımı ile “Devlet Müdahalesi” Anlayışının Almanya ve İtalya Özelinde Karşılaştırılması..... <i>Rıdvan KARACAN, Mehmet Emin YARDIMCI</i>	665-680
Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın Klinik Uygulama Rehberleri Alanındaki Faaliyetleri The Activities of Republic of Turkey Ministry of Health in the Field of Clinical Practice Guidelines..... <i>Rabia KAHVECİ, Esra Meltem KOÇ, Hilal AKSOY, Duygu AYHAN BAŞER</i>	737-755

ARAŞTIRMA MAKALESİ

TÜRKİYE'DEKİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANELERİNDE VERİMLİLİK DEĞİŞİMİ: 2014-2017 DÖNEMİNİN İNCELENMESİ

Gülnur İLGÜN *
Birol YETİM **
Şenol DEMİRCİ ***
Murat KONCA ****

ÖZ

Hastanelerde gerçekleşen harcamalar, birçok ülkede, toplam sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu harcamaların çoğu eğitim ve araştırma hastanelerinde gerçekleşmektedir. Bu nedenle, özellikle, eğitim ve araştırma hastanelerinin verimliliğinin incelenmesi önem arz etmektedir. Buradan hareketle, bu çalışmada, Türkiye'de faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastanelerinin verimliliğindeki değişimin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda, Türkiye'de 2014-2017 yılları arasında faaliyet gösteren 47 eğitim ve araştırma hastanesinin verimliliğindeki değişim Malmquist Toplam Faktör Verimliliği (MTFV) ile analiz edilmiştir. Çalışmanın bulguları incelendiğinde, çalışma kapsamındaki eğitim ve araştırma hastanelerinin ortalama MTFV skorlarının; 2014-2015 döneminde 0,84, 2015-2016 döneminde 0,81 ve 2016-2017 döneminde 0,73 olduğu görülmektedir. Bu çalışmada, Türkiye'de faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastanelerinin incelenen yıllar itibarıyla verimlilik düzeylerinde bir düşüş yaşandığı bulunmuştur. Bu nedenle, söz konusu hastanelerde verimliliği artırmaya yönelik eylem ve politikaların geliştirilmesi ve kaynak tahsisinin toplumsal ihtiyaçlar dikkate alınarak yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Malmquist toplam faktör verimliliği, veri zarflama analizi, eğitim ve araştırma hastaneleri, verimlilik ölçümü, sağlık reformu

MAKALE HAKKINDA

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

 <https://orcid.org/0000-0003-0128-4001>

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

 <https://orcid.org/0000-0002-1294-1874>

*** Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, senoldemrci@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-8552-8151>

**** Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, konca71@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6830-8090>

Gönderim Tarihi: 16.01.2020

Kabul Tarihi: 05.10.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

İlgün G., Yetim B., Demirci Ş. & Konca M. (2020). Türkiye'deki eğitim ve araştırma hastanelerinde verimlilik değişimi: 2014-2017 döneminin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 523-536.

EFFICIENCY CHANGES IN TRAINING AND RESEARCH HOSPITALS IN TURKEY: INVESTIGATION OF 2014-2017 PERIOD

Gülnur İLGÜN *
Birol YETİM **
Şenol DEMİRCİ ***
Murat KONCA ****

ABSTRACT

Expenditures in hospitals constitute an important part of total health expenditure in many countries. A significant part of these expenditures is realized in training and research hospitals. Therefore, it was important to examine the efficiency of training and research hospitals. Thus, in this study, we aimed to investigate the changes in the efficiency of training and research hospitals in Turkey. In this context, changes in the efficiency of 47 training and research hospitals operating between the years 2014-2017 in Turkey were analyzed by Malmquist Total Factor Productivity (MTFP). According to the results of this study, the average MTFP scores of the training and research hospitals were as follows; 0.84 in the period of 2014-2015, 0.81 in the period of 2015-2016 and 0.73 in the period of 2016-2017. In this study, it was found that the efficiency levels of training and research hospitals in Turkey decreased over the years. Therefore, policies aiming at increasing efficiency in these hospitals should be developed and resource allocation should be determined by taking social needs into consideration.

Keywords: Malmquist total factor productivity, data envelopment analysis, training and research hospitals, efficiency measurement, health care reform

ARTICLE INFO

* Hacettepe University, gulnurharmanci@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-0128-4001>

** Hacettepe University, birolyetim@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1294-1874>

*** Hacettepe University, senoldemrci@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-8552-8151>

**** Hacettepe University, konca71@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6830-8090>

Received: 16.01.2020

Accepted: 05.10.2020

Cite This Paper:

İlgün G., Yetim B., Demirci Ş. & Konca M. (2020). Türkiye'deki eğitim ve araştırma hastanelerinde verimlilik değişimi: 2014-2017 döneminin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 523-536

I. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin sunumunda hastaneler önemli bir yere sahiptir. Hastanelerde; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri sunulmakta olup özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerinin neredeyse tamamı hastaneler aracılığıyla sağlanmaktadır. Avrupa ülkeleri ve gelişmiş bazı ülkelerde hastanelerde gerçekleşen harcamalar sağlık harcamalarının büyük bir kısmını oluşturmaktadır (Cylus ve Irwin, 2010; Çalışkan, 2016). Türkiye’de 2017 ve 2018 yıllarında gerçekleşen sağlık harcamaları içerisinde hastanelerde gerçekleşen harcamaların oranı %50’den fazladır ve Türkiye’de 2017 ve 2018 yıllarında gerçekleşen sağlık harcamalarının yaklaşık %80’i kamu tarafından finanse edilmiştir (TÜİK, 2019; Organization for Economic Cooperation and Development Countries [OECD], 2019). Kamu hastanelerine ayrılan kaynaklar hastanelerin; rolüne, büyüklüğüne, eğitim ve araştırma faaliyetleri yürütüp yürütmediğine ve faaliyet gösterdiği bölgeye göre farklılık göstermektedir. Özellikle eğitim ve araştırma hastanelerinde gerçekleşen sağlık harcamaları diğer kamu hastanelerinde gerçekleşen harcamalara kıyasla daha fazladır (İlgün ve Konca, 2019). Bu farklılık çoğunlukla, eğitim ve araştırma hastanelerinde sunulan sağlık hizmetlerin karmaşık ve maliyetinin yüksek olması ve bu hastanelerde sağlık hizmeti sunulmasının yanı sıra eğitim ve araştırma faaliyetlerinin de yürütülmesinden kaynaklanmaktadır (Jensen ve Morrissey, 1986; Medin vd., 2011; Lobo vd., 2014). Silber ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan bir çalışmada da bu durum ifade edilmiş ve eğitim ve araştırma hastanelerinde sunulan sağlık hizmetlerinin diğer hastanelere kıyasla daha maliyetli olduğu belirtilmiştir. Bu bilgilerden hareketle, eğitim ve araştırma hastaneleri için ayrılan kaynakların verimli kullanımı oldukça önemli olduğu söylenebilir. Aksi takdirde eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde ve finansal sürdürülebilirlikte sorunlar meydana gelebilecektir. Kaynakların sınırlılığı ve eğitim ve araştırma hastanelerinin sahip olduğu misyon göz önüne alındığında, eğitim ve araştırma hastanelerinde sağlık hizmetlerinin daha verimli ve etkili sunulabilmesi için performans değerlendirme çalışmalarının yürütülmesi önem arz etmektedir (Yiğit, 2016).

Şahin (2014)’e göre performans, amaçlı ve planlı bir etkinlik neticesinde elde edilen nitel ya da nicel olarak ortaya konulmasıdır. Sağlık hizmetlerinde performansı; etkenlik (efficacy), etkililik (effectiveness), uygunluk (appropriateness), etkinlik (efficiency) ve verimlilik (productivity) olmak üzere beş boyuta ayırmak mümkündür (Shortell ve Kaluzny 2000). Verimlilik, bahsi geçen boyutlar arasında ölçümü zor olan boyutlardandır. Verimlilik, bir organizasyonun ekonomik ve teknik yönleriyle ilgili bir ölçüt olup organizasyonun hâlihazırdaki kaynaklarını ne derece iyi kullandığını göstermektedir (Çınaroğlu, 2018). Sağlık ihtiyaçlarının sınırsız ancak kaynakların sınırlı olması, maliyetlerin düşürülmesi, kalitenin artırılması ve hastanenin mevcut durumunun izlenmesi gibi sebeplerden verimlilik sorununa neden olan durumların tespit edilebilmesi ve bunun için de hastanelerin verimliliklerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi gereklidir (Kirigia, 2008). Türkiye özelinde değerlendirildiğinde, 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının verimliliklerini izlemeye, değerlendirmeye ve artırmaya yönelik politikaların ve eylemlerin uygulamaya konulduğu bilinmektedir. Bu uygulamalardan biri de 2011 yılı sonuna doğru yasal mevzuatı oluşturulan ve 2012 yılında hayata geçirilen Kamu Hastane Birlikleri (KHB) uygulamasıdır (Resmi Gazete, 2011). KHB ile Sağlık Bakanlığına bağlı hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının idari ve mali yönden özerk bir şekilde yönetilerek mevcut kaynakların daha verimli kullanılmasının amaçlandığı belirtilebilir (Sağlık-Sen, 2015). Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri de KHB bünyesinde yer almış ve verimliliklerinin artırılmasına yönelik eylemler ve uygulamalara tabi tutulmuştur (Çınaroğlu, 2018).

Eğitim ve araştırma hastanelerinin sağlık hizmet sunumundaki rolü, bu hastanelerde son derece karmaşık ve ileri teknoloji gerektiren sağlık sorunlarına odaklanması, bu hastanelerin sağlık hizmetlerinin yanı sıra eğitim ve araştırma faaliyetlerini de yürütmesi ve diğer hastanelere kıyasla daha fazla kaynak kullanması gibi sebeplerden bu hastaneler özelinde verimlilik değerlendirmesi önemli bir konudur (Gordon vd., 1994; Altar, 2007; Başol, 2015). Literatür incelendiğinde, eğitim ve araştırma hastanelerinin verimliliğini değerlendiren çeşitli çalışmalar olduğu görülmektedir (Bal ve

Bilge, 2013; Çınaroğlu, 2018; Gök ve Sezen, 2011; Gök ve Sezen, 2012; Yildirim vd., 2019; Beylik ve Pekcan, 2012; Tunca ve Yeşilyurt, 2016; Küçük vd., 2019; Mollahaliloglu vd., 2018). Bu çalışmalarda tek bir yıla veya bir ildeki eğitim ve araştırma hastanelerinde verimliliğe odaklanıldığı ya da eğitim ve araştırma hastanelerinin yanı sıra diğer hastane türlerinin de çalışma kapsamında yer aldığı görülmektedir. Türkiye genelinde faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastanelerini ve bu hastanelerin yıllar itibariyle verimliliğindeki değişimi inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle bu çalışmada, Türkiye’de KHB bünyesinde yer alan ve 2014-2017 yılları arasında faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastanelerinin verimlilik değişimlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

II. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Önemi ve Amacı

Sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında hizmet sunucularına önemli görevler düşmektedir. Özellikle üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan eğitim ve araştırma hastanelerinin sağlık hizmet sunumundaki rolü oldukça önemlidir. Bu durumun nedeni, eğitim ve araştırma hastanelerinde son derece karmaşık ve ileri teknoloji gerektiren sağlık sorunlarına odaklanması ve bu hastanelerde sağlık hizmetlerinin yanı sıra eğitim ve araştırma faaliyetlerinin de yürütülmesidir.

Yukarıda sayılan sebeplerden, diğer hastanelere kıyasla daha fazla kaynak kullanan (Gordon vd., 1994; Altar 2007; Başol 2015) eğitim ve araştırma hastanelerinde verimlilik kritik bir öneme sahiptir. Bu nedenle bu çalışmada, Türkiye’de 2014-2017 yılları arasında faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastanelerinin verimlilik değişimlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Türkiye’de, son yıllarda yaşanan gelişmelerin bir sonucu olarak, sağlık kurumlarının organizasyon yapılarında birtakım değişiklikler meydana gelmektedir. 2011 yılı sonu itibariyle yasal zemini hazırlanan ve 2017 yılında sonlandırılan Kamu Hastaneleri Birliği uygulaması, bu gelişmelere örnek olarak verilebilir (Resmi Gazete, 2011; Resmi Gazete, 2017). Ayrıca şehir hastanelerinin kurulması ve işletilmesini öngören yasal düzenlemeler de bu kapsamda ele alınabilecek önemli gelişmelerden bazılarıdır. Bu türden gelişmelerin bir sonucu olarak Türkiye’de faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastanelerinin sayısında, yıllar itibariyle, önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Özellikle şehir hastanelerinin açılması ile birlikte birçok eğitim ve araştırma hastanesi tek çatı altında toplanmıştır. Ayrıca birçok şehir hastanesi, eğitim ve araştırma hastanesi statüsünde faaliyet göstermeye başlamıştır. Diğer taraftan, hastaneler ile işbirliği yapmanın nispeten daha kolay olduğu günümüz şartlarında, afiliye olan hastanelerinin sayısında da bir artış gözlenmektedir. Bu açıdan bakıldığında; 2015 yılında Türkiye’de faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastanelerinin 49’u A1 Grubu hastanesi, 25’i ise A1 Grubu Dal hastanesidir. Ayrıca 2015 yılında üniversiteler ile afiliye olan hastanelerinin sayısı 19’dur. 2019 yılında ise, Türkiye’de, 27’si A1 Grubu dal hastanesi, 26’sı afiliye olan hastaneler ve 7’si şehir hastanesi olmak üzere toplam 89 eğitim ve araştırma hastanesi bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2019a,b).

Bu çalışmada 2014 ve 2017 yılları arasında faaliyet gösteren A1 Grubu genel eğitim ve araştırma hastaneleri dikkate alınmıştır. A1 Grubu dal hastaneleri, şehir hastaneleri ve afiliye olmuş hastaneler, çalışmanın kapsamı dışında tutulmuştur. Ayrıca çalışmaya dâhil edilen eğitim ve araştırma hastanelerinin verimlilik değişimlerinin incelendiği tüm yıllarda (2014-2017) faaliyet göstermesine dikkat edilmiştir. Bu kapsamda bu çalışmanın evrenini, yukarıdaki şartları sağlayan 47 eğitim ve araştırma hastanesi oluşturmaktadır. Çalışmanın verileri SB Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (2015-2018)’nce yayınlanan Kamu Hastaneleri İstatistik Raporlarından alınmıştır (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü [KHGM], 2014; 2015; 2016; 2017) Çalışmada anonimasyonu sağlamak adına her bir hastaneye 1’den 47’ye kodlar atanmıştır.

2.3. Araştırmada Kullanılan Değişkenler

Çalışmanın girdi değişkenleri, eğitim ve araştırma hastanelerine ait yatak ve uzman hekim sayılarıdır. Çalışmanın çıktı değişkenleri ise; toplam ameliyat sayısı, yatak devir hızı ve yatak doluluk oranıdır. Literatür incelendiğinde, hastane verimliliklerinin ele alındığı çalışmaların çoğunda, benzer değişkenlerin kullanıldığı görülmektedir (Tablo 1). Bu açıdan bakıldığında, çalışmada kullanılan girdi ve çıktı değişkenlerinin literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir. Hastanelerin performans düzeyleri kurum içi ve dışı çok sayıda faktörden etkilenmektedir. Ancak bu çalışmada, veri kısıtlılığı nedeniyle farklı değişkenlere (vaka karması, enfeksiyon hızı, memnuniyet oranı, vb.) yer verilememiştir. Çalışmada kullanılan tüm değişkenler ve değişkenlere ait kısaltmalar Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Çalışmada Kullanılan Değişkenler ve Kısaltmaları

Değişken Açıklamaları	Kısaltmalar	Değişkenlerin Seçiminde Yararlanılan Kaynaklar
Girdi Değişkenleri		
Yatak Sayısı	YS	Burgess ve Wilson (1995); Sommersguter-Reichmann (2000); Lobo vd., (2010); Lotfi vd., (2014)
Uzman Hekim Sayısı	UHS	Kavuncubaşı ve Ersoy (1995); Ersoy vd., (1997); Lotfi vd., (2014); Mollahaliloglu vd., (2018)
Çıktı Değişkenleri		
Toplam Ameliyat Sayısı (A, B ve C Tipi)	ABC	Kavuncubaşı ve Ersoy (1995); Lotfi vd., (2014); Shen ve Valdmanis (2020)
Yatak Devir Hızı	YDH	Uçkun vd., (2016)
Yatak Doluluk Oranı	YDO	Lotfi vd., (2014)

2.4. Araştırmanın Varsayımları ve Kısıtlılıkları

Bu çalışmada, hastanelerin verimlilik düzeylerinin çalışma kapsamında dikkate alınan değişkenler ile ölçülebileceği ve çalışmanın kapsadığı dönemin zamana bağlı verimlilik değişimini ortaya koyma bakımından yeterli olduğu varsayılmıştır.

Çalışma sonucunda elde edilen verimlilik değişim skorlarına araştırma kapsamında kullanılan girdi ve çıktı değişkenleri neticesinde ulaşılmıştır. Ancak bu türden çalışmalarda analize dâhil edilecek ya da analizden çıkarılacak değişken ya da değişkenlere göre çalışma sonuçlarının değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca bu çalışmada, sadece hekim ve yatak sayılarının girdi olarak kullanılması, sağlık hizmeti sunumunda aktif rol oynayan hemşire ve diğer sağlık personeli sayıları ile sağlık hizmetleri maliyetlerinin girdi olarak dikkate alınamaması önemli bir kısıttır. Diğer taraftan, bu çalışmada çıktı değişkeni olarak çalışma yoğunluğuna ilişkin veriler kullanılırken finansal göstergeler, hasta ve çalışan memnuniyeti, vaka karması ve enfeksiyon hızı gibi hastanelerin performans düzeyleri hakkında önemli bilgiler verebilecek olan değişkenler dikkate alınamamıştır.

2.5. Verilerin Analizi

Performans kavramının içerik ve kapsamı faaliyet gösterilen alana göre farklılık göstermektedir. Bu durum farklı performans değerlendirme yöntemlerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Her ne kadar farklı türden performans değerlendirme yöntemleri olsa da kurumsal bazda performans değerlendirme yöntemleri üç ana başlık altında toplanabilir: Oran analizleri, parametrik yöntemler ve parametrik olmayan yöntemler (Şahin, 2008; Ozcan, 2014). Parametrik olmayan yöntemler, parametrik yöntemlerde zorunlu olan ön koşullar konusunda daha esnek olduğundan, performans ve performansın

alt göstergelerinden biri olan verimlilik ile ilgili yapılan çalışmalarda, çoğunlukla, parametrik olmayan yöntemlerin tercih edildiği görülmektedir (Ersoy vd., 1997; Zavras vd., 2002; O'Nwill vd., 2008).

Hastaneler, karmaşık girdi ve çıktıların/sonuçların olduğu ve çıktıların/sonuçların tanımlanmasında zorluklarla karşılaşılana (Magnussen, 1996; Pai vd., 2019), ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunan birimlerdir. Bu nedenle bu çalışmada, parametrik olmayan performans değerlendirme yöntemlerinden biri olan Malmquist Toplam Faktör Verimlilik (MTFV) analizinden faydalanılmıştır. MTFV'de veri noktalarının ortak teknolojiye olan uzaklıklarının oranları dikkate alınmakta ve veri noktaları arasındaki toplam faktör etkinliğindeki değişim hesaplanmaktadır. Veri noktaları arasındaki değişimin bir uzaklık fonksiyonu yardımıyla hesaplandığı MTFV analizi, girdi ve çıktı odaklı, ölçeğe göre sabit veya değişken getirili olmak üzere farklı şekillerde yapılabilmektedir (Caves vd., 1982a,b). Bu çalışmada, girdi odaklı (input-oriented) ve ölçeğe göre sabit getirili (constant return to scale) MTFV analizi kullanılmıştır. Çalışmanın girdi odaklı olmasının temel sebebi, sağlık sektörünün kendisine has özellikleri nedeniyle çıktıların karmaşık olması ve karar vericilerin sağlık çıktıları/sonuçları üzerinde kontrol gücünün oldukça kısıtlı olmasıdır (Konca ve Demirci, 2019). Bu nedenle, sağlık sektöründe etkinlik/verimlilik ile ilgili çalışmaların büyük birçoğunun girdi odaklı olduğu görülmektedir (Chern ve Wan, 2000; Ng, 2008; Chowdhury vd., 2010; Roh vd., 2011). Diğer taraftan bu çalışmada, ölçeğe göre sabit getirili modelin seçilme sebebi ise, MTFV'yi oluşturan iki alt endeks olan Teknolojik Değişim (TD) ve Teknik Etkinlik Değişimi (TED) skorlarını ayrı ayrı elde ederek verimliliğe hangi alt endeksin daha fazla etki ettiğini ortaya koymaktır.

MTFV endeksi, Caves ve arkadaşlarının Veri Zarflama Analizi'ne (VZA) dayanarak geliştirdikleri parametrik olmayan bir endekstir. Bu endeks, Sten Malmquist'in 1953 yılında ortaya attığı uzaklık fonksiyonları ile endeks geliştirme fikrinden esinlenerek geliştirilmiştir. Yazarlar bu nedenle MTFV endeksine Malmquist'in ismini vermişlerdir (Malmquist, 1953; Caves vd., 1982a,b). MTFV endeksi, TED endeksi ile TD endeksinin çarpımı ile elde edilir. TED, TD ve MTFV endekslerinde veri noktaları arasındaki verimlilik değişimini belirleyen sınır 1 olarak kabul edilmektedir. Bu açıdan bakıldığında, ilgili verimlilik değişim endeksinin 1'den büyük olması verimlilik seviyesindeki ilerlemeyi; 1'den küçük olması gerilemeyi göstermektedir. Verimlilik değişim endeksinin 1'e eşit olması ise veri noktaları arasında bir değişim olmadığını ifade etmektedir.

MTFV endeksinin ölçeğe göre sabit getirili modelinin matematiksel formülü aşağıdaki gibidir. Aşağıdaki formül t dönemi ile kıyaslandığında t+1 döneminde gerçekleşen MTFV değişimini ifade etmektedir (1 numaralı formül) (Caves vd., 1982a,b).

$$MTFV = \frac{D^{t+1}(x_0^{t+1}, y_0^{t+1})}{D^t(x_0^t, y_0^t)} \times \sqrt{\left(\frac{D^t(x_0^{t+1}, y_0^{t+1})}{D^t(x_0^t, y_0^t)} \right) \times \left(\frac{D^{t+1}(x_0^{t+1}, y_0^{t+1})}{D^{t+1}(x_0^t, y_0^t)} \right)} \quad (1)$$

III. BULGULAR

Tablo 2'de araştırma kapsamında kullanılan girdi ve çıktı değişkenlerine ilişkin tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir. Buna göre 2014 yılından 2017 yılına kadar geçen sürede girdi değişkenlerinde yaşanan değişim miktarları incelendiğinde; yatak sayısının %14 ve uzman hekim sayısının %16 oranında artış gösterdiği görülmüştür. Aynı şekilde çıktı değişkenlerindeki değişim miktarları değerlendirildiğinde; ameliyat sayısının (%6) incelenen yıllar itibarıyla arttığı, YDH (%11) ve YDO'nun (%0,06) ise azaldığı tespit edilmiştir.

Tablo 2. 2014-2017 Yılları Arası Girdi ve Çıktı Değişkenlerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler	2014		2015		2016		2017		(%)*
	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	Ort.	Ss.	
Girdiler									
YS	624,38	239,11	633,89	252,52	680,30	274,59	728,91	310,14	0,14
UHS	244,66	94,14	268,68	99,74	282,02	113,38	291,15	116,12	0,16
Çıktılar									
ABC	16984,53	7312,72	16423,60	6864,28	16967,49	6960,34	17991,96	7193,67	0,06
YDH	65,02	16,09	62,98	15,14	60,62	14,12	58,37	12,95	-0,11
YDO	80,34	10,98	79,38	9,20	78,21	9,74	75,70	9,70	-0,06

* 2014-2017 yılları arası yüzde değişim

Tablo 3'e göre 2014 yılı için araştırma kapsamında kullanılan değişkenlerin birbirileri ile olan ilişki katsayılarının 0,293 ile 0,767 arasında değer aldığı görülmüştür. 2015 yılı için ilgili değişkenler arası korelasyon değerleri incelendiğinde, en düşük korelasyona ($r=0,364$) sahip değişkenlerin ameliyat sayısı ile YDO olduğu, en yüksek ilişki katsayısına sahip değişkenlerin ($r=-0,723$) ise ameliyat sayısı ile UHS olduğu bulunmuştur. Aynı şekilde 2016 yılı için değişkenler arası korelasyon katsayılarının 0,417-0,736 arasında olduğu bulgulanmıştır. Son olarak 2017 yılı için değişkenler arası ilişki katsayıları değerlendirildiğinde, korelasyon katsayılarının -0,315-0,773 arasında değer aldığı tespit edilmiştir. Buradan hareketle, değişkenler arası elde edilen korelasyon katsayılarının analize uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 3. Yıllara Göre Değişkenler Arası Korelasyon Katsayıları

2014						2015					
	YS	UHS	ABC	YDH	YDO		YS	UHS	ABC	YDH	YDO
YS	1					YS	1				
UHS	0,767**	1				UHS	0,710**	1			
ABC	0,706**	0,754**	1			ABC	0,611**	0,723**	1		
YDH	-0,216	-0,029	0,046	1		YDH	-0,204	-0,160	0,029	1	
YDO	-0,066	0,247	0,333*	0,525**	1	YDO	-0,101	0,235	0,364*	0,253	1
2016						2017					
	YS	UHS	ABC	YDH	YDO		YS	UHS	ABC	YDH	YDO
YS	1					YS	1				
UHS	0,683**	1				UHS	0,654**	1			
ABC	0,645**	0,736**	1			ABC	0,697**	0,773**	1		
YDH	-0,267	-0,183	-0,093	1		YDH	-0,335*	-0,173	-0,113	1	
YDO	-0,105	0,180	0,223	0,417**	1	YDO	-0,315*	0,009	-0,032	0,482**	1

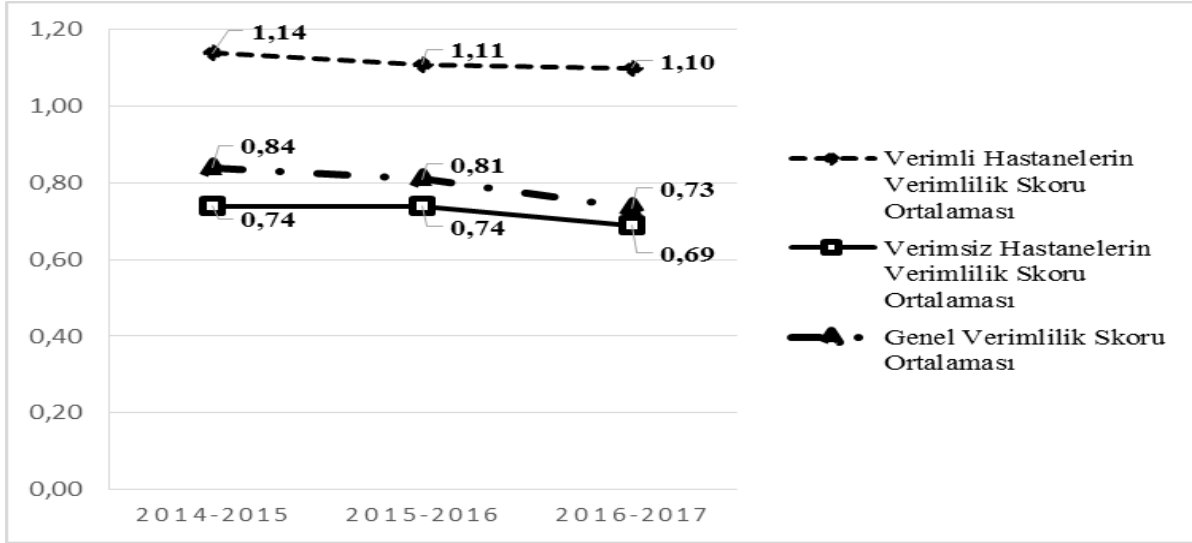
* $p<0,05$; ** $p<0,001$

Tablo 4'te 2014-2017 yılları arası hastaneler için hesaplanmış olan MTFV endeksi değerleri yer almaktadır. Analiz sonucunda verimli bulunan hastaneler tabloda koyu gri ile gösterilirken; verimlilik ilerlemesi ya da gerilemesi kaydetmeyen hastaneler ise tabloda açık gri ile gösterilmiştir. Buna göre 2014 yılından 2015 yılına geçilen dönemde on iki hastanenin verimli ve 35 hastanenin verimsiz olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca söz konusu 47 hastane için ortalama verimlilik skorunun 0,84 olduğu sonucuna da ulaşılmıştır. 2015 yılından 2016 yılına geçildiğinde ise, verimli olan hastane sayısının on ikiden sekize düştüğü ve bir hastanenin de durağan olduğu bulunmuştur. Buna ek olarak, aynı dönem için tüm hastanelerin ortalama verimlilik skorunun 0,03'lük bir azalış göstererek 0,81'e düştüğü görülmüştür. Son olarak 2016 yılından 2017 yılına geçilen dönem değerlendirildiğinde, verimli olan hastane sayısının dört olduğu, durağan hastane sayısının 1 olduğu ve ortalama verimlilik skorunun ise 0,73'e düştüğü saptanmıştır. Genel olarak incelenen üç dönemde de verimli olarak kalabilen sadece bir hastanenin (hastane 10) olduğu görülmüştür.

Tablo 4. Hastanelere ve Yıllara Göre Elde Edilen MTFV Endeksi Değerleri

Hastaneler	MTFV Endeksi			Hastaneler	MTFV Endeksi		
	2014-2015	2015-2016	2016-2017		2014-2015	2015-2016	2016-2017
Hastane 1	0,97	1,01	0,76	Hastane 27	0,82	0,77	0,75
Hastane 2	0,77	0,70	0,79	Hastane 28	1,14	0,95	0,83
Hastane 3	1,09	0,91	0,76	Hastane 29	0,93	0,94	0,91
Hastane 4	0,75	0,74	0,76	Hastane 30	0,84	0,72	0,75
Hastane 5	0,68	0,63	0,53	Hastane 31	0,76	0,76	0,76
Hastane 6	0,99	1,08	0,91	Hastane 32	0,55	0,57	0,53
Hastane 7	0,60	0,74	0,66	Hastane 33	0,60	0,65	0,64
Hastane 8	1,03	0,96	0,87	Hastane 34	0,56	0,51	0,58
Hastane 9	1,13	1,23	0,88	Hastane 35	0,91	0,87	0,71
Hastane 10	1,31	1,09	1,01	Hastane 36	0,51	0,39	0,37
Hastane 11	0,83	0,70	0,72	Hastane 37	1,07	0,99	1,28
Hastane 12	0,43	1,22	0,77	Hastane 38	0,90	0,68	0,62
Hastane 13	0,85	0,67	0,55	Hastane 39	0,61	0,53	0,51
Hastane 14	0,64	0,78	0,57	Hastane 40	0,77	0,63	0,50
Hastane 15	0,65	0,52	0,47	Hastane 41	0,60	0,72	0,73
Hastane 16	1,26	0,99	0,81	Hastane 42	1,17	1,03	1,00
Hastane 17	1,31	1,00	0,65	Hastane 43	1,04	0,82	0,72
Hastane 18	0,92	0,96	0,98	Hastane 44	0,77	0,75	0,67
Hastane 19	0,66	0,71	0,67	Hastane 45	0,90	0,97	1,08
Hastane 20	1,07	1,13	0,62	Hastane 46	1,04	1,14	0,58
Hastane 21	0,60	0,57	0,80	Hastane 47	0,66	0,60	0,61
Hastane 22	0,55	0,63	0,70	Tanımlayıcı İstatistikler (n=47)			
Hastane 23	0,99	0,98	1,02	Ortalama	0,84	0,81	0,73
Hastane 24	0,67	0,70	0,68	Standart Sapma	0,22	0,20	0,18
Hastane 25	0,93	0,93	0,95	Minimum	0,43	0,39	0,37
Hastane 26	0,65	0,54	0,51	Maksimum	1,31	1,21	1,28

Grafik 1’de incelenen dönemler itibariyle verimli ve verimsiz hastanelerin ortalama verimlilik skorları ile genel verimlilik skoru ortalamaları yer almaktadır. Buna göre verimli ve verimsiz hastanelerin ortalama verimlilik skorları ile genel verimlilik skoru ortalamaları açısından en yüksek değerlere sahip olan dönemin 2014-2015 olduğu; en düşük değere sahip olan dönemin ise 2016-2017 olduğu bulunmuştur.

Grafik 1. Dönemler İtibariyle Hastanelerin Verimlilik Ortalamaları

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık hizmetleri konusunda yapılan güncel tartışmalar ele alındığında, birçok ülkede her geçen gün artan sağlık harcamaları sebebiyle bu tartışmaların verimlilik konusu özelinde yoğunlaştığı görülmektedir. Sağlık harcamalarının gerçekleştiği yerlere göre dağılımı incelendiğinde, bu harcamaların büyük çoğunluğunun hastanelerde gerçekleştiği söylenebilir. Bu durumun bir sonucu olarak hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinin verimliliği önemli hale gelmektedir.

Eğitim ve araştırma hastaneleri sağlık hizmeti sunmanın yanı sıra eğitim ve araştırma faaliyetleri de yürüttüğünden, bu hastanelerde diğer hastanelere kıyasla daha fazla kaynak kullanılmaktadır. Bu sebeple eğitim ve araştırma hastanelerinin verimliliği konusu her geçen gün önem kazanmaktadır ve buna bağlı olarak literatürde eğitim ve araştırma hastanelerinin verimliliğini inceleyen çeşitli çalışmalara rastlamak mümkündür. Bu çalışmalar incelendiğinde, çoğunlukla yöntem olarak VZA ve/veya MTFV'den faydalandığı görülmektedir. Örneğin Lobo ve arkadaşları (2010), Brezilya'da bulunan ve eğitim ve araştırma görevi ifa eden 104 hastanenin verimlilik skoru ortalamasını $0,49 \pm 0,26$ olarak bulmuştur. Bal ve Bilge (2013) tarafından Türkiye'de bulunan 35 eğitim ve araştırma hastanesi üzerinde yapılan bir çalışmada, bu hastanelerin 2007-2009 dönemindeki ortalama verimlilik skoru $0,88 \pm 0,11$ bulunmuştur. Torabipour ve arkadaşları (2014) tarafından İran'da eğitim ve araştırma görevi yürüten ve yürütmeyen 12 hastane üzerinde yapılan bir çalışmada, eğitim ve araştırma hastanelerinin 2007-2010 dönemindeki ortalama MTFV skoru $0,95 \pm 0,05$ bulunmuştur. Lotfi ve arkadaşları (2014), İran'da faaliyet gösteren ve sekizi bir üniversite ile afiliye olan ve sekizi olmayan 16 hastanenin 2007-2011 yılları arasındaki verimliliğini incelemiştir. Lotfi ve arkadaşları (2014) çalışmasının sonuçlarına göre bahse konu 16 hastane MTFV skoru bakımından 2007-2008 dönemi hariç diğer dönemlerde verimlilik gerilemesi yaşamıştır. Bu hastanelerin 2007-2011 dönemindeki ortalama MTFV skoru $0,98 \pm 0,03$ 'tür. Yıldırım ve arkadaşları (2019), Türkiye'de faaliyet gösteren 48 eğitim ve araştırma hastanesinin 2014 yılı verilerini kullanarak yaptıkları çalışmalarında bu hastanelerin verimlilik ortalamasını $0,87 \pm 0,13$ bulmuşlardır.

Bu çalışmada, kamusal sağlık hizmeti sunumunda ciddi reformların yaşandığı bir dönem olan 2014-2017 döneminde Türkiye'de faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastanelerinin verimliliğindeki değişim ortaya konmaya çalışılmıştır. Çalışmanın sonuçları incelendiğinde, 2014-2017 yılları arasındaki üç dönemde de eğitim ve araştırma hastanelerinin verimlilik gerilemesi yaşandığı görülmektedir. Çalışma kapsamındaki eğitim ve araştırma hastanelerinin ortalama MTFV skorlarının; 2014-2015 döneminde $0,84 \pm 0,22$, 2015-2016 döneminde $0,81 \pm 0,20$ ve 2016-2017 döneminde $0,73 \pm 0,18$ olduğu görülmektedir. Görüldüğü üzere Türkiye'de faaliyet gösteren eğitim ve araştırma

hastaneleri 2014-2017 dönemindeki yıllarda ortalama olarak verimlilik gerilemesi yaşamıştır. Bu durumun eğitim ve araştırma hastanelerinde atıl kapasite sorunundan ya da kaynakların doğru alanlara tahsis edilememesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Atıl kapasite sorunu bu çalışmada kullanılan girdi değişkenleri özelinde ele alındığında, uzman hekim sayısından ziyade yatak sayısının atılığa sebep olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple, yatak sayısı ve hastanelere kaynak tahsisi konularında kararlar alınırken Türkiye'nin kalkınma hedeflerinin ve bölgesel ihtiyaçların dikkate alınmasının önemi olduğu düşünülmektedir. Ayrıca mikro düzeyde, eğitim ve araştırma hastanelerinde yönetici pozisyonunda görev yapan çalışanların görev yaptıkları hastanelerin verimlilik düzeylerini geriye dönük olarak değerlendirmeleri ve verimsizliğe neden olan temel sorunları tespit ederek bu sorunları ortadan kaldırmaya yönelik eylem ve politikalar geliştirmeleri önerilmektedir.

Bu çalışmanın bulgularından hareketle, 2014-2017 döneminde Türkiye sağlık sisteminde yaşanan reform hareketlerinin eğitim ve araştırma hastanelerinin verimliliğine olumlu bir etkisinin olmadığı söylenebilir. Bahse konu reformlardan olan ve 2012-2017 yılları arasında uygulanan 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname, özerkliğin hastanelerin verimliliğine olumlu etki edeceği düşüncesinin bir sonucu olarak kamu hastanelerine yönetim özerkliği sağlamış olsa da bu uygulamanın eğitim ve araştırma hastaneleri özelinde verimliliğe bir katkı sağlamadığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, çalışma kapsamında belirlenen girdi ve çıktı değişkenlerine ve sadece belirli bir zaman dilimine dayanarak yargılarda bulunulmuştur. İleride, Türkiye sağlık sisteminde köklü değişimlere neden olan SDP gibi reform hareketlerinin eğitim ve araştırma hastanelerinin performans düzeyleri üzerindeki etkisini zaman serisi analizleri gibi ampirik yöntemler ile araştıran çalışmaların yapılması önerilmektedir. Ayrıca ileride yapılacak çalışmalarda, sunulan hizmetler bakımından eğitim ve araştırma hastaneleri ile benzer özellikler taşıyan üniversite hastaneleri eğitim ve araştırma hastaneleri ile kıyaslanabilir. Bu tür çalışmalarda hastanelerin, özellikle maliyet ve kalite ile ilgili göstergelerinin de çalışmalara dahil edilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmanın literatüre çeşitli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. İlk olarak, Türkiye'deki eğitim ve araştırma hastanelerinin çalışmada yararlanılan değişkenler kapsamında yıllara göre verimlilik değişimleri incelenmiştir. Verimlilik değişiminin ortaya konması hastanelerin ya da politika yapımcıların eğitim ve araştırma hastaneleri özelinde o yıllarda yaptıkları uygulamaların veya politikaların olumlu ya da olumsuz sonuçlarını destekleyebilecektir. İkinci olarak, ortaya çıkan sonuçlar politika yapımcılar ve sağlık yöneticileri için eğitim ve araştırma hastanelerinin gelişimine katkı sağlayabilecektir. Son olarak, bu çalışmanın ileride yapılacak diğer çalışmalara temel oluşturacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Altay, A. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 3-50.
- Bal, V., & Bilge, H. (2013). Eğitim ve araştırma hastanelerinde veri zarflama analizi ile etkinlik ölçümü. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(2), 1-14.
- Barros, C. P., De Menezes, A. G., Peypoch, N., Solonandrasana, B., & Vieira, J. C. (2008). An analysis of hospital efficiency and productivity growth using the Luenberger indicator. *Health Care Management Science*, 11(4), 373.
- Başol, E. (2015). Gelişmekte olan ülkelerde strateji: Sağlık sisteminde sevk zinciri. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 128-140.
- Beylik, U., & Pekcan, Y. A. (2012). Eğitim ve araştırma hastanelerinde etkinlik analizleri ve değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 3(1), 119-156.

- Burgess, J. F., & Wilson, P. W. (1995). Decomposing hospital productivity changes, 1985–1988: A nonparametric Malmquist approach. *Journal of Productivity Analysis*, 6(4), 343-363.
- Caves, D. W., Christensen, L. R., & Diewert, W. E. (1982a). The economic theory of index numbers and the measurement of input, output, and productivity. *Econometrica: Journal of The Econometric Society*, 50(6), 1393-1414.
- Caves, D. W., Christensen, L. R., & Diewert, W. E. (1982b). Multilateral comparisons of output, input, and productivity using superlative index numbers. *The Economic Journal*, 92(365), 73-86.
- Chang, H., Cheng, M. A., & Das, S. (2004). Hospital ownership and operating efficiency: Evidence from Taiwan. *European Journal Of Operational Research*, 159(2), 513-527.
- Chern, J. Y., & Wan, T. T. (2000). The impact of the prospective payment system on the technical efficiency of hospitals. *Journal of Medical Systems*, 24(3), 159-172.
- Chowdhury, H., Wodchis, W., & Laporte, A. (2011). Efficiency and technological change in health care services in Ontario: An application of Malmquist productivity index with bootstrapping. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 60(7), 721-745.
- Cylus, J., & Irwin, R. (2010). The challenges of hospital payment systems in Europe. *Euro Observer-Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*, 12(3), 1-12.
- Çalışkan, Z. (2016). Kamu hastane birlikleri performansının Pabón Lasso modeli ile analizi. *Sosyal Güvençe*, 10, 1-24.
- Çınaroğlu, S. (2018). Eğitim ve araştırma hastanesi olan ve olmayan hastanelerin teknik verimliliklerinin veri zarflama analizi ile karşılaştırılması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(2), 179-198.
- Ersoy, K., Kavuncubasi, S., Ozcan, Y. A., & Harris, J. M. (1997). Technical efficiencies of Turkish hospitals: DEA approach. *Journal of Medical Systems*, 21(2), 67-74.
- Gordon, T. A., Burleyson, G. P., Tielsch, J. M., & Cameron, J. L. (1995). The effects of regionalization on cost and outcome for one general high-risk surgical procedure. *Annals of Surgery*, 221(1), 43-49.
- Gök, M. S., & Sezen, B. (2011). Analyzing the efficiencies of hospitals: An application of data envelopment analysis. *Journal of Global Strategic Management*, 10(1), 137-146.
- İlgün, G., & Konca, M. (2019). Assessment of efficiency levels of the training and research hospitals in Turkey and the factors affecting their efficiencies. *Health Policy and Technology*, 8(4), 343-348.
- Jensen, G. A., & Morrisey, M. A. (1986). The role of physicians in hospital production. *Review of Economics and Statistics*, 68(3), 432-442.
- Kavuncubaşı, Ş., & Ersoy, K. (1995). Hastanelerde teknik verimlilik ölçümü. *Amme İdaresi Dergisi*, 28(3), 77-92.
- KHGM, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (2015). *Kamu hastaneleri istatistik raporu 2014*. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara.
- KHGM, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (2016). *Kamu hastaneleri istatistik raporu 2015*. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara.

- KHGM, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (2017). *Kamu hastaneleri istatistik raporu 2016*. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara.
- KHGM, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (2018). *Kamu hastaneleri istatistik raporu 2017*. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara.
- Konca, M., & Demirci, Ş. (2019). G20 ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemi performansı: Yıllara göre karşılaştırmalı bir analiz. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(4), 175-181.
- Küçük, A., Özsoy, V. S., & Balkan, D. (2019). Assessment of technical efficiency of public hospitals in Turkey. *European Journal Of Public Health*, 30(2), 230-235.
- Lobo, M. S. C., Ozcan, Y. A., Lins M. P. E., Silva A. C. M., & Fiszman, R. (2014). Teaching hospitals in Brazil: Findings on determinants for efficiency. *International Journal of Healthcare Management*, 7(1), 60-68.
- Lobo, M. S., Ozcan, Y. A., Da Silva, A. C., Lins, M. P. E., & Fiszman, R. (2010). Financing reform and productivity change in Brazilian teaching hospitals: Malmquist approach. *Central European Journal of Operations Research*, 18(2), 141-152.
- Lotfi, F., Kalhor, R., Bastani, P., Zadeh, N. S., Eslamian, M., Dehghani, M. R., & Kiaee, M. Z. (2014). Various indicators for the assessment of hospitals' performance status: Differences and similarities. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(4), 1-7.
- Magnussen, J. (1996). Efficiency measurement and the operationalization of hospital production. *Health Services Research*, 31(1), 21-37.
- Malmquist, S. (1953). Index numbers and indifference surfaces. *Trabajos De Estadistica Y De Investigacion Operativa*, 4(2), 209-242.
- Medin, E., Anthun, K. S., Häkkinen, U., Kittelsen, S. A., Linna, M., Magnussen, J., ... & Rehnberg, C. (2011). Cost efficiency of university hospitals in the Nordic Countries: A cross-country analysis. *The European Journal of Health Economics*, 12(6), 509-519.
- Mollahaliloglu, S., Kavuncubasi, S., Yilmaz, F., Younis, M. Z., Simsek, F., Kostak, M., ... & Nwagwu, E. (2018). Impact of health sector reforms on hospital productivity in Turkey: Malmquist index approach. *International Journal of Organization Theory & Behavior*, 21(2), 72-84.
- Ng, Y. C. (2008). The productive efficiency of the health care sector of china. *Review of Regional Studies*, 38(3), 381-393.
- O'Neill, L., Rauner, M., Heidenberger, K., & Kraus, M. (2008). A cross-national comparison and taxonomy of DEA-based hospital efficiency studies. *Socio-Economic Planning Sciences*, 42(3), 158-189.
- OECD, Organization for Economic Cooperation and Development. (2019). Health Data. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> Erişim Tarihi: 09.12.2019.
- Ozcan, Y. A. (2014). *Health care benchmarking and performance evaluation*. (Second Edition). US, Springer.
- Pai, D. R., Hosseini, H., & Brown, R. S. (2019). Does efficiency and quality of care affect hospital closures? *Health Systems*, 8(1), 17-30.

- Resmi Gazete. (2011). *Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat ve görevleri hakkında kanun hükmünde kararname*. Yayımlanma Tarihi: 02.11.2011, sayı: 28103.
- Resmi Gazete. (2017). *Olağanüstü hal kapsamında bazı düzenlemeler yapılması hakkında kanun hükmünde kararname*. Yayımlanma Tarihi: 15.08.2017, sayı: 2709.
- Roh, C. Y., Moon, M. J., & Park, C. (2011). Measuring economic performance of Colorado community hospitals using the malmquist productivity change index. *International Review of Public Administration*, 16(1), 91-111.
- Sağlık Bakanlığı. (2019a). <https://Khgmsaglikhizmetleridb.Saglik.Gov.Tr/TR,42870/Kamu-Hastaneleri-Genel-Mudurlugu-Kamu-Saglik-Tesisleri-Guncel-Listesi.Html> Erişim Tarihi: 18.09.2019.
- Sağlık Bakanlığı. (2019b). <https://Rapor.Saglik.Gov.Tr/İstatistik/Rapor/> Erişim Tarihi: 18.09.2019.
- Sağlık-Sen. (2015). *Kamu hastane birlikleri (saha araştırması)*. SASAM Enstitüsü, Ankara.
- Shen, Z., & Valdmanis, V. (2020). Identifying the contribution to hospital performance among Chinese regions by an aggregate directional distance function. *Health Care Management Science*, 23(1), 142-152.
- Shortell, S. M., & Kaluzny, A. D. (2000). *Health care management: Organization, design, and behavior*. USA, Cengage Learning.
- Silber, J. H., Rosenbaum, P. R., Niknam, B. A., Ross, R. N., Reiter, J. G., Hill, A. S., ... & Fleisher, L. A. (2020). Comparing outcomes and costs of surgical patients treated at major teaching and nonteaching hospitals: A national matched analysis. *Annals of Surgery*, 271(3), 412-421.
- Sommersguter-Reichmann, M. (2000). The impact of the Austrian hospital financing reform on hospital productivity: Empirical evidence on efficiency and technology changes using a non-parametric input-based Malmquist approach. *Health Care Management Science*, 3(4), 309-321.
- Şahin, B. (2014). Sağlık kurumlarında performans yönetimi. İçinde Çelik, Y. (Ed.), *Sağlık Kurumları Yönetimi II*. Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Şahin, İ. (2008). Sağlık bakanlığı genel hastaneleri ve sağlık bakanlığına devredilen SSK genel hastanelerinin teknik verimliliklerinin karşılaştırmalı analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(1), 1-48.
- Torabipour, A., Najarzadeh, M., Mohammad, A. R. A. B., Farzianpour, F., & Ghasemzadeh, R. (2014). Hospitals productivity measurement using data envelopment analysis technique. *Iranian Journal of Public Health*, 43(11), 1576-1581.
- Tunca, H., & Yesilyurt, F. (2016). Hospital efficiency in Turkey: Metafrontier analysis. *European Scientific Journal*, 12(10), 165-172.
- TÜİK. (2019). Sağlık Harcamaları İstatistikleri. http://www.tuik.gov.tr/pretablo.do?alt_id=1084 Erişim Tarihi: 09.10.2019.
- Uçkun, N., Girginer, N., Tunç, K. Ö. S. E., & Şahin, Ü. (2016). Türkiye'deki büyükşehir kamu hastanelerinin etkinliklerinin analizi. *International Journal of Innovative Research in Education*, 3(2), 102-108.

- Yiğit, V. (2016). Bir üniversite hastanesinin tıbbi bölümlerinin teknik verimlilik analizi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 23, 199-214.
- Yildirim, C., Kacak, H., Yildirim, S., & Kavuncubasi, S. (2019). Comprehensive efficiency assessment of Turkish teaching hospitals: Technical, pure technical and scale efficiencies with data envelopment analysis. *Journal of Applied Business and Economics*, 21(3), 124-140.
- Zavras, A. I., Tsakos, G., Economou, C., & Kyriopoulos, J. (2002). Using DEA to evaluate efficiency and formulate policy within a Greek national primary health care network. *Journal of Medical Systems*, 26(4), 285-292.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

TÜRKİYE'DE KARŞILANAMAYAN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI BAKIM İHTİYAÇLARINI ETKİLEYEN SOSYO-EKONOMİK FAKTÖRLERİN ANALİZİ

Dilek BAŞAR DİKMEN *
Fatih Hakan DİKMEN **


ÖZ

Bu çalışmanın amacı, tüm Türkiye'yi temsil eden Sağlık Araştırması mikro veri setlerinin 2014 ve 2016 yıllarına ait verileri kullanılarak Türkiye'de karşılanamayan ağız ve diş sağlığı bakım hizmetlerinin belirleyenlerini araştırmaktır. Lojistik regresyon modelinin tahmin yöntemi olarak kullanıldığı çalışmada karşılanamayan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin belirleyenleri olarak cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, eğitim durumu, sigortalılık durumu ve gelir kullanılmıştır. Bununla birlikte, değişkenlerin etkilerini birbirleriyle karşılaştırmak için olasılık oranları hesaplanmıştır. Genel itibarıyla sonuçlara bakıldığında, kadınların, 35-54 yaş grubuna ait bireylerin, evli ve dul bireylerin, ilkokul ve altı eğitim seviyesine sahip olanların ve düşük gelir gruplarının ödeme güclüğü nedeniyle ağız ve diş sağlığı bakım hizmetlerinden yararlanamama olasılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, Sosyal Güvenlik Kurumu'na kayıtlı olan bireylerin ağız ve diş sağlığı bakım hizmetlerinden yararlanma olasılıklarının düşük olması çalışmadan elde edilen önemli sonuçlardan biridir.

Anahtar Kelimeler: Ağız ve diş sağlığı, lojistik regresyon, sağlık araştırması, ödeme güclüğü, sağlık ekonomisi

MAKALE HAKKINDA

* Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F. İktisat Bölümü, dbasar@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-6501-8760>

** Dr. Öğr. Üyesi., Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İ.İ.B.F. İktisat Bölümü, fatih.dikmen@hbv.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-6390-2501>

Gönderim Tarihi: 02.03.2020

Kabul Tarihi: 02.09.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Başar Dikmen, D. & Dikmen, F. H. (2020). Türkiye'de karşılanamayan ağız ve diş sağlığı bakım ihtiyaçlarını etkileyen sosyo-ekonomik faktörlerin analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 537-546

A SOCIO-ECONOMIC ANALYSIS OF THE FACTORS AFFECTING UNMET ORAL AND DENTAL HEALTH CARE SERVICES IN TURKEY

Dilek BAŞAR DİKMEN *
Fatih Hakan DİKMEN **


ABSTRACT

The objective of this study is to investigate the determinants of unmet dental health care needs in Turkey by using micro data set of nationally representative Health Survey belongs to 2014 and 2016. The logistic estimation method was performed to explain unmet dental health care needs and gender, age, marital status, education level, insurance status and household income were used as explanatory variables. Furthermore, Odds ratios were calculated to compare the effects of explanatory variables with each other. In general, the results indicate that females, individuals between the 35-54 age interval, married and widowed individuals, those with lower education levels and those in lower income groups are more likely to report unmet dental health care needs. Furthermore, one of the important results is that individuals registered to the Social Security Institution are less likely to meet their oral and dental health care services.

Keywords: Oral and dental health, logistic regression, health survey, ability to pay, health economics

ARTICLE INFO

* Hacettepe University, dbasar@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-6501-8760>

** Ankara Hacı Bayram Veli University, fatih.dikmen@hbv.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-6390-2501>

Received: 02.03.2020

Accepted: 02.09.2020

Cite This Paper:

Başar Dikmen, D. & Dikmen, F. H. (2020). Türkiye’de karşılanamayan ağız ve diş sağlığı bakım ihtiyaçlarını etkileyen sosyo-ekonomik faktörlerin analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 537-546

I. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerine erişim evrensel nitelikte ve en temel insan hakkıdır. Bu bağlamda, sağlık sistemindeki eşitsizliklerin giderilmesi ve bu hizmetlerin adil dağılımı, günümüzde birçok hükümetin birincil amaçları arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetlerine erişim, genellikle ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinden faydalanmayı ifade eden bir kavramdır (Aday, 1975). İhtiyaç duyulan sağlık hizmetinden faydalanamamak, sağlık hizmetleri kullanımı araştırmalarında yaygın olarak kullanılan ve sağlık bakımı elde etmenin önündeki engelleri belirten bir kavram olan “karşılanamamış sağlık bakımı ihtiyacı” (unmet health care needs) olarak adlandırılmaktadır (Newacheck vd., 2000; Allin vd., 2010). Özellikle genç nüfusun sağlık ihtiyaçlarının karşılanamaması toplumun uzun dönemde sağlık statüsünde azalmaya yol açarak ülkenin beşeri sermaye kalitesinde düşüşe neden olmaktadır. Beşeri sermaye ise ülkelerin temel makroekonomik göstergelerinden biri olan ekonomik büyümenin temel kaynaklarından biridir.

Bu çerçevede, diş sağlığı bakım ihtiyaçları toplumun genel sağlık statüsü açısından oldukça önemli bir yere sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ağız sağlığını bireyin ısırma, çiğneme, gülümseme, konuşma ve psikososyal refah kapasitesini sınırlandıran hastalıklar ve 'ağız ve yüz ağrısı, ağız ve boğaz kanseri, ağız enfeksiyonu ve yaraları, periodontal hastalık, diş çürüğü, diş kaybı ve diğer hastalık ve rahatsızlıklardan arınmış olma durumu olarak tanımlamaktadır (Mohanta, 2017). İnsanların ağız ve diş sağlığı bakım ihtiyaçlarını karşılayamama nedenleri arasında en çok görülen engeller, ödeme güçlüğü, dişçi korkusu, uzun bekleme süresi, ulaşım ile ilgili zorluklar ve ağız ve diş sağlığı merkezlerinin yetersiz olmasıdır. Bu çalışmada temel olarak Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayınlanan mevcut veriler çerçevesinde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılanamayan ağız ve diş sağlığı bakım ihtiyacı ele alınmıştır.

Türkiye’de de bireylerin önemli bir bölümü ağız ve diş sağlığı ihtiyaçlarını karşılamada sıkıntı yaşamaktadır. EU-SILC 2016 istatistiklerine göre Türkiye’de toplam nüfusun %5,9’u son 12 ay içerisinde ağız ve diş hastalıkları yaşamasına rağmen bu ihtiyacını giderememektedir. Düşük gelir gruplarında bu oran %10,1’e kadar çıkmaktadır. Söz konusu oranın 28 AB ülkesi ortalaması %4’tür (OECD/European Union, 2018). Bu rakam Almanya’da 0,6, Avusturya’da 0,5 ve Hollanda’da 0,3’tür. Portekiz (14), Yunanistan (13,8) ve Letonya (13,6) AB ülkeleri içerisinde en yüksek yüzdeye sahip olan ülkeler arasındadır.

Bu çalışmanın, Türkiye’de karşılanamayan ağız ve diş sağlığı bakım ihtiyaçlarının sosyoekonomik belirleyicilerini, bütün ülkeyi temsil eden “Sağlık Araştırması” mikro veri setleriyle araştıran ilk çalışma olması nedeniyle literatüre önemli bir katkı sunacağı düşünülmektedir. Çalışmanın izleyen bölümleri şu şekilde tasarlanmıştır: İkinci bölümde konuyla ilgili olarak yapılan çalışmaların literatür özeti sunulurken, üçüncü bölüm, ampirik analizde kullanılan veri, değişkenler ve yöntem hakkında bilgi vermektedir. Dördüncü bölümde elde edilen bulgular ortaya konup yorumlanmış, son bölümde ise bir bütün olarak, tartışma ve politika önerileriyle çalışma sonlandırılmıştır.

II. LİTERATÜR ÖZETİ

Bu çalışma, karşılanmamış ağız ve diş sağlığı bakım ihtiyaçlarının belirleyicilerine yönelik Türkiye’de yapılan ilk çalışma olmasına karşılık, uluslararası literatürde ilgili konuda çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Genellikle çoklu lojistik regresyon modelinin kullanıldığı çalışmaların dikkat çeken ve literatürde önemli yer tuttuğu düşünülen bir kısmının özeti aşağıda verilmektedir.

Monteiro ve diğerleri (2016) Brezilya’da 2003-2008 yılları için diş sağlığı hizmetlerinde sosyoekonomik eşitsizlikleri araştırmışlardır. Çalışmalarında lojistik regresyon modeli kullanmışlar ve eğitim durumu, hanehalkı geliri, etnik köken, sağlık sigortası ve barınma koşulları gibi sosyoekonomik değişkenlerle, diş sağlığı bakım hizmetlerinden yararlanma arasındaki ilişkiyi tahmin etmişlerdir. Elde edilen bulguların büyük kısmı bu çalışmayla paralellik göstermektedir. Buna göre, yüksek gelir ve

eğitim grubundaki bireyler, yeterli barınma olanağına sahip bireyler, beyaz ırklılar ve özel sağlık sigortasına sahip olan bireylerin dış sağlığı bakım hizmetlerinden yararlanma düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Caban-Martinez ve diğerleri (2007) 1997-2003 yılları için Amerikan işçileri arasında dış sağlığı hizmetlerine erişim ve karşılanamayan dış bakım ihtiyacını betimsel olarak incelemişlerdir. Çalışma sonuçlarına göre, Amerika'da çalışan işçilerin büyük bölümünün dış sağlığı hizmetlerinden yararlanma düzeylerinin oldukça düşük olduğu ve karşılanamayan dış sağlığı bakım ihtiyaçlarının çok yüksek oranlarda olduğu tespit edilmiştir.

Fernandez ve diğerleri (2015) İspanya'da yaşanan ekonomik krizin ve sosyoekonomik eşitsizliklerin, karşılanamayan dış sağlığı bakım ihtiyaçlarına olan etkisini analiz etmişlerdir. Çok değişkenli lojistik regresyon modelinin kullanıldığı çalışmada, bağımlı değişken olarak karşılanamayan dış sağlığı bakım ihtiyacı kullanılırken, bağımsız değişkenler; gelir düzeyi, istihdam durumu, cinsiyet, yaş, kronik hastalığa sahip olma ve eğitim düzeyi belirlenmiştir. Çalışma sonucunda, ekonomik krizle karşılanamayan dış sağlığı bakım ihtiyacı arasında önemli ölçüde pozitif bir korelasyon tespit edilmiştir. Bununla birlikte düşük gelirlilerin, işsizlerin ve kadınların dış sağlığı bakım ihtiyaçlarını karşılama düzeylerinin, referans gruba göre daha düşük olduğu ve sosyoekonomik eşitsizlikten ve ekonomik krizden daha fazla etkilendikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Calvasina ve diğerleri (2014) Kanadalı göçmenlerin karşılanamayan dış bakım ihtiyaçlarını belirleyen faktörleri araştırdıkları çalışmada 3,5 yıllık bir periyodu dikkate alarak, iki değişkenli ve çoklu lojistik regresyon modeli kullanmışlardır. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, göçmenlerin yaklaşık %32'si dış bakım ihtiyaçlarının karşılanamadığını belirtmişlerdir. Bununla birlikte dış sağlığı sigortasına sahip olmayanların, orta ve düşük gelir grubunun ve Güney Asya ve Çin'den gelen göçmenlerin dış bakım ihtiyaçlarını karşılama düzeylerinin, referans gruplara göre daha düşük olduğu vurgulanmıştır.

Chae ve diğerleri (2017) Kore'de 65 yaş ve üstü yaşlı yetişkinlerin karşılanamayan dış sağlığı bakım ihtiyaçlarının nedenlerini araştırdıkları çalışmalarında çoklu lojistik regresyon modeli kullanmışlardır. Yetişkinlerin %27,9'unun dış bakım ihtiyaçlarını karşılayamadıklarını belirttikleri çalışmalarında, 65-69 yaş grubunda yer alan bireylerin karşılanamayan dış sağlığı bakım ihtiyaçlarının 70 ve üstü gruptakilere göre daha yüksek olduğu ve kadınların da erkeklere göre dezavantajlı grupta yer aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte, düşük gelir ve eğitim seviyesine sahip olan bireylerle kronik ağız ve diş hastalıklarına sahip olanların dış sağlığı bakım ihtiyaçlarını karşılama olasılıklarının daha düşük olduğu görülmüştür.

Türkiye için ise, yazarların bilgisi dahilinde, karşılanamayan dış sağlığı bakım hizmetlerine ilişkin yapılmış ampirik bir çalışma bulunmamaktadır. Türkiye için özellikle psikiyatri hastalarının ve çocukların karşılanamayan ağız ve diş sağlığı hizmetlerine ilişkin il düzeyinde çalışmalar mevcuttur (Gurbuz vd.,2010; Namal vd., 2007). Diğer yandan, Türkiye için yapılan çalışmaların önemli bir bölümü ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin kullanımı konusunu (Mumcu vd., 2004) veya ağız ve diş sağlığı durumunun belirleyenlerini (Bozdemir vd., 2016) araştırmışlardır. Ancak bu çalışmalar Türkiye'yi temsil eden veri seti kullanmak yerine, il veya bölge düzeyinde analizler gerçekleştirmişlerdir. Özyavaş (2018) ise Türkiye'de ağız ve diş sağlığı politikalarını 2000'li yıllar itibariyle ele almış ve mevcut durumun betimsel analizini yapmıştır. Bununla birlikte WHO gibi uluslararası resmi kuruluşların yanı sıra uluslararası sivil toplum örgütlerinin de görüşleriyle çalışmasını genişletmiştir. Çalışma sonucunda Türkiye'de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden yararlanma oranlarının AB ülkelerine göre düşük olduğuna dikkat çekerek bu alanda yapılacak potansiyel iyileştirmelere yönelik politika önerilerinde bulunulmuştur. Bu çerçevede, bu çalışma karşılanamayan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin ülke düzeyinde sosyoekonomik analizini yaparak mevcut literatürdeki önemli bir boşluğu doldurmaktadır.

III. VERİ VE YÖNTEM

Bu çalışma kapsamında gerçekleştirilen ampirik analiz için, TÜİK tarafından iki yılda bir tekrarlanan “Sağlık Araştırması” mikro veri setlerinin 2014 ve 2016 yıllarına ilişkin verileri kullanılmıştır. Sağlık Araştırması anketleri iki yılda bir farklı bireylere yapıldığı için panel veri özelliğine sahip değildir. Ancak, diğer yandan, ilgili veri setleri cinsiyet, yaş, eğitim ve medeni durum gibi bireysel özelliklerin yanı sıra, gelir ve çalışma durumu gibi ekonomik verileri de içermektedir. Bununla birlikte, sağlık durumu ve kronik hastalıklar, sağlık hizmetleri kullanımı ve tütün ve alkol tüketimine ilişkin veriler de ilgili anketlerde yer almaktadır. Ampirik analiz 15 yaş ve üzeri bireyler için gerçekleştirilmiştir. 2014 yılı için 19,129 ve 2016 yılı için ise toplam 17,242 gözlem mevcuttur.

Tahmin edilen regresyonda bağımlı değişken olarak Sağlık Araştırması anketlerinde “Sağlık Bakımında Karşılanamayan İhtiyaçlar” bölümünde bireylere yöneltilen “Son 12 ay içerisinde, diş bakımı tedavisine ihtiyacınız olduğu halde ödeme güçlüğü nedeniyle karşılayamadığınız oldu mu?” sorusuna verilen yanıtlar kullanılmıştır. Buna göre, bu soruya “evet” diyen bireyler “1” olarak diğerleri ise “0” olarak kodlanarak ilgili kukla değişken oluşturulmuştur. Ampirik analizde kullanılan bağımsız değişkenlere ilişkin bilgiler Tablo 1’de sunulmaktadır. Tablodan da görüleceği üzere, demografik değişkenler arasında cinsiyet, yaş, medeni durum bulunmakta iken sosyoekonomik değişkenler arasında eğitim ve gelir gibi değişkenler bulunmaktadır.

Türkiye’de karşılanamayan diş sağlığı bakım hizmetlerinin sosyoekonomik belirleyenlerini araştırmak amacıyla lojistik regresyon yöntemi tahmin edilmiş ve bu tahminler, Stata 14 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Genel olarak bu yöntem, iki olası kategori için kodlanmış (kesikli) Y gibi bir bağımlı değişken ile sürekli, kesikli, ikili veya bunların karışımı olabilen bağımsız değişkenler (X) arasındaki ilişkiyi tanımlamak için kullanılan modelleme yöntemidir. Lojistik modelin parametrelerini tahmin etmek için en yüksek olabilirlik yöntemi kullanılmaktadır. İlgili regresyonda katsayıların yorumu genellikle olasılık oranlarının (odds ratio) değerleri üzerinden yapılmaktadır.

Tablo 1. Bağımsız Değişkenlerin Tanımları

Değişken	Açıklama	Kategori
Cinsiyet	Bireyin cinsiyeti	Erkek (referans kategori) Kadın
Yaş	Bireyin yaşı (kategorik olarak rapor edilmektedir)	15-35 (referans kategori) 35-54 55-74 75+
Medeni Durum	Bireyin medeni durumu	Bekâr (referans kategori) Evli Dul
Sigortalılık	Bireyin SGK’ya bağlı olup olmadığı bilgisi	Sigortalı değil (referans kategori) Sigortalı
Eğitim Durumu	Bireyin en son mezun olduğu eğitim düzeyi	İlkokul ve altı (referans kategori) Ortaokul ve lise Üniversite ve üstü (yüksek lisans ve doktora)
Gelir	Hanehalkı gelir düzeyi (kategorik olarak rapor edilmektedir)	En düşük gelir grubu (<1080TL) Düşük gelir grubu (1080-1545TL) Orta gelir grubu (1546-2160TL) Üst gelir grubu (2161-3175TL) En üst gelir grubu (referans kategori) (>3176TL)

IV. BULGULAR

Ampirik analizde kullanılan lojistik tahmin modelinin sonuçlarına değinmeden önce, değişkenlere ilişkin betimleyici istatistikleri yorumlamak faydalı olacaktır. Tablo 2 ve 3 bu amaçla oluşturulmuştur.

Tablo 2. Karşılanamayan Diş Sağlığı İhtiyacının Cinsiyet Perspektifinde Dağılımı

Yıllar	Toplam (%)	Erkek (%)	Kadın (%)
2014	2600 (13,6)	1039 (40)	1561 (60)
2016	1662 (9,6)	648 (39)	1014(61)

Sağlık Araştırması anketlerine göre 2014 yılı için 15 yaş ve üzeri toplam gözlem sayısı 19129 iken, 2016 yılında bu gözlem sayısı 17242 kişiden oluşmaktadır. 2014 yılında ağız ve diş hastalıkları açısından son 12 ay içerisinde ihtiyaç duymasına rağmen bu ihtiyacı giderilemeyen kişi sayısı, toplam gözlem sayısının %13,6'sı (2600 kişi) iken, bu oran 2016 yılında %9,6'ya (1662) düşmüştür. Söz konusu oranlar her ne kadar AB ortalamasının oldukça üzerinde olsa da 2 yıllık süre içerisinde ortaya çıkan bu düşüş dikkat çekicidir. Karşılanamayan ağız ve diş sağlığı ihtiyacına cinsiyet perspektifinde bakıldığında, kadınların oranı %60 iken, erkeklerin oranı %40 seviyesindedir. Ele alınan iki yıl içerisinde toplamda meydana gelen değişiklik, kadın erkek dağılımında gözlenmemektedir.

Tablo 3. Ödeme Güçlüğü Nedeniyle Karşılanamayan Diş Sağlığı Bakım İhtiyacının Bağımsız Değişkenler İtibariyle Kategorik Dağılımı

Değişkenler	2014	2016
Yaş 15-34 (ref)	902 (34,7)	519 (31,2)
Yaş 35-54	1197 (46)	756 (45,5)
Yaş 55-74	434 (16,7)	325 (19,5)
Yaş 75+	67 (2,6)	62 (3,8)
Bekâr (ref)	431 (16,6)	261 (15,7)
Evli	1927 (74,1)	1207 (72,6)
Dul	242 (9,3)	194 (11,7)
İlkokul ve altı (ref)	1612 (62)	1002 (60,3)
Ortaokul ve lise	756 (29,1)	503 (30,3)
Üniversite ve üstü	232 (8,9)	157 (9,4)
SGK'ya sahip olması	1751 (67,3)	1174 (70,6)
En düşük gelir	1119 (43)	547 (32,9)
Düşük gelir	525 (20,2)	486 (29,2)
Orta Gelir	422 (16,2)	277 (16,7)
Yüksek gelir	313 (12)	223 (13,4)
En yüksek gelir (ref)	221 (8,6)	129 (7,8)

Tablo 3, ödeme güçlüğü nedeniyle diş sağlığı ihtiyacının karşılanamamasının kategorik ayrıştırmasını göstermek amacıyla düzenlenmiştir. Yaş grupları itibariyle değerlendirildiğinde, her iki yıl için de, en yüksek yüzde, 35-54 yaş grubuna aittir ve iki yıl içerisindeki değişiklik ihmal edilebilecek kadar küçüktür. Yine her iki yıl için de 75 yaş ve üstü yaş grubu için karşılanamayan diş sağlığı ihtiyacı yüzdesi oldukça düşüktür. Medeni durum dikkate alındığında ise, evli bireylerin ödeme güçlüğü sebebiyle diş sağlığı hizmetlerinden yararlanamama yüzdelerinin oldukça yüksek olduğu göze çarpmaktadır.

İstatistiklerde dikkat çeken unsurlardan biri de bireylerin SGK'lı olup olmamasıyla ilgilidir. Tablodan da görüleceği üzere, SGK'ya tabi olan insanların, karşılanamayan diş sağlığı ihtiyacı içerisindeki payları oldukça yüksektir. Eğitim düzeyine yönelik yapılan sınıflandırmada, karşılanamayan diş sağlığı ihtiyacının en yüksek olduğu grubun ilkökul ve altı eğitim seviyesine sahip insanlardan oluştuğu göze çarpmaktadır. Tablo 4, lojistik regresyon modeli kullanılarak yapılan tahmin sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 4. Lojistik Regresyon Modeli Tahmin Sonuçları

Değişkenler	(1)	(2)	(3)	(4)
	2014	OR (%95 GA) (2014)	2016	OR (%95 GA) (2016)
Kadın	0,201*** (0,0454)	1,22 (1,12-1,34)	0,171*** (0,0556)	1,18 (1,06-1,32)
Yaş 35-54	0,116** (0,0583)	1,12 (1,00-1,26)	0,142* (0,0735)	1,15 (0,99-1,33)
Yaş 55-74	-0,468*** (0,0750)	0,62 (0,54-0,72)	-0,315*** (0,0914)	0,72 (0,61-0,87)
Yaş 75+	-1,108*** (0,146)	0,33 (0,25-0,44)	-0,899*** (0,158)	0,40 (0,30-0,55)
En düşük gelir gr.	0,765*** (0,0879)	2,15 (1,81-2,55)	0,951*** (0,114)	2,59 (2,07-3,24)
Düşük gelir gr.	0,562*** (0,0905)	1,75 (1,47-2,09)	0,726*** (0,109)	2,06 (1,67-2,56)
Orta gelir gr	0,581*** (0,0921)	1,78 (1,49-2,14)	0,595*** (0,115)	1,81 (1,45-2,27)
Yüksek gelir gr.	0,224** (0,0945)	1,25 (1,04-1,50)	0,475*** (0,116)	1,61 (1,28-2,02)
Evli olması	0,410*** (0,0697)	1,50 (1,31-1,73)	0,366*** (0,0868)	1,44 (1,22-1,71)
Dul olması	0,473*** (0,104)	1,60 (1,31-1,97)	0,531*** (0,123)	1,70 (1,34-2,16)
Orta okul ve lise	-0,197*** (0,0571)	0,82 (0,73-0,92)	-0,162** (0,0694)	0,85 (0,74-0,97)
Üniveriste ve üstü	-0,198** (0,0862)	0,82 (0,69-0,97)	-0,243** (0,103)	0,78 (0,64-0,96)
SGK’lı olması	-0,765*** (0,0524)	0,46 (0,42-0,52)	-0,680*** (0,0669)	0,51 (0,44-0,58)
Sabit katsayı	-2,059*** (0,117)	0,12 (0,10-0,16)	-2,618*** (0,147)	0,07 (0,05-0,09)
Gözlem sayısı	19,129	19,129	17,242	17,242

Not: Parantez içerisindeki değerler standart sapmaları göstermektedir.

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$

Tablodan da görüleceği üzere bütün katsayılar istatistiksel olarak anlamlıdır. Tablodaki sonuçlara cinsiyet perspektifinden bakıldığında, kadın olmanın katsayısı her iki yıl da pozitiftir. Bu durum erkeklerle karşılaştırıldığında, kadınlar arasında karşılanamayan diş sağlığı bakımı ihtiyacı olasılığının daha yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Yaş grupları itibariyle değerlendirildiğinde, 15-34 yaş aralığının referans grup olarak alındığı analizde, 35-54 yaş grubuna ilişkin katsayı pozitifken, diğer gruplara ilişkin katsayılar negatiftir. Bu bağlamda, 35-54 yaş aralığındaki bireylerin, referans grupla karşılaştırıldığında, diş sağlığı bakım hizmetlerinden yararlanma olasılığının düşük olduğu söylenebilir.

Hanehalkı gelir düzeyi dikkate alınarak tabloya bakıldığında, en yüksek gelir elde edenlerin oluşturduğu grup referans kategori olarak alınmıştır. Bu çerçevede diğer gelir gruplarına ilişkin katsayıların her birinin pozitif olması, en yüksek gelir grubuyla kıyaslandığında, diğer grupların diş sağlığı bakım hizmetlerine erişme olasılıklarının daha düşük olduğunu göstermektedir. Gelir gruplarındaki farklılığın derecesini görebilmek amacıyla tablodaki olasılık oranlarına (Odds Ratio) bakıldığında, 2014 yılı için en düşük gelir grubuna ait olasılık oranının yaklaşık 2,15 olduğu

görülmektedir. Bu oran, söz konusu yılda en düşük gelir grubundaki bireylerin, en yüksek gelir grubuna kıyasla, diş sağlığı bakım hizmetlerinden yararlanamama ihtimalinin 2,15 kat daha yüksek olduğu anlamına gelmektedir. 2016 yılında söz konusu oran 2,58'e çıkmıştır. Dolayısıyla en düşük gelir grubunun diş sağlığı hizmetinden yararlanma düzeyi iki yıl içerisinde önemli derecede düşmüştür.

Medeni durum itibariyle değerlendirildiğinde, bekâr bireyler referans grup olarak alınmıştır. Tablodan da görüleceği üzere evli ve dul bireylere ait katsayılar her iki yıl da pozitifdir. Buna göre evli ve dul bireylerin bekârlara göre ödeme güçlüğü sebebiyle diş sağlığı bakım hizmetlerine ulaşım imkânları daha sınırlıdır. Buna ilişkin 2016 yılı için olasılık oranlarına bakıldığında ise, evlilerin katsayısı 1,44 iken, dulların katsayısı yaklaşık 1,70'tir. Bu anlamda dulların, bekârlara kıyasla diş sağlığı bakım hizmetlerinden, ödeme güçlüğü nedeniyle, yararlanamama ihtimalinin 1,7 kat daha düşük olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Ankete katılanların eğitim durumu dikkate alındığında, referans grubu olan ilkökul ve altı eğitim seviyesine sahip bireylere göre, daha yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin diş sağlığı bakım hizmetlerine ulaşamama olasılıklarının daha düşük olduğu gözlenmektedir. Son olarak elde edilen bulgular, SGK'ya bağlı olan bireylerin, diş sağlığı bakım hizmetlerine ulaşma olasılıklarının daha yüksek olduğuna işaret etmektedir.

V. TARTIŞMA VE SONUÇ

Türkiye'de karşılanamayan ağız ve diş sağlığı bakım hizmetlerinin yaygınlık istatistiklerine göre, 2014 yılında ankete katılanların %13,6'sı, 2016 yılında ise %9,6'sı ödeme güçlüğü nedeniyle, ihtiyaç duymasına karşılık diş sağlığı bakım hizmetlerinden yararlanamamıştır. Bu oran 28 AB ülkesi ortalamasının oldukça üzerindedir (% 4) (OECD/European Union, 2018).

Çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde, elde edilen bulgular mevcut literatürle büyük ölçüde paralellik göstermektedir. Cinsiyet çerçevesinde değerlendirildiğinde, olasılık oranları da dikkate alındığında, kadınların diş sağlığı bakım ihtiyaçlarını karşılama oranı erkeklerden 1,22 kat daha düşüktür. Bu sonuç diğer çalışmalarla da benzerlik göstermektedir (Fernandez vd., 2015). Söz konusu durumu mevcut toplumsal yapı içerisinde değerlendirmek gerekirse, kadınların iş koşulları ve aile içindeki sorumluluklarının fazla olmasının, sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılama konusunda erkeklere göre dezavantajlı konumda olmasına neden olduğu söylenebilir. Bu çerçevede, kadınların bu dezavantajının giderilmesi adına, cinsiyet odaklı sağlık politikaları üretme, çalışmadan çıkarılabilecek önemli bir politika önerisidir.

Çalışmadan elde edilen bir başka sonuç ise yaş gruplarına ilişkindir. 35-54 yaş grubuna ait regresyon katsayısı negatifken, diğer bütün yaş gruplarına ilişkin katsayılar pozitifdir. Bu durum 35-54 yaş aralığındaki bireylerin, diğer yaş gruplarıyla kıyaslandığında, diş sağlığı bakım ihtiyaçlarını karşılayamama oranlarının daha yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Bu yaş aralığı, insanların çalışma hayatının yoğun dönemi olmakla birlikte, diş sağlığına ilişkin problem yaşama ihtimalinin de yüksek olduğu bir dönem olması itibariyle, karşılanamayan diş sağlığı bakım ihtiyacının ortaya çıkma ihtimalinin yüksek olması beklenebilir. Diğer yandan, 75 yaş ve üstü bireylerin ağız ve diş bakımı ihtiyaçlarını referans gruba kıyasla daha yüksek olasılıkla karşıladığı görülmektedir. Ağız ve diş sağlığı sorunlarının yaşlı bireylerin sadece yiyecekleri ısırma, çiğneme ve yutma temel yeteneklerini sınırlamakla kalmadığı, aynı zamanda diğer tıbbi koşullara olan duyarlılıklarını, sosyal etkileşimlerini, yaşam kalitesini ve hatta ölüm oranlarını olumsuz yönde etkilediği (Ebersole vd., 2012) göz önüne alındığında elde edilen bulgunun önemi ortaya çıkmaktadır.

Medeni durum dikkate alınarak ortaya çıkan sonuçlar değerlendirildiğinde, bekâr bireylerin, evli ve dul bireylerle kıyaslandığında, diş sağlığı bakım ihtiyaçlarını karşılama düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Özellikle evli ve çocuklu bireylerin kendilerine ayırabildikleri zaman ve finansal olanaklar bir arada düşünüldüğünde bu sonuç pek de şaşırtıcı değildir.

Bir toplumda görülen gelir eşitsizlikleri, sağlık bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında da eşitsizliklere yol açmaktadır (Monteiro vd., 2016; Calvasina vd., 2014; Fernandez vd., 2015). Çalışmada elde edilen sonuçlar literatürdeki diğer çalışmalarla örtüşmektedir. Olasılık oranlarından da görüleceği üzere, gelir düzeyi yükseldikçe, karşılanamayan diş sağlığı bakım ihtiyaçları oranı azalmaktadır. Bu durum eğitim düzeyi farklılıklarında da kendisini göstermektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe, karşılanamayan diş sağlığı bakım ihtiyaçlarının oranı azalmaktadır. Jang ve diğerleri (2014), Fernandez ve diğerleri (2015) ve Choi ve diğerleri (2019), çalışmalarında elde edilen sonuçlara göre eğitim düzeyi ile diş sağlığı bakım ihtiyaçlarını karşılama olasılığı arasında pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır. Eğitim düzeyi düştükçe, elde edilen gelir düzeyinin de düşmesi, ödeme güçlüğü nedeniyle diş sağlığı hizmetlerinden yararlanamama olasılığını artırmaktadır.

Genel olarak sağlık bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında belirleyici olan bir diğer değişken, makroekonomik durumdaki değişikliklerdir. Türkiye ekonomisinde son dönemde yaşanan durgunluk ve olumsuzluklar, gerek istihdam düzeyinde gerekse de satın alma gücünde azalmayı da beraberinde getirmiştir. Bu durumun özellikle düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip grupların bir bütün olarak daha da dezavantajlı konuma gelmesine neden olduğu söylenebilir. Bu çerçevede, makro düzeydeki sosyal politikaların, sağlık sisteminin yapısını, sosyoekonomik eşitsizlikleri, sosyal ve kültürel sermaye yapısını derinden etkilediğini söylemek mümkündür (Özyavaş, 2018).

Çalışmada etkisini görmek istediğimiz bir diğer değişken de sigortalılık durumudur. Sonuçlara bakıldığında, SGK’ya tabi olan bireylerin, diş sağlığı bakım ihtiyacını karşılama oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Düşük ve orta gelir düzeyinde yer alan bu bireyler, randevu alma, coğrafi erişim ve sıra bekleme gibi engellerle birlikte, devlet desteği olmasına rağmen, kendilerine düşen payı bile ödemede güçlük yaşayabildikleri için, diş sağlığı bakım hizmetlerinden yararlanma oranlarının oldukça düşük kaldığını söylemek mümkündür. Bu çerçevede, elde edilen bulgular Türkiye’de diş hekimliği hizmetlerine kolay erişim sağlayacak kamu sağlık sigortası programlarının yaygınlaştırılması yoluyla diş sigortası kapsamının iyileştirilmesi ihtiyacını vurgulamaktadır. Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimde hakkaniyeti geliştirmenin en iyi seçeneklerinden biri budur.

Bu çalışma karşılanamayan ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sosyoekonomik belirleyicilerini ulusal düzeyde temsili olan bir veri setiyle inceleyen ilk çalışmadır ancak kullanılan veri setiyle ilgili bazı kısıtlara sahiptir. Elde edilen bulgular, doğrudan klinik gözlemden ziyade veri kısıtı nedeniyle, karşılanamayan diş sağlığı bakım ihtiyaçları hakkındaki kişisel beyana dayanmaktadır. Diğer yandan, kullanılan veri seti yatay kesit olduğu için elde edilen bulgular nedensellik ilişkisine değil, bağımlı değişken ile bağımsız değişken arasındaki korelasyona işaret etmektedir. Son olarak, ampirik analize, veri kısıtı nedeniyle, literatürde kullanılan ağız ve diş sağlığıyla ilgili bilgi, sosyal etkileşim, klinik değerlendirmeye ihtiyaç, inanış ve davranışlar gibi değişkenler eklenememiştir.

KAYNAKLAR

- Aday, L. A. (1975). Economic and noneconomic barriers to the use of needed medical services. *Medical Care*, 13, 447-456.
- Allin, S., Grignon, M., & Le Grand, J. (2010). Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? *Social Science & Medicine*, 70(3), 465-472.
- Bozdemir, E., Yilmaz, H. H., & Orhan, H. (2016). General health and oral health status in elderly dental patients in Isparta, Turkey. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 22(8), 579-585.

- Calvasina, P., Muntaner, C., & Quiñonez, C. (2014). Factors associated with unmet dental care needs in Canadian immigrants: an analysis of the longitudinal survey of immigrants to Canada. *BMC Oral Health*, 14(1), 145.
- Caban-Martinez, A. J., Lee, D. J., Fleming, L. E., Arheart, K. L., LeBlanc, W. G., Chung-Bridges, K., ... & Pitman, T. (2007). Dental care access and unmet dental care needs among US workers: the National Health Interview Survey, 1997 to 2003. *The Journal of the American Dental Association*, 138(2), 227-230.
- Chae, S., Lee, Y., Kim, J., Chun, K. H., & Lee, J. K. (2017). Factors associated with perceived unmet dental care needs of older adults. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(11), 1936-1942.
- Choi, J. W., Choi, Y., Lee, T. H., Lee, H. J., Ju, Y. J., & Park, E. C. (2019). Employment status and unmet dental care needs in South Korea: a population-based panel study. *BMJ open*, 9(3), e022436.
- Ebersole, J. L., D'souza, R., Gordon, S., & Fox, C. H. (2012). Oral health disparities and the future face of America. *Journal of Dental Research*, 91(11), 997-1002.
- Fernández, S. C., Ajuria, A. F., Martín, J. J., & Murphy, M. J. (2015). The impact of the economic crisis on unmet dental care needs in Spain. *Journal of Epidemiology Community Health*, 69(9), 880-885.
- Gurbuz, O., Alatas, G., Kurt, E., Issever, H., & Dogan, F. (2010). Oral health and treatment needs of institutionalized chronic psychiatric patients in Istanbul, Turkey. *Community Dental Health*, 27(3), 151-157.
- Jang, Y., Yoon, H., Park, N. S., Chiriboga, D. A., & Kim, M. T. (2014). Dental care utilization and unmet dental needs in older Korean Americans. *Journal of Aging and Health*, 26(6), 1047-1059.
- Mohanta, A. (2017). Oral health 21st century; an emerging challenge. *EC Dental Science*, 8(1), 12-14.
- Monteiro, C. N., Beenackers, M. A., Goldbaum, M., de Azevedo-Barros, M. B., Gianini, R. J., Cesar, C. L. G., & Mackenbach, J. P. (2016). Socioeconomic inequalities in dental health services in Sao Paulo, Brazil, 2003–2008. *BMC Health Services Research*, 16(1), 683.
- Mumcu, G., Sur, H., Yildirim, C., Soylemez, D., Atli, H., & Hayran, O. (2004). Utilisation of dental services in Turkey: A cross-sectional survey. *International Dental Journal*, 54(2), 90-96.
- Namal, N., Vehit, H. E., & Koksall, S. (2007). Do autistic children have higher levels of caries? A cross-sectional study in Turkish children. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 25(2), 97-102.
- Newacheck, P. W., Hughes, D. C., Hung, Y. Y., Wong, S., & Stoddard, J. J. (2000). The unmet health needs of America's children. *Pediatrics*, 105(Supplement 3), 989-997.
- OECD/European Union. (2018). Unmet health care needs, in Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, Paris/European Union, Brussels, OECD Publishing.
- Özyavaş, S. (2018). Türkiye'de ağız diş sağlığı politikası: Mevcut durum analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 789-805.

BİR VAKIF ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİ

Salim YILMAZ *
Ahmet Murat GÜNAL **


ÖZ

Sağlık okuryazarlığı kronik hastalıkların yönetimi, sağlıklı yaşam bilinci, sağlık harcamalarının artışı/azalışı, erken ölüm, erken yeti yitimi gibi durumlara yakın ilişkilidir. Ayrıca son dönemde Covid-19 pandemisinin yayılması, kontrolü gibi konularda toplumdaki her bir bireye düşen görevin yerine doğru getirilmesi yine sağlık okuryazarlığının kapsamına girmektedir. Sağlık personeli olmaya aday her bir kimse, toplumda sağlık alanı dışında kalan insanlara sağlık eğiticisi ve danışmanı rolünü üstlenir. Bu nedenle sağlık alanında öğrenim gören bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olması son derece önemlidir. Bu çalışma bir vakıf üniversitesindeki sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Örneklemi 198 öğrenci oluşturmuştur. İstatistiksel analizlerde spearman korelasyon analizi, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H testleri kullanılmıştır. Çalışmanın bulgularında kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin erkeklere göre daha yüksek olduğu, sınıf yükseldikçe sağlık okuryazarlığı düzeyinin arttığı görülmüştür. Genel olarak sağlık okuryazarlık düzeyinin iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık politikalarının yorumlanması konusunda öğrenciler ortalama düzeyde olduklarını belirtmişlerdir. Kronik hastalığı olanlar, olmayanlara göre ve düzenli ilaç kullananlar düzenli ilaç kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturacak yükseklikte puan almamışlardır. Bu kişilerin sağlık düzeyini ve yaşam kalitelerini artırmak adına daha dikkatli olmaları için bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Ayrıca tüm sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerine sağlık sisteminin işleyişi ve sağlık politikalarını değerlendirmelerini sağlayacak genel bir sağlık yönetimi dersi verilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, sağlık okuryazarlığı düzeyi, sağlık bilimleri fakültesi öğrencileri

MAKALE HAKKINDA

* Arş. Gör., İstanbul Okan Üniversitesi, salim.yilmaz@okan.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-2405-5084>

** Öğr. Gör., İstanbul Okan Üniversitesi, ahmetmurat.gunal@okan.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-9109-1080>

Gönderim Tarihi: 01.04.2020

Kabul Tarihi: 07.09.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Yılmaz, S. & Günal, A. M. (2020). Bir vakıf üniversitesi'nin sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı düzeyi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 547-560

THE HEALTH LITERACY LEVEL OF A FOUNDATION UNIVERSITY FACULTY OF HEALTH SCIENCES STUDENTS

Salim YILMAZ *
Ahmet Murat GÜNAL **

ABSTRACT

Health literacy is closely associated with conditions such as management of chronic diseases, awareness of healthy living, increase/decrease of health expenditures, and premature deaths and disability. Besides, it's also within the scope of health literacy to fulfill the duty of every individual in the society in issues such as the spread and control of the Covid-19 pandemic. People who will become healthcare professionals also act as health educators and counselors to people outside the health sector. For this reason, the individuals who are in the health education area must have a high level of health literacy. This study was carried out to determine the health literacy level of the students of the faculty of health sciences at a foundation university. 198 students formed the sample. Spearman correlation analysis, Mann Whitney U and Kruskal Wallis H tests were used in statistical analysis. In the findings of the study, it was observed that women had higher health literacy compared to men, and the level of health literacy increased as the grade increased. In general, it was concluded that the level of health literacy is good. The students stated that they are at an average level in the interpretation of health policies. People with chronic illnesses did not receive statistically significantl higher points compared to those who did not have chronic illnesses and those who used regular medications also did not receive points that would significantly differ compared to those who did not. These people should be informed once more to be more careful to increase their health and quality of life. Additionally, it may be recommended to provide a general health management course to all health science students, which will enable them to evaluate the functioning of the health system and health policies.

Keywords: Health literacy, level of health literacy, students of faculty of health sciences

ARTICLE INFO

* İstanbul Okan University, salim.yilmaz@okan.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-2405-5084>

** İstanbul Okan University, ahmetmurat.gunal@okan.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-9109-1080>

Received: 01.04.2020

Accepted: 07.09.2020

Cite This Paper:

Yılmaz, S. & Günel, A. M. (2020). Bir vakıf üniversitesi'nin sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı düzeyi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 547-560

I. GİRİŞ

Sağlık okuryazarlığı T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yayınladığı Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü içerisinde “Bireylerin, iyi sağlığı teşvik edecek ve sürdüreceği şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal becerileri temsil eder” olarak tanımlanmıştır (Çopurlar, 2016).

Amerikan Tıp Derneği için sağlık okuryazarlığı “bireylerin sağlıkla ilgili verilen mesajları okuması, anlaması, temel anlamda yorumlayabilmesi, ilaç kutularının üzerinde yazanları kullanmak adına anlayabilmesi, sağlık çalışanları tarafından söylenenleri anlayarak uygulayabilmesi” tanımını kullanmıştır (American Medical Association [AMA], 1999).

Sorensen ve arkadaşları (2012) sağlık okuryazarlığı ile ilgili o yıla kadar yapılmış çalışmalarda tanımları araştırmış ve yeniden ortak bir tanım yapmaya çalışmışlardır. Onlara göre sağlık okuryazarlığı en iyi şekilde “insanların sağlıklarıyla ilgili günlük yaşamlarında karar alabilmelerine yarayan, yaşam kalitelerini yükseltmek ve sürdürebilmek için sağlıklarını geliştirme, hasta olmalarını önleme hedefiyle gerekli olan sağlık bilgisine erişme, anlama, değer biçme ve bu bilgiyi kullanabilecek bilgi, motivasyon ve yeterlidir” şeklinde tanımlanmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili çeşitli sınıflandırmalar söz konusudur. Ancak en kabul görüleni Nutbeam'in 2000 yılında yayınladığı üçe ayrılan sınıflandırmadır. Bu sınıflandırmaya göre Fonksiyonel, İletişimsel ve Kritik olmak üzere Sağlık okuryazarlığını üçe ayırmıştır. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı temel sağlık bilgilerini sözlü ve yazılı olarak anlayıp, risklerin farkında olma ve bilgiyi basit anlamda kullanabilme yetisidir (Carmona ve Pleasant, 2018). İletişimsel sağlık okuryazarlığı ise sağlık sunucuları ile iletişimde sosyal ve bilişsel becerilere sahip olma, değişen sağlık bilgilerine erişebilme ve rahatlıkla kullanabilme yetisidir (Bilgel vd., 2017). Kritik sağlık okuryazarlığı iletişimsel sağlık okuryazarlığına ek olarak sağlıkla ilgili bilgilere eleştirel bakış açısı getirebilme, yeni bilgileri analiz edebilme, toplumsal sorunlara çözümsel yaklaşım getirebilme, sağlığın politik ve ekonomik yönlerini değerlendirebilme donanımına sahip olma yetisidir (Chinn, 2011).

Sağlık okuryazarlığı kavramı kişinin sağlıkla ilgili bilgiyi sadece algılaması değil; aynı zamanda anlatıları düşünüp, yorumlayıp bunları kendi hayatına uygulayan kişi olması anlamına gelmektedir. Çünkü sağlık okuryazarlığının önemi ancak bireylerin sahip oldukları sağlık bilgilerini yaşamlarında kullanabilmeleriyle işlev kazanır (Duran vd., 2018).

Sağlık okuryazarlığı, bir diğer taraftan kişilerin sağlık kendileri ve yakın çevreleriyle ilgili sağlık kararlarını uygun şekilde verebilmek ve bu kararların sınırlarını da bilebilmek anlamına gelmektedir. Yine bireyler sağlıkla ilgili bilgileri okuyup anlarlarken bu bilgileri doğru biçimde ve sağlık profesyonellerinin yönlendirmeleri doğrultusunda kullanabilmelidirler. Aynı zamanda randevuların erişebilirliği, sağlık sistemlerinin anlaşılabilirliği de bu kapsama dahil edilebilir. Sağlık okuryazarlığı zayıf olan kişilerde ve toplumlarda kendi sağlığını yönetememe sorunu ortaya çıkmakta ve kısa ve/veya uzun vadede tedaviye ihtiyaç duyulması artmaktadır. Bu sebeple sağlık okuryazarlığı beşerî ve mali kaynakları önemli ölçüde kullanmaktadır (Kickbusch vd., 2015).

Gelişmiş ülkelerin birçoğunda yapılmış çalışmalar göstermektedir ki sağlık okuryazarlığı eğitim ve ekonomik düzeyi yüksek ülkelerde de düşüktür (Geboers vd., 2016). Amerika Birleşik Devletleri kendi vatandaşlarının sağlık okuryazarlık düzeylerini artırarak özyönetimlerinin gelişmesini sağlama hedefiyle öğrencilerin ders içeriğine sağlık okuryazarlığı ile ilgili bölümler koymuştur. Ayrıca sağlık okuryazarlık seviyesini tespit edecek ölçme araçlarının geliştirilmesine destek vermektedir (Aktaş, 2019). Ülkemizde sağlık okuryazarlık indeksi puanı 30,4 olarak hesap edilmiştir. Avrupa ortalaması ise 33,8'dir (Aslantekin, 2014). Bu sonuç vatandaşlarımızın sağlık okuryazarlığı konusunda eksik olduğunu açıkça göstermektedir. Yine ülkemizde yapılmış bir araştırmada üniversite öğrencilerinin hipotansiyonun ne olduğunu %81,2'sinin bilmediği saptanmıştır (İnkaya, 2018).

Sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük kimseler, ya basit semptomlar gösteren rahatsızlıkları olduğunda sağlık kuruluşunu gereksiz meşgul edecek davranışlar sergilemekte ya da önemli semptomları yanlış yorumlamakta veya göz ardı etmektedir. Bilinçsiz antibiyotik ve ilaç kullanımları da sağlık okuryazarlık seviyesinin düşüklüğünden kaynaklanmaktadır (Yılmaz, 2016). Son yıllarda yapılmış çalışmalar kronik rahatsızlığı olan kimselerin yaptırması gereken kontrolleri yaptırmadığını ve özdenetimlerini iyi yapmadıklarını ortaya koymuştur (Costa, 2019). Bunların tümü kısa veya uzun vadede hem bireye hem de devlete mali yük olarak dönmektedir. Sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde güçlü bir korelasyon vardır. DSÖ'ye göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70 ile %80'i, gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin ise %40 ile %50'sinin sebebi bireylerin yaşam biçimi davranışlarıyla alakalı olarak gerçekleşen ölümlerdir (Yaşar, 2018).

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar incelendiğinde kronik hastalıkların maliyeti artırdığı ile ilgili bilgilerden bahsedilmektedir. Buna ek olarak sağlıklı yaşam düzeyi bu hastalıklara sahip bireylerde önemli ölçüde ve olumsuz yönde etkilenmektedir. Çin'in Wuhan kentinde 2019 yılında başlayıp dünyayı saran bir tehlikeye dönüşen Covid-19 (yeni koronavirüs) pandemisine karşı ülkelerin almaya çalıştıkları önlemler değerlendirildiğinde; sadece bulaşıcı olmayan hastalıklar açısından değil, salgınlarda da sağlık okuryazarlığının önemi gözler önüne serilmiştir. Hastalığın bulaşma yollarına karşı alınacak önlemlerin doğruluğu, oluşan paniğin zarar verici yansımaları ya da salgının yayılmasını yavaşlatacak uyarılara uymama ve bunun önemini algılayamama durumları aslında doğrudan sağlık okuryazarlığı ile ilişkilidir.

Üniversite dönemindeki bireylerde kişisel gelişim düzeyi oldukça hızlı yükselir. Üniversite çağlarında edinilen davranışların ve özellikle bireyin kendi sağlığı ile ilgili davranışların kalıcılığı bilinmektedir (Güvenc, 2006). Sağlık personeli adayının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında bulunması rol modellik açısından önemlidir. Öte yandan sağlık bilimleri fakültesinde ve dolayısıyla sağlık alanında öğrenim görenin verdiği bilince sahip olma önemli bir husustur. Nitekim sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığıyla ilgili yüksek bilgiye sahip olması beklenmektedir. Bu kişiler ileride topluma kendileri ne kadar aydınlıkta o kadar ışık tutacaklardır.

Bu çalışma, bir Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlık seviyesinin ne olduğu belirlenmesi amacıyla ve demografik birtakım özelliklere göre sağlık okuryazarlık düzeylerinde farklılığın araştırılması amacıyla gerçekleştirilmiştir.

II. YÖNTEM

2.1. Araştırma Tipi

Araştırma gözlemsel nitelikte olup kesitsel ve tanımlayıcı özellikte bir araştırmadır.

2.2. Araştırma Yeri ve Tarihi

Araştırma İstanbul Okan Üniversitesi'nin Tuzla kampüsündeki Sağlık Bilimleri Fakültesinde Şubat 2020 ayı içerisinde gerçekleştirilmiştir.

2.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini İstanbul Okan Üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesinde kayıtlara göre devam etmekte olan 1097 öğrenci oluşturmuştur. %95 güven düzeyi ve 7'lik güven aralığı ve ana kitle örneklem büyüklüğü hesaplandığında en az 166 kişiye ulaşılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada 198 öğrenci araştırmaya dahil edilmiş ve bu sayı üzerinden %95 güven düzeyi içerisinde %6,31'lik bir hata payı hesaplanmıştır. Hesaplanan hata payı oranının çalışmanın bilimselliği açısından uygun olduğu düşünülmüştür.

2.4. Verilerin Elde Ediliş Yöntemi

Veriler anket yoluyla toplanmış ve toplanırken gönüllülük esasına mutlak suretle özen gösterilmiştir. Kullanılan anket Sağlık Okuryazarlığı düzeyini belirlemek adına Sağlık Bakanlığının 2013 yılında “Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Geliştirme Çalışmayı” sonrasında geliştirilen geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış 32 maddelik “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32” dir.

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 Fikrim yok, Çok zor, Zor, Kolay ve Çok kolay olmak üzere 5’li likert tipinde bir ölçektir. Soru cevapları puanlamaları sırasıyla 0 ila 4 arasındadır. Buna göre ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ila 128 arasında değişmektedir.

2.5. İstatistiksel Yöntemler

Araştırma SPSS 22.0 programı ile analiz edilmiştir. Verilerin güvenilirlik analizi Cronbach Alpha katsayısı ile analiz edilmiş; sonuç 0,955 çıkmış ve veriler çok yüksek derecede güvenilir kabul edilmiştir.

Tanımlayıcı istatistiksel verileri ifade ederken frekans, yüzde, minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır. Verilerin dağılımı Kolmogrov Smirnov testi ile araştırılmış ve tüm verilerde normal dağılmadığı saptandığı ($p=0,000<0,05$) için non-parametrik analizlere başvurulmuştur. İki gruplu nominal değişken barındıran verilerin fark analizlerinde Mann Whitney U, üç gruplu nominal değişken barındıran verilerin fark analizlerinde Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Üç gruplu nominal değişken barındıran verilerin anlamlılık halinde anlamlılığın neden olduğu parametrelerin anlaşılması için Model Viewer aracılığıyla ikili kıyaslama yapılmıştır. Her iki tarafta sayısal veriler barındıran durumlarda ilişkinin saptanması için Spearman Korelasyonu uygulanmıştır.

2.6. Araştırmanın Etik İzni

Çalışmaya katılan katılımcılara çalışmanın amacı açıklanarak, gönüllü ve istekli olmalarına özen gösterilmiştir. Araştırmanın yürütülebilmesi için 04.02.2020 tarihli İstanbul Okan Üniversitesi, etik kurul kararı alınmıştır (No: 118).

III. BULGULAR

Araştırma katılımcıları arasında çoğunluğu; %91,4 ile kadınlar, %63,1 ile Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencileri, %36,9 ile üçüncü sınıf öğrencileri, %83,3 ile orta gelir düzeyine sahip olduğunu düşünenler, %85,9 ile çekirdek aile tipine sahip olanlar, %61,6 sosyal güvencesi SGK olanlar, %92,4 kronik hastalığı olmayanlar ve %88,4 düzenli ilaç kullanmayanlar oluşturmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Bulguları

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	181	91,4
Erkek	17	8,6
Bölüm		
Beslenme ve Diyetetik	125	63,1
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	19	17,2
Sağlık Yönetimi	34	9,6
Hemşirelik	13	6,6
Çocuk Gelişimi	7	3,5
Sınıf		
1	17	8,6
2	62	31,3
3	73	36,9
4	46	23,2
Algılanan Gelir Düzeyi		
Düşük	4	2,0
Orta	165	83,3
Yüksek	29	14,6
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	170	85,9
Geniş Aile	25	12,6
Diğer	3	1,5
Sosyal Güvence		
SGK	122	61,6
Özel Sigorta	28	14,1
Yok	10	5,1
Bilmiyorum	37	18,7
60c-1 (Yeşil Kart)	1	0,5
Kronik Hastalığa Sahip Olma		
Evet	15	7,6
Hayır	183	92,4
Düzenli İlaç Kullanma		
Evet	23	11,6
Hayır	175	88,4
Toplam	198	100,0

Katılımcıların cinsiyete göre yaş ortalaması incelendiğinde kadınların $21,41 \pm 1,92$ olduğu; erkeklerin $21,64 \pm 1,36$ olduğu, genel ortalamanın ise $21,43 \pm 1,88$ olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Cinsiyete Göre Yaş Ortalaması

Cinsiyet	n	Ort. \pm ss	Min.	Mak.
Kadın	181	$21,41 \pm 1,92$	18	36
Erkek	17	$21,64 \pm 1,36$	20	24
Toplam	198	$21,43 \pm 1,88$	18	36

Tablo 3. Cinsiyete Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanı Karşılaştırması

	Cinsiyet	n	Sıra Ort.	z	P ^U
TSOYÖ-32	Kadın	181	102,44	-2,360	0,018
	Erkek	17	68,15		
	Toplam	198			

^U: Mann Whitney U Testi

Cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($z=-2,360$; $p=0,018<0,05$). Buna göre kadınların sağlık okuryazarlık düzeyi erkeklere göre yüksektir (Tablo 3).

Tablo 4. Sınıfa Göre Sağlık Okuryazarlığı Puanı Karşılaştırması

	Sınıf	N	Sıra Ort.	X ²	P ^{KW}	Anlamlılık
TSOYÖ-32	1	17	83,21	7,838	0,049	4>1,2
	2	62	91,05			
	3	73	98,47			
	4	46	118,55			
	Toplam	198				

^{KW}: Kruskal Wallis H

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanları, öğrenim görmekte oldukları sınıfa göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($X^2=7,838$; $p=0,049$). Anlamlılığın kaynağı araştırıldığında dördüncü sınıfların birinci ve ikinci sınıflara göre puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 5. Katılımcıların En Düşük ve En Yüksek Ortalamaya Sahip Olduğu Ölçek Maddeleri

	Madde	Ortalama	Std. Sapma
En Yüksek	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak	3,5606	0,65599
En Düşük	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak	2,5404	1,0595

Katılımcıların ortalama olarak en yüksek puan aldığı madde “Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak” olmuştur ($3,5606\pm 0,65599$). En düşük ortalamaya sahip oldukları madde ise “Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak” olmuştur ($2,5404\pm 1,0595$) (Tablo 5).

Tablo 6. Katılımcıların TSOYÖ-32’den aldıkları Ortalama Puan

Ölçek	Madde Sayısı	Ortalama	Std. Sapma
TSOYÖ-32	32	3,1021	0,5889

Katılımcıların TSOYÖ-32 ölçeğinden aldıkları ortalama puanın $3,1021\pm 0,5889$ olduğu görülmüştür (Tablo 6).

Çalışmada elde edilen diğer bulgular aşağıda sunulmaktadır:

- Kronik hastalık durumu ile sağlık okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($z=-1,144$; $p=0,253>0,05$).
- Düzenli ilaç kullanma durumu ile sağlık okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($z=-1,471$; $p=0,141>0,05$).
- Okudukları bölümle sağlık okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($\chi^2=6,875$; $p=0,143>0,05$).
- Gelir düzeyi grupları ile sağlık okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($\chi^2=4,395$; $p=0,111>0,05$).
- Sosyal güvence ile sağlık okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($\chi^2=4,609$; $p=0,330>0,05$).
- Aile tipi ile sağlık okuryazarlığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($\chi^2=1,644$; $p=0,439>0,05$).
- Yaş durumu ile TSOYÖ-32 ölçeğinden alınan puan arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($r=0,127$; $p=0,074>0,05$).

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırmamızda bir Vakıf Üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi hedeflenmiştir. Genel değerlendirmeye bakıldığında 4 puan üzerinden ortalama $3,1021\pm 0,5889$ almaları öğrencilerin sağlık okuryazarlığının iyi düzeyde olduğu şeklinde yorumlanabilir. Öte yandan sağlık alanında meslek sahibi olacak bireyler olduğu düşünüldüğünde beklenen bir puan değerlendirilmesi yapılabilir. Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlık indeksi değerlendirildiğinde ortalama düzeyde olduğu görülmektedir. Pakseresht ve arkadaşlarının (2017), 8 Avrupa ülkesinin dahil edildiği ve 8000 kişinin katıldığı sağlık okuryazarlığı düzeyi belirleme çalışmasında Hollanda'daki katılımcıların %30'unun, Bulgaristan'daki katılımcıların %60'ının yetersiz ya da sınırdaki sağlık okuryazarlığı seviyesinde oldukları tespit edilmiştir.

Tanrıöver ve arkadaşlarının yaptığı Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırmasında, toplumumuzun %24,5'inin yetersiz, %40,1'inin sorunlu-sınırlı, %27,8'inin yeterli ve %7,6'sının mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Güven ve diğerleri (2018) Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerine yönelik sağlık okuryazarlığı çalışmasında %55'i yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları ve 4 puan üzerinden yaklaşık 2,72'ye tekabül eden puan aldıkları görülmüştür. Bizim çalışmamızda 4 puan üzerinden 3,102 puan alınması örnekleme dahil olan katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 50 puan üzerinden 30,4 hesaplanmıştır (Güven vd., 2018). Bu durum 4 puana oranlandığında yaklaşık 2,43 puan etmektedir. Öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin her iki çalışmada da Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir. Zhang ve diğerleri (2016) Chongqing'te tıp fakültesi öğrencileri üzerinde gerçekleştirdikleri sağlık okuryazarlığı düzeyi belirleme çalışmasında öğrencilerin %20,4'ü düşük ve sadece %5,7'sinin yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Uysal ve diğerlerinin (2020) çalışmasında öğrencilerin %13,9'u yetersiz, %45,0'ı sınırdaki, %33,5'inin yeterli, %7,6'sı ise mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir. Erunal ve diğerleri (2018,) Hemşirelik fakültesi öğrencileri üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada ise katılımcıların %8,8'i yetersiz, %42,0'ı sınırdaki, %31,2'si yeterli, %18,0'ı mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları bulunmuştur. Kolnik ve diğerlerinin (2017) Slovenya'da bir hemşirelik fakültesi öğrencileri üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada %37,3'ü yeterli, %46,1'i yetersiz, %16,6'sı sınırdaki sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir. Runk ve diğerlerinin (2017) Vietnam'da yaptığı çalışmada

ise öğrencilerin %36,1'i yetersiz, %56,6'sı sınırdan, %7,0'si yeterli, %0,4'ü mükemmel sağlık okuryazarlık seviyesine sahiptir.

Çalışmamızda kronik hastalık sahibi olanların ölçekten aldığı puanla olmayanlara göre anlamlı bir farklılığının olmaması, kronik hastalık sahibi bireylerin sağlığı konusunda daha hassas davranmaları gerektiği halde bunu yeterince yapmadıkları şeklinde yorumlanabilir. Özellikle sağlık okuryazarlığı kronik hastalıkların yönetiminde son derece önem arz etmektedir. Çünkü kronik hastalıklar en çok özyönetim ile kontrol altına alınabilmekte ve burada bireyin kendi sağlığı üzerindeki görevleri ön plana çıkmaktadır (Nielsen-Bohlmann, 2004). Ayrıca kronik hastalıkların yarattığı ekonomik yükü sağlık okuryazarlığın yetersiz olmasının etkisinin %3 ila %5 ek maliyet sağlayabildiğine dair çalışmalar mevcuttur (Carmona ve Pleasant, 2018). Eichler ve diğerleri (2009) yaptıkları çalışmada, ulaştıkları 2340 yayın sonrasında sağlık okuryazarlığının düşük olmasının maliyetinin kişi başı yıllık 143-7798 dolar arasında olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Araştırmamızda kronik hastalığa sahip bireylerin oranı %7,4 olarak bulunmuştur. Bozhüyük ve Özcan'ın gerçekleştirdiği çalışmada %9,1'dir. Uysal ve diğerlerinin (2020) Hukuk, Hemşirelik ve İslami Bilimler fakültesi öğrencilerine yaptığı çalışmada da kronik hastalığı olan öğrencilerin oranını %9,6 olarak bulmuşlardır. Bu açıdan çalışmalar benzerlik göstermektedir. Erunal ve diğerlerinin (2018) hemşirelik fakültesi öğrencilerinde uyguladıkları çalışmada ise %6,9'unda kronik hastalık sahibi olduğu bilgisi edinilmiştir. Uysal ve diğerleri (2020) çalışmalarında kronik hastalığı olmayanların kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek sağlık okuryazarlık seviyesine sahip olduğu bulgusuna ulaşmışlardır. Bizim çalışmamızda ise kronik hastalığa sahip olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Erunal ve diğerlerinin (2018) çalışmasında da kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Buna ek olarak Uysal ve diğerlerinin (2020) çalışmasında rutin sağlık kontrolü yaptırmayanların rutin sağlık kontrolü yaptıranlara göre daha düşük sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları saptanmıştır. Bu durum sağlığa verilen önem düzeyi ile sağlık okuryazarlık düzeyinin benzerlik gösterdiği ile açıklanabilen bir sonuçtur.

Çalışmamızda düzenli ilaç kullanmak zorunda olan bireylerin sağlık okuryazarlık puanı ile böyle bir zorunluluğu olmayan bireylerin puanı arasında anlamlı bir farklılık elde edilememiştir. Yetersiz sağlık okuryazarlığı erken yaşta gerçekleşen ölüm oranlarını artırdığı bilinmektedir (Baker vd., 2007). Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğu kimselerde, diyabet hastalığında daha zayıf glisemik kontrole ve daha yüksek düzeyde retinopatiye yol açtığı bulguları saptanmıştır (Dahal vd.,2020). Bir başka çalışmada astımlı hastalarda inhaler kullanımını etkilediği görülmüştür (Rosas-Salazar, 2012). Yine başka çalışmalarda sağlık okuryazarlığı düşük olduğunda, gerekli durumlarda pap smear testi, mamografi, grip aşısı gibi önleme ve tarama müdahalelerinin daha az yaptırıldığı saptanırken ileri evre prostat ve meme kanserlerine yakalanma risklerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Berkman, 2010). Bu çalışmamızda düzenli ilaç kullanmak durumunda olan kişilerin böyle bir zorunluluğu olmayan kimselere göre sağlık okuryazarlığında bir farklılık oluşturmaması tıpkı kronik hastalığı olanların, olmayanlara göre anlamlı farklılık oluşturmaması gibi ilginç bir sonucu ortaya koymuştur.

Zhang ve diğerlerinin (2016) çalışmasında öğrenciler sorular içerisinde en yüksek skoru "sağlık bilgilerini ne yapacağını bilecek kadar iyi anlamak" sorusundan almışlardır. En düşük skoru aldıkları soru ise "sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından anlaşıldığını ve desteklendiğini hissetmek" olmuştur. Budhathoki ve diğerlerinin (2019) Nepal'de tıp fakültesi ve diş hekimliği fakültesi öğrencilerine yaptığı çalışmada ise en yüksek skorun alındığı soru "Sağlığım için sosyal destek" sorusu olurken; en düşük skorun alındığı soru "sağlığımı yönetmek için yeterli bilgiye sahibim" sorusu olmuştur. Bizim çalışmamızda "Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak" sorusundan öğrenciler en yüksek puanı alırlarken; en düşük puanı ise "Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak" sorusundan almışlardır.

Ülkemizde gerçekleştirilen sağlık okuryazarlığını konu alan birçok çalışmada kadınların aldıkları ortalama puanların erkeklere göre anlamlılık yaratacak şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Özdemir vd., 2010). Dinçer ve diğerlerinin (2017), Ertaş ve diğerlerinin (2019), Teleş (2018), Uysal ve diğerlerinin (2020), Okyay ve diğerlerinin (2016) yaptıkları çalışmalarda ise, cinsiyet ile sağlık

okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda ise kadınların erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratacak şekilde yüksek sağlık okuryazarlığına sahip oldukları görülmüştür. Bu durum kendi sağlıkları konusunda erkeklere göre bu çalışmada da daha duyarlı oldukları şeklinde yorumlanabilir. Güven ve diğerleri, (2018) çalışmasında da kadınlarda %59,4 mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyi varken, erkeklerde bu oran sadece %35,0'dır. Biçer ve Malatyalı'nın (2018) sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerine yaptığı çalışmada da kadınlar erkeklere göre daha yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığına sahiptir. Erunal ve diğerlerinin (2018) çalışmasında da kadınlar erkeklere göre daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptirler. Almaleh ve diğerleri (2017) Mısır'da gerçekleştirdikleri çalışmaya göre kadınların sadece %10,2'si sağlık okuryazarlık düzeyinde "yeterli" seviyede olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Van Duong ve diğerleri (2007) Tayvan'da bir hastanede uyguladıkları çalışmada da erkeklerin kadınlara göre daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduklarını görmüşlerdir. Levine (2018)'nin çalışmasında ise pediatri ve yetişkin nefrolojiye başvuran kadın hastaların sadece %34,3'ü yeterli sağlık okuryazarlığına sahiptir. Zhang ve diğerlerinin (2016) çalışmasında da sağlık okuryazarlık düzeyi erkeklerin kadınlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Budhathoki ve diğerlerinin (2019) Nepal'de yaptıkları çalışmada erkek öğrencilerin kadın öğrencilere göre daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Bu çalışmalar göz önüne alındığında bizim ülkemizde kadın erkek arasında farkın ya olmadığı ya da kadınların daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip bulgular varken; Asya ülkelerinde genellikle erkeklerin kadınlara göre daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları görülmektedir.

Tatar (2020) tıp fakültesi öğrencileri üzerinde gerçekleştirdiği sağlık okuryazarlığı araştırmasında sınıf düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlığı düzeyinin de yükseldiğini saptamıştır. Bizim çalışmamızda da benzer sonuç görülmüştür. Son sınıf öğrencilerinin birinci ve ikinci sınıf öğrencilerine göre daha yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığı seviyesine sahip oldukları bilgisi elde edilmiştir.

Çalışmamızda öğrencilerin okudukları bölümler arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Biçer ve Malatyalı'nın (2019) çalışmasında ise Sağlık Yönetimi ve Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencilerinin diğer bölümlere göre sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek çıkmıştır.

Araştırmada algılanan gelir seviyesi, okudukları bölüm, aile tipi ve sosyal güvence açısından ölçeklerden alınan puanlarda katılımcıların bir farklılığının olmadığı saptanmıştır. Ancak sosyal güvencesinin ne olduğunu bilmeyen öğrencilerin oranının %18,7 olması oldukça yüksek olarak değerlendirilebilir. Nitekim ölçek maddelerinden katılımcıların aldığı en düşük puanın "sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak" olarak bulunması katılımcıların sağlık sisteminin işleyişiyle ilgili genel bilgilerinin yetersiz olduğu konusunda fikir vermektedir. Erunal ve diğerlerinin (2018) çalışmasında da gelir seviyesi ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasında fark olup olmadığı araştırılmış ve onların çalışmasında da anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu açıdan çalışmalar benzerlik göstermektedir.

Araştırmada dördüncü sınıf öğrencilerinin birinci ve ikinci sınıf öğrencilerine göre daha yüksek sağlık okuryazarlığına sahip olduğu sonucunun yanında, sıra ortalamaları değerlendirildiğinde her sınıf yükselişinde daha yüksek puan aldıkları gözlemlenmiştir. Bu durum mesleki bilgileri kazandıkça sağlık okuryazarlık düzeylerinin yükselmesi ile açıklanabilir. Beklenen bir sonuç olduğu kadar olumlu olarak da değerlendirilebilir. Zhang ve diğerlerinin (2016) çalışmasında da birinci sınıflar en düşük sağlık okuryazarlık seviyesine sahiptirler. İkinci sınıflar da üçüncü sınıf öğrencilerine göre daha düşük sağlık okuryazarlık seviyesine sahiptirler. Erunal ve diğerlerinin (2018) çalışmasında da sınıf düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlık seviyesi yükselmektedir. Çalışmalar bu açıdan benzer şekilde sınıf düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlık seviyesinin yükseldiğini göstermektedir. Uysal ve diğerlerinin (2020) Hukuk, Hemşirelik ve İslami Bilimler fakültesi öğrencilerine yaptığı çalışmada hemşirelik öğrencilerinde sınıf seviyesi yükseldikçe sağlık okuryazarlık bilgisinin arttığı görülürken, tüm öğrenciler baz alındığında sınıflar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bu durum sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin sağlık okuryazarlık seviyesinin yükseldiği ile açıklanabilir.

Çalışmamızda yaş durumu ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ertaş ve diğerlerinin (2019) ve Biçer ve Malatyalı (2018) çalışmasında da yaş gruplandırmasının sağlık okuryazarlık düzeyinde anlamlı bir farklılık teşkil etmediği görülmektedir. Budhathoki ve diğerlerinin (2019) çalışmasında ise yaşı yüksek olanların daha genç olanlara göre sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık alanında görev yapacak kimselerin mesleki rollerinden biri de sağlık eğitimi ve danışmanlığıdır. Bu rollerini etkili bir biçimde yerine getirebilmeleri için sağlık personeli adaylarının sağlık okuryazarlığının değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Son günlerde yaşanan Covid-19 pandemisinin akabinde oluşan bilgi kirliliği de sağlık okuryazarlığının önemini bir kez daha ön plana çıkarmıştır. Sağlığı koruma ve geliştirme uygulamalarının benimsenmesi, bireyin tedaviye uyumunun artması, kronik hastalık yönetiminin daha etkin yapılması gibi olgular sağlık okuryazarlığının ne kadar iyi olduğuyla doğrudan ilişkilidir. Kişilerin sağlık durumunun belirlenmesi, eşitsizliklerin giderilmesi, maliyetlerin azaltılması, sağlığa doğru erişim gibi hususlar dikkate alındığında sağlık okuryazarlığının üzerinde daha fazla durulmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Toplumda bunu artıracak kimseler arasında en önemlisi hiç kuşkusuz eğitimciler ve sağlık çalışanlarıdır. Buna ek olarak devlet politikalarında toplumun sağlık kültürlenmesinin daha yaygın hale getirilmesi yönünde atılımların yapılması, anaokulundan başlayarak bireylerin sağlık kültürü ve sağlık okuryazarlığının yetkinleştirilmesi ve sağlık okuryazarlığını yükseltme hususunda tüm sağlık profesyoneli gruplarına sorumluluklarının olduğu bilinci yerleştirilmelidir.

KAYNAKLAR

- American Medical Association (AMA). (1999). Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. *Jama*, 281(6), 552-7.
- Aktaş, H. (2019). Sağlık ve eğitimi değerlendirmede bir ölçme aracı: sağlık okuryazarlığı. *Sağlık Bilimlerinde Eğitim Dergisi*, 1(1), 12-16.
- Almaleh, R., Helmy, Y., Farhat E., Hasan H. & Abdelhafez, A. (2017). Assessment of health literacy among outpatient clinics attendees at Ain Shams University Hospitals, Egypt: a cross-sectional study. *Public Health*, 151, 137-145.
- Aslantekin, F., & Yumrutaş, M. (2014). Sağlık okuryazarlığı ve ölçümü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 327-334.
- Baker, D.W., Wolf, M.S., Feinglass, J., Thompson, J.A., Gazmararian, J.A., & Huang, J. (2007). Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*, 167, 1503- 1509.
- Berkman N. D., Davis T. C., & McCormack L. (2010). Health literacy: what is it? *Journal of Health Communication*, 15, 9–19.
- Biçer, E. B., & Malatyalı, İ. (2018). Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 17(2), 1-15.
- Bilgel, N., Sarkut, P., Bilgel, H., & Ozcakil, A. (2017). Functional health literacy in a group of Turkish patients: A pilot study. *Cogent Social Sciences*, 3(1), 1287832.
- Bozhüyük, A., & Özcan, S. (2016). Çukurova üniversitesi sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam davranışları. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 41(4), 664-674.
- Budhathoki, S. S., Pokharel, P. K., Jha, N., Moselen, E., Dixon, R., Bhattachan, M., & Osborne, R. H. (2019). Health literacy of future healthcare professionals: a cross-sectional study among health sciences students in Nepal. *International Health*, 11(1), 15-23.

- Carmona, R., & Pleasant, A. (2018). Becoming literate in health literacy. *JAMA surgery*, 153(2), 143.
- Chinn, D. (2011). Critical health literacy: A review and critical analysis. *Social Science & Medicine*, 73(1), 60-67.
- Costa, V.R.S., Costa, P.D.R., Nakano, E.Y., Apolinário, D., & Santana, A.N.C. (2019). Functional health literacy in hypertensive elders at primary health care. *Brazilian Journal of Nursing*, 72(2), 266-73.
- Çopurlar, C.K., & Kartal, M. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? nasıl değerlendirilir? neden önemli? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 10(1), 42-47.
- Dinçer, A., & Kurşun, Ş. (2017). Üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. *STED*, 26(1), 20-6.
- Dahal, P. K., & Hosseinzadeh, H. (2020). Association of health literacy and diabetes self-management: a systematic review. *Australian Journal of Primary Health*, 25(6), 526-533.
- Duran Ü, Öğüt S, Asgarpour H, & Kunter D. (2018). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2(3): 138-147.
- Eichler, K., Wieser, S., & Brugger, U. (2009) The costs of limited health literacy: a systematic review. *International Journal of Public Health*, 54, 313–324.
- Ertaş, H., Kırac, R., & Kavuncu, B. (2019). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. *Social Sciences*, 14(4), 1459-1469.
- Erunal, M., Ozkaya, B., Mert, H., & Kucukguclu, O. (2018). Investigation of health literacy levels of nursing students and affecting factors. *International Journal of Caring Sciences*, 11(3), 1386-1395.
- Geboers, B., Reijneveld, S.A., Jansen, C.J.M., & Winter, A.F. (2016). Health literacy is associated with health behaviors and social factors among older adults: results from the life lines cohort study. *Journal of Health Communication*, 21, 45-53.
- Güven, D. Y., Bulut, H., & Öztürk, S. (2018). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi, *Journal of History Culture and Art Research*, 7(2), 400-409.
- Güvenç, G., & Aktaş, V. (2006). Ergenlik döneminde yas, toplumsal cinsiyet, bireysel ve ilişkisel tutumlar, benlik değeri ve yaşam becerilerine ilişkin algı arasındaki ilişkiler. *Türk Psikoloji Dergisi*, 21(57), 45.
- İnkaya, B., & Tüzer, H. (2018). Bir üniversitenin sosyal ve sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı durumunun incelenmesi. *Kocaeli Medical Journal*, 7(3), 124-129.
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2015). *Sağlık Okuryazarlığı Sağlam Kanıtlar*. Çeviri: Sağlıkli Kentler Birliği.
- Kolnik, T. Š., Hozjan, D., & Babnik, K. (2017). Health literacy and health related lifestyle among nursing students. *Pielegniarstwo XXI wieku/Nursing in the 21st Century*, 16(2), 42-46.
- Levine, R., Javalkar, K., Nazareth, M., Faldowski, R. A., de Ferris, M. D. G., Cohen, S. & Rak, E. (2018). Disparities in health literacy and healthcare utilization among adolescents and young

- adults with chronic or end-stage kidney disease. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*, 38, 57-61.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, M.A., & Kindig, D.A. (2004). Health literacy: a prescription to end confusion. *The National Academies Press*, 20-65.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267.
- Okyay, P., & Abacıgil F. (2016). Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkçe uyarlaması, *ASOYTR*, 24-41.
- Özdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., & Bilgel, N. (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health education research*, 25(3), 464-477.
- Pakseresht, S., Rezaei, K., Pasha, A., KazemNejad Leili, E., & Hasandoost, F. (2017). Health promoting lifestyle among students at Guilan University of Medical Sciences. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 27, 19– 26.
- Rosas-Salazar, C., Apter A.J., Canino, G., & Celed, J.C. (2012). Health literacy and asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 129, 935-42.
- Runk, L., Durham, J., Vongxay, V., & Sychareun, V. (2017). Measuring health literacy in university students in Vientiane, Lao PDR. *Health Promotion International*, 32(2), 360-368.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 80.
- Tanrıöver M, Yıldırım H, Ready N, Çakır B, & Akalın E. (2014). *Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması*. Sağlık-Sen Yayınları.
- Tatar, M. (2020). *Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi*. (Uzmanlık Tezi). Kırıkkale Üniversitesi, Kırıkkale.
- Teleş, M., (2018). *Sağlık okuryazarlığının belirleyicileri ve hasta sonuçlarına etkisi: kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar üzerinde bir araştırma*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Uysal, N., Ceylan, E., & Koç, A. (2020). Health literacy level and influencing factors in university students. *Health & Social Care in the Community*, 28(2), 505-511.
- Van Duong, T., Chang, P. W., Yang, S. H., Chen, M. C., Chao, W. T., Chen, T. & Huang, H. L. (2017). A new comprehensive short-form health literacy survey tool for patients in general. *Asian Nursing Research*, 11(1), 30-35.
- Yaşar, Ö., Karadağ, N., & Kaymak, G.Ö. (2018). Hemşirelik bölümü öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 7(3): 82-87.
- Yılmaz, M., & Tiraki, Z. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? nasıl ölçülür? *DEUHFED*. 9(4): 142-147.

Zhang, Y., Zhang, F., Hu, P., Huang, W., Lu, L., Bai, R., ... & Zhao, Y. (2016). Exploring health literacy in medical university students of Chongqing, China: a cross-sectional study. *PloS one*, 11(4), 1-10.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

ULUSLARARASI ALANYAZINDA SAĞLIK TURİZMİ ALT BİLEŞENLERİ ÜZERİNE BİBLİYOMETRİK BİR ANALİZ

Sermed DOĞAN *
Tuğba Gül BAYNAL DOĞAN **

ÖZ

Sağlık turizmi alt bileşenleri olarak “medikal turizm”, “termal ve spa-wellnes turizm” ve “yaşlı ve engelli turizm” konularını kapsamaktadır. Ülkelerin turizm geliri içerisinde sağlık turizminin önemli bir paya sahip olması araştırmacıları bu alana yönlendirmiş ve son yıllarda bileşenler çeşitli yönleri ile incelenmiştir. Bu analizlerde genel olarak hangi alt konu başlıkları üzerinde yoğunlaşıldığı, yazar, referans ve dergi atıf ağı, anahtar kelime ağı, ülke ve kurum bağlantısı açısından incelemek çalışmanın amacını oluşturmaktadır. Analiz için Web of Sciences veri tabanından 2000-2019 yılları arasında SSCI (Social Science Citation Index) atıf indeksinde taranan 494 makaleye ulaşılmıştır. Elde edilen veri setinde ağ haritası ve düğümler arasında bağlantıları ortaya çıkarmak için VOSviewer yazılımı kullanılmıştır. Ağ haritasına baktığımızda en fazla kullanılan anahtar kelime “medical tourism”, referans ortak atıf ağına en çok alıntı yapılan makale Connell'in (2006) çalışması, dergi ortak atıf ağına en çok atıf alan ve bağlantı gücü olan dergi “Tourism Management”, yazar ortak atıf ağına en çok atıf alan John Connell olmuştur. Bibliyografik eşleşme analizinde ise belge gücü ve sayısına göre Jeremy Snyder önderlik etmektedir. Son olarak ülke ve kurum iş birliğinde bağlantı gücü en yüksek ülkenin İngiltere ve kurumun ise Sejong Üniversitesi olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak medikal turizmin geniş bir araştırma alanı bulduğu, yaşlı ve engelli turizminin ise yeni gelişim gösteren bir alan olarak araştırmaların hız kazandığı belirlenmiştir. Ayrıca termal ve spa-wellnes turizmi üzerinde yapılan araştırmaların kısıtlılık gösterdiği bu nedenle de uluslararası alanyazında bir boşluk olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık turizmi, medikal turizm, yaşlı ve engelli turizmi, termal ve spa-wellness turizmi, bibliyometrik analiz

MAKALE HAKKINDA

*Öğr. Gör., Kayseri Üniversitesi, Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, sermeddogan@kayseri.edu.tr

 <https://orcid.org/0001-0001-8782-7227>

** Dr. Öğrencisi, Kayseri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, baynaltugba@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2832-3157>

Gönderim Tarihi: 01.05.2020

Kabul Tarihi: 02.09.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Doğan, S. & Baynal Doğan, T. G. (2020). Uluslararası alanyazında sağlık turizmi alt bileşenleri üzerine bibliyometrik bir analiz. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 561-586

A BIBLIOMETRIC ANALYSIS ON THE SUB-COMPONENTS OF HEALTH TOURISM IN INTERNATIONAL LITERATURE

Sermed DOĞAN *
Tuğba Gül BAYNAL DOĞAN **


ABSTRACT

It includes “medical tourism”, “thermal and spa wellness tourism” and “senior and disabled tourism” as sub-components of health tourism. The fact that health tourism has an important share in the tourism income of the countries has directed the researchers to this field and the components have been examined in various aspects in recent years. The purpose of this study is to examine which sub-topics are generally focused on in these analyzes in terms of author, reference and journal citation network, keyword network, country and institution connection. For analysis, 494 articles from the Web of Sciences database scanned in the SSCI citation index between 2000-2019 have been reached. VOSviewer software was used to reveal connections between the network map and nodes in the data set obtained. When we look at the network map, the most used keyword is “medical tourism”, the most quoted article in the reference co-citation network is Connell's (2006) study, the magazine which is the most cited and linking force in the journal co-citation network, “Tourism Management”, the co-author John Connell was the most cited in the citation network. In the bibliographic coupling analysis, Jeremy Snyder leads by document strength and number. Finally, it is determined that the country with the highest connectivity in the cooperation of the country and the institution is England and the institution is Sejong University. As a result, it has been determined that medical tourism has found a wide area of research, and that elderly and disabled tourism has gained speed as a newly developing area. In addition, it has been determined that there is a gap in the international literature because of the limited research done on thermal and spa-wellnes tourism.


Keywords: Health tourism, medical tourism, senior and disabled tourism, thermal and spa-wellness tourism, bibliometric analysis

ARTICLE INFO

* Kayseri University, sermeddogan@kayseri.edu.tr

 <https://orcid.org/0001-0001-8782-7227>

** Kayseri University, baynaltugba@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2832-3157>

Received: 01.05.2020

Accepted: 02.09.2020

Cite This Paper:

Doğan, S. & Baynal Doğan, T. G. (2020). Uluslararası alanyazında sağlık turizmi alt bileşenleri üzerine bibliyometrik bir analiz. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4): 561-586

I. GİRİŞ

Turizm sektörü ülke ekonomisine önemli düzeyde katkıda bulunmasından dolayı hem gelişmiş ülkelerde (ABD 215,5 milyar dolar, İspanya 70,3 milyar dolar, Fransa 64,7 milyar dolar) hem de gelişmekte (Tayland 62,0 milyar dolar, Hindistan 30,0 milyar dolar, Türkiye 25,7 milyar dolar) olan ülkelerde turizm faaliyetlerine giderek artan bir şekilde önem verilmektedir (Türkiye Turizm Yatırımcıları Derneği [TTYD], 2020). Turizm faaliyetleri içerisinde milli ekonomiye katkı sunan ve görünürlüğü sürekli artan alternatif turizm ise sağlık turizmidir. Artan ekonomik büyüme, yaşlanan nüfus ve insan sağlığı bilincinin olgunlaşması ile sağlık turizmi son yıllarda önemli bir gelişme göstererek yeni bir turizm segmenti olarak kabul edilmektedir (Huang ve Xu, 2018). Ülkeler için önemli bir gelir kapısı olmanın yanında insan sağlığının odak noktayı oluşturması kavram üzerinde durulan ve araştırmaların ağırlık kazandığı bir alan olmuştur (Marković vd., 2014). Sağlık turizmi araştırmaları medikal turizm (Connell, 2006; Reed, 2008; Crooks vd., 2010; Connell, 2013; Han ve Hyun, 2015), termal ve spa-wellness turizmi (Sayılı vd., 2007; Sheldon ve Park, 2008; Radnic vd., 2009; Hjalager ve Konu, 2011; Matzarakis vd., 2013; Emir ve Arslantürk, 2015), yaşlı ve engelli turizmi (Hsu vd., 2007; Nella ve Christou, 2016; Huber vd., 2018; Gillovic ve McIntosh, 2015; Kane, 2013) olarak kavramın alt bileşenleri üzerinde durulmaktadır. Özellikle son 10 yıl içerisinde sağlık turizmi alt bileşenlerine yönelik araştırmalarda bir artış gözlemlenmektedir. Bu durum sağlık turizmi konusuna verilen önemin bir göstergesi niteliğindedir.

Sağlık turizmi alt bileşenleri literatürde önem verilen bir alan olduğu dikkate alınarak araştırmanın amacı uluslararası alanyazında yayınlanan “medikal turizm”, “termal ve spa-wellnes turizmi” ve “yaşlı ve engelli turizmi” konularını bibliyometrik göstergeler açısından incelemektir. Araştırma bu bağlamda bibliyometrik analize dayalı nicel bir araştırma tasarımına sahiptir (Yiğit, 2019; McBurney ve Novak, 2002) ve bilimsel araştırma alanının entelektüel gelişimini belirlemek için yaygın olarak benimsenen bir yöntemdir (Xiao ve Smith, 2006). Ayrıca bibliyometri, araştırma sayısı, iş birliği, önemli yazarlar ve güncel konular dahil olmak üzere araştırma alanındaki en son gelişmeleri, araştırma yönlerini ve önde gelen konuları ortaya koymakta (Wang vd., 2014) ve gelecekteki çalışmalar için de derinlemesine bilgi sağlamaktadır. Bu nedenle bibliyometrik yöntemler nicel olmakla birlikte nitel özellikler üzerinde de açıklamalar yapmada kullanılır (Saito ve Strehlau, 2018). Araştırmada bibliyometrik yöntemin kullanılmasının nedeni; alana ilişkin çalışmaları, yazar, konu, atıf yapılan yazar, atıf yapılan kaynaklar, anahtar kelimeler gibi verilerin istatistiksel olarak analiz edilebilmesini ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda disipline ait genel yapının ortaya konulmasını mümkün kılmaksından dolayı tercih edilmiştir (Zan, 2012). Başka bir ifade ile bibliyometrik yöntem araştırma alanının genel bir resmini sunmaktadır (Merigó ve Yang, 2017). Araştırma konusuna ilişkin genel durumu ortaya koymak için Web of Sciences veri tabanı üzerinde 2000-2019 yılların arasında Social Science Citation Index (SSCI) atıf indeksinde yayınlanmış makaleler incelemeye alınmıştır. Elde edilen verilerin analizinde VOSviewer 1.6.15 yazılım versiyonu kullanılmıştır. Program ağlara dayalı haritalama oluşturmada kullanıldığından (Milfont ve Page, 2013) ortak yazarlık, ortak atıf, bibliyografik eşleme ve ortak anahtar kelime ağına ilişkin haritalamaya ulaşılmaya çalışılmıştır.

II. SAĞLIK TURİZMİ

Sağlık hizmetleri özellikleri itibariyle acil ve ertelenemez olması aynı zamanda hata ve belirsizliklere karşı duyarlılığı gibi nedenlerle sağlıklı olma ve uzun bir yaşam sürme gayesi insanların vazgeçilmez temel bir hakkıdır. Bu durum ise hastalık etkenlerini ortadan kaldırmak amacıyla tedavi edilebilme muhtemeli olan yer ya da kuruluşları tercih etmeyi gündeme getirmiştir. Bu nedenle insanlar sağlık sorunlarına ilişkin çözüm ararken yalnızca kendi ülkelerindeki hekimleri ya da fiyatları değil, en iyi tedavi yöntemi sunan ve en uygun fiyat seçeneklerini değerlendirerek hareket etmektedirler (Aydın, 2012). İnsanların eski sağlık düzeyine kavuşmak için seyahat etmek kaydı ile mevcut ikamet yerinden farklı bir mekânda konaklaması ve koruyucu, tedavi edici, rehabilitasyon ve sağlığın geliştirilmesine yönelik bir amacın takınması ise sağlık turizmi kavramını ortaya çıkarmıştır. Bu nedenle tedavi ve tatil amaçlı, şehirlerarası ya da ülkelerarası yapılan seyahatlerden doğan tüm etkinliklere “Sağlık Turizmi” denilmektedir (Çiçek ve Avderen, 2013).

Huang ve Xu (2014), sağlık turizmi üzerinde ortak bir tanım olmamakla birlikte araştırmacılar tarafından sağlık turizmini sağlıkla ilgili tüm turistik faaliyetleri kapsamak için bir şemsiye terim olarak kullanma eğiliminde olduğunu belirtmektedir. Sağlık turizmi kavramı araştırmacılar tarafından farklı şekillerde tanımlanmış olsa da genel kanı insanların düşük maliyet, yüksek kalite ve hızlı bir biçimde tedavi hizmeti almak için ikamet noktasından farklı bir mekâna seyahatin varlığı ile değerlendirilmektedir. Carrera ve Bridges (2006), sağlık turizmini bireyin refahını ve bedenini korumak, geliştirmek veya iyileştirmek için yerel çevrenin dışında “organize seyahat” edilmesi, García-Altés (2005), sağlık nedenleriyle ikamet edilen yerden sağlık bakım hizmeti almak için seyahatin gerçekleştirilmesi, Goodrich (1993) ise bir turistik tesisin veya destinasyonun düzenli turistik olanaklara ek olarak sağlık bakım hizmetlerini ve tesislerini teşvik ederek turistleri çekmek için kasıtlı bir girişim olarak tanımlanmaktadır. Bu doğrultuda sağlık turizmi; hedef pazardaki turistlerin ihtiyaç ve beklentileri, tedavi şekilleri, kullanılan kaynakların farklılığı ile “medikal turizm”, “yaşlı bakım ve engelli bakım turizmi” ve “termal turizm ve spa-wellnes turizmi” olarak 3 alt bileşene ayrılmaktadır (Tengilimoğlu, 2017).

2.1. Medikal Turizm

Tıbbi müdahale yoluyla bireyin sağlığının iyileştirilmesi veya restorasyonu için kişinin doğal sağlık yetki alanı dışında organize seyahati olarak ifade edilen sağlık turizmi alt bileşeni medikal turizmdir (Carrera ve Bridges, 2006). Cohen (2008), bu turizm türünün 2000’lerin başında geniş bir geçerliliğe sahip nispeten yeni bir alan olarak belirtmiştir. Medikal turizm sağlık hizmetlerinin tıbbi görünümünü güçlendirmesinden dolayı (Arellano, 2007) son yıllarda giderek daha popüler hale gelmektedir (Bies ve Zacharia, 2007; Horowitz vd., 2007). Connell (2006) öncelikle zengin dünya ülkelerinde yüksek tedavi maliyetleri ve uzun bekleme sürelerinden (Tütüncü vd., 2011; Hall, 2011) dolayı (büyük ölçüde ABD, Kanada ve Batı Avrupa) insanlar sağlık düzeylerini yükseltmek için denizaşırı ülkelere birincil amaç olarak “sağlık turizmi” ve birlikte refahla birleştirmek adına golf, bisiklete binme, yürüyüş ve dağcılık, yoga ve meditasyon arayışı ile seyahat etmeleri medikal turizmi ortaya çıkardığını vurgulamaktadır.

Gelişmiş ülkelerden daha az gelişmiş ülkelere tıbbi bakım için seyahat eden kişilerin maliyet, erişim, hizmet ve kalite kombinasyonları nedeniyle bu ülkeleri tercihte bulunması dolaylı biçimde “ters küreselleşmeyi” meydana getirmiştir (Connell, 2013). İnsanların bu ülkelerde tıbbi uygulamalara kolaylıkla erişim sağlanması ile mümkün olmaktadır. Bu ise etkileşimli web siteleri ile bağlantılı olarak tüketiciler için hizmetleri planlamasına, cerrahlarına veya diğer uzmanlarına başvurmasına, uçak bileti ve konaklama rezervasyonu yapmasına ve turistik geziler düzenlemesi etken olmuştur (Hopkins vd., 2010). Medikal turizm cerrahi uygulamalar açısından farklı uzmanlık alanlarını kapsamaktadır. Tedavi tüm tıbbi hizmetleri kapsayabileceği gibi (Lunt vd., 2011) kozmetik ve diş cerrahisi, kardiyo, ortopedik ve bariatrik cerrahi, IVF tedavisi, organ ve doku nakli gibi tedavi hizmetleri medikal turizm kapsamında sunulmaktadır (Lunt ve Carrera, 2010).

2.2. Termal ve Spa-Wellnes Turizm

Dünya popülasyonu içerisinde yaşlı nüfus oranının artış göstermesi sağlık turizmini tercihte bulunmada önemli bir etken olmaktadır. Sağlık turizmi alt bileşenlerinden biri olan termal turizmin bu etki içerisindeki payı giderek artmakta ve daha fazla önem kazanmaktadır (Sayılı vd., 2007; Selvi, 2002). Bu durum turistik aktivitelerin oldukça çeşitlendiği günümüzde termal turizmi yeni turistik çekim alanları haline getirmiştir (Kılıçaslan ve Aydınöz, 2000). Termal turizm çamur banyoları, termal suları, içme kürleri (Kozak, 1997) ve gayzerleri deneyimlemede yöreye özgü iklim şartları içerisinde gerçekleşen (Erdoğan ve Aklanoğlu, 2008) önemli bir turistik faaliyet olmanın yanında büyüyen sağlık turizmi sektörünün bir alt kümesidir ve seyahatin amacı sağlığı geliştirmek, spa ve alternatif tedavilerden keyif almaktır (Asker vd., 2010). Başka bir ifade ile sağlığını geri kazanmak veya mevcut sağlık koşullarını korumak (İbret, 2007) isteyen bireyler termal turizm faaliyetlerine artan bir talep ile katılmaktadır (Timur, 2018).

Spa kavramı aslında “su yolu ile sağlık” anlamına gelen “salus per akam” kelimesinin etimolojisi (Peris-Ortiz ve García, 2015) iken wellness kelimesi ise; ruhsal, akıl ve vücut sağlığında zindeliği ifade etmektedir (Tengilimoğlu, 2017; Cochrane, 2008). Wellness turizminin son zamanlarda üzerinde durulan alan olmasına rağmen Hjalaher ve Konu (2011) köklerinin spa merkezlerine dayandığını belirtmektedir. Wellness turizmi henüz yeni incelenmeye değer bir olgu olarak ortaya çıkmış olsa da (Steiner ve Reisinger, 2006) birçok ülke yaşanmakta olan bir nüfusla karşı karşıya olması (Chen vd., 2013) ayrıca kentsel yaşamda giderek artan fiziksel, ahlaki ve ruhsal hasarın bir sonucu olarak wellness turizmi çağdaş toplumda yeniden güçlenmiştir (Lehto vd., 2006). Uluslararası wellness hizmetleri ve tedavilerine yönelik talepteki büyüme (Medina-Muñoz ve Medina-Muñoz, 2013) ile kavram üzerinde son yıllarda geniş araştırmalar yapılmıştır (Kelly, 2012; Huang ve Xu, 2014). Weiermair ve Mathies (2004), wellness'i tek bir cümle ile tanımlamanın oldukça güç olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle insanların ihtiyaçlarına cevap vermek adına wellness turizmi; sağlık korumak ve yükseltmek için fiziksel sağlık/güzellik bakımı, sağlıklı beslenme/diyet, rahatlatma/meditasyon ve zihinsel aktivite/egitim temeline dayalı geniş bir tanımlama yapılmaktadır (Mueller ve Kaufmann, 2001). Wellness turizmi kapsamında sunulan hizmetlerin sağlık ve esenliğe yönelik iyileştirme yaklaşımlarından ziyade önleyici bir yöntem olduğundan aktif bir yaşam tarzının parçası olarak kabul edilmektedir (Magdalini, 2009). Ayrıca fiziksel refaha ek olarak psikolojik, manevi veya duygusal esenliğe de katkı yapması muhtemeldir (Smith ve Kelly, 2006).

2.3. Yaşlı ve Engelli Turizmi

Bilim ve teknolojik gelişimle birlikte insanların yaşam standartları yükselmiş ve beklenen yaşam süresi uzamıştır. Günümüz yaşantısındaki bu değişiklikler ile son yıllarda yaşlı turizmi (Bowtell, 2015) ve engelli turizmi (Michopoulou vd., 2015; Domínguez vd., 2013) konularında yapılan araştırmalar da gelişim göstermiştir. Yaşlanan nüfusun toplam nüfus içerisinde payının artması ise turizm faaliyetlerinin, mevcut ürün ve destinasyonların yeniden düzenlenmesinde yaşlı turizm ve doğrudan engelli turizm beklentileri ön plana çıkmaktadır (Alen vd., 2012; Darcy, 2010). Yaşlı turizminin turizm içerisinde artarak gelişim gösterme eğiliminde olduğu (Yıldırım, 1997) ve gelecek süreçlerde turizm içerisinde katılım oranının artacağı belirtilmektedir (Chen ve Shoemaker, 2014). Bu nedenle hedef kitle beklentilerini yani “yaşlı turizm” olarak adlandırılan faaliyet kolu için özel ürünler geliştirilmelidir (Nikitina ve Vorontsova, 2015). Sağlık turizmi içerisinde önemli diğer alan ise engelli turizmidir ve gelişmekte olan bir pazardır. Darcy vd., (2010) engelli turizmini niş bir turizm alanı olarak belirtmektedir. Engelli turizmi daha çok özel ihtiyaçları olan kişilerin, özellikle de engelli ve yaşlıların turizm sektörüne dahil edilmesi amaçlanmaktadır (Leidner, 2008). Bu doğrultuda engelli turizmi hareketlilik, vizyon, işletme ve bilişsel erişim boyutları da dahil olmak üzere evrensel biçimde tasarlanmış turizm ürünleri, hizmetleri ve çevreyi sunarak bağımsız, eşit ve haysiyet ile işlev görmelerinin sağlanması olarak tanımlanmaktadır (Darcy ve Dickson, 2009). Bu tanım, insanların yaşamları boyunca erişilebilir turizm hizmetinden yararlanabilme yaklaşımını benimsemektedir (Michopoulou vd., 2015).

Turizm pazarından yaşanan değişikliklere uygun olarak artan çeşitlendirme ve kişiselleştirme sürecinde yaşlı turizmde olduğu gibi engelli turizmde de bilinçli bir gelişim önem arz etmektedir (Zajadacz, 2015). Engelli turizmi, turizm sistemini bütünsel bir yaklaşımla ulaşım, konaklama, varılmak istenen yer ve turistik yerlerin ihtiyaçlara uygun bir şekilde karşılanmasında tüm süreci ifade ederken (Vila vd., 2015), bireysel memnuniyet ve sosyal gelişim için fonksiyonel ve psikolojik düşüncelerini aynı zamanda eylemlerini tam olarak entegre etmeye dayanır (Altınay vd., 2016). Bu nedenle engelli turizmi çok sayıda dik merdivene çıkmak yerine hafif bir rampadan geçmeyi tercih edecek yaşlıların kolayca deneyimleyeceği turizmi ifade etmektedir (Luiza, 2010).

III. YÖNTEM

Çalışmada betimsel analiz çerçevesinde verilerin özgün formatına bağlı kalarak, doğrudan alıntılarla (Yıldırım ve Şimşek, 2013) verilerin tanımlanmasında, analizinde ve yorumlanmasında (Wolcott, 1994) kullanılan doküman incelemesi yapılmıştır. Doküman incelemesi, araştırılmak istenen olaylar ile

bağlantılı olan ve yazılı bilgi içeren kaynakların ayrıntılı bir biçimde analiz edilmesi ile ilgili bir yöntemdir (Cevizkaya, 2014). Araştırmada 2000-2019 yılları arasında sağlık turizmi alt bileşenleri (medikal turizm, termal ve spa-wellnes turizmi, yaşlı ve engelli turizmi) ile ilgili uluslararası alanyazında yayınlanan makalelerin belirli parametreler doğrultusunda bibliyometrik yöntemle incelenmesi amaçlanmaktadır. Makaleler genel olarak bilimsel gelişmelerin izlenmesinde önemli bir noktada yer almasından dolayı (Bayram, 1998) araştırmada sadece makalelerin yer alması sağlanmıştır. Bu doğrultuda verilere ulaşmak için 250'den fazla bilimsel disiplinde, 20000'den fazla hakemli, bilimsel dergiden oluşan (Nebioğlu, 2019) Web of Science veri tabanı kullanılmıştır. Belirtilen veri tabanı bilimsel yayınların analizinde en yaygın kabul gören ve sık bir şekilde kullanılmasından dolayı seçilmiştir (Yang vd., 2013). Ulaşılan veriler SSCI atıf indeksine dayanmaktadır. Çalışmada sağlık turizmi alt bileşenlerine yönelik verilere ulaşılacak istenildiğinden veri tabanı arama sayfasında konu başlığında arama yapılmıştır. Konu şeklinde yapılan aramada “medical tourism”, “spa tourism”, “spa and wellness tourism”, “wellness tourism”, “thermal tourism”, “senior tourism”, “silver tourism”, “elderly tourism”, “grey tourism”, “geriatric tourism”, “third-age tourism”, “disabled tourism” ve “accessible tourism” anahtar kelimeleri birlikte taranmıştır. Arama yöntemi konu şeklinde yapılması anahtar kelimelerin makale başlığında, özetinde ve anahtar kelimelerde arandığı anlamına gelmektedir.

Medikal turizm, termal turizm ve spa-wellness, yaşlı ve engelli turizmi konuları bilimsel araştırma çalışmalarında geniş bir yer bulmasından dolayı sınırlandırmaya gidilmiştir. 2000-2019 yılları arası ve SSCI veri tabanı kısıtlaması ile ilk tarama sonucunda 615 çalışma verisine ulaşılmıştır. Analiz sadece makale verilerine yönelik yapılması planlandığından kitap ve konferans bildirimleri hariç tutularak 499 makale verisi kalmıştır. Son olarak yayın dili olarak İngilizce seçilmesiyle toplamda 494 veri seti değerlendirmeye alınmıştır.

Makalelerin bibliyometrik analizinde çalışmanın yayınlandığı yıla ve atıf sayısına, alt konu başlıklarına, yayınlanan dergilere, araştırma alanına, en çok atıf alan makale, yazar ve atıf sayısına ve yazar sayılarının yıllara göre dağılımı incelenmiştir. Sağlık turizmi alt bileşenlerine ilişkin ortak yazarlık analizinde; ülkelerin ve üniversitelerin iş birliğine, bibliyografik eşleşmede; yazarların çalışmalarına ilişkin benzerliğine, ortak atıf analizi ile referans ortak atıf ağı, dergi ortak atıf ağı ve yazarların ortak atıf analizi son olarak da anahtar kelime ağına bakılmıştır. Ağ haritasının görselleştirmesinde VOSviewer programı kullanılmıştır. VOSviewer bibliyografik eşleşme, ortak atıf, anahtar kelime ağını içeren çeşitli göstergelerle birlikte bibliyometrik materyalin grafiksel bir haritalamasını geliştirmede kullanılır (Cobo vd., 2011; Sinkovics, 2016). Ortak atıf, iki belge aynı üçüncü bir belgeden atıf aldığı anda, anahtar kelime ağı, belgelerde kullanılan en yaygın anahtar kelimelerin ölçümünde, ortak yazarlık, bir dizi değişkenin yayın hacmini ve bunların birbirine nasıl bağlandığını, bibliyografik eşleşme ise iki belge aynı üçüncü bir belgeden bahsediyorsa gerçekleşir (Mulet-Forteza vd., 2018). VOSviewer yazılımı ile bir ögenin yerini belirtmek için daireler kullanılır ve bir dairenin boyutu toplam ortak oluşum sayısını yansıttığından ögeler bir kümeleme tekniği ile belirtilir ve renkler bir ögenin ait olduğu kümeyi yansıtmaktadır (Van Eck vd., 2010). Bir ögenin rengi ise ait olduğu küme tarafından belirlenir ve ögeler arasındaki çizgiler bağlantıları temsil ederken ögeler ne kadar yakın yerleşirse ilişkinin o kadar güçlü olduğu söylenebilir (Van Eck ve Waltman, 2018). Başka bir ifade ile ögeler arasındaki mesafe, ilişkiyi ve benzerliği ortaya koyarken (Khalil ve Crawford, 2015) daireler birbirine yakın değilse yani renkleri birbirine değmemesi söz konusu ise aralarında herhangi bir bağlantı ilişkisi bulunmadığı yorumunu yapabiliriz (Bozdemir ve Çivi, 2019). Çalışmaya yönelik bu ifadeler doğrultuda araştırmada cevaplanacak istenilen sorular aşağıda belirtilmiştir.

- Makalelerin yayınlandığı yıllara göre dağılımı nedir?
- Makalelere yapılan atıfların yıllara göre dağılımı nedir?
- Makaleler hangi alt konularda yoğunlaşmaktadır?
- Makalelerin yayınlandığı dergilere göre dağılımı nedir?
- Dergilerin yayın alanlarına göre dağılımı nedir?
- Makalelerde yazar sayılarının yıllara göre dağılımı nedir?
- En çok atıf alan makaleler ve atıf sayısı nedir?

- Anahtar kelime ağında en yoğun kullanılan kelime nedir?
- Referans, dergi ve yazar ortak atıf ağında öne çıkan boyutlar nelerdir?
- Bibliyografik eşleşme analizine göre çalışmaların benzerlik durumu nedir?
- Ortak yazarlık analizine göre kurumların ve ülkelerin iş birliği durumu nedir?

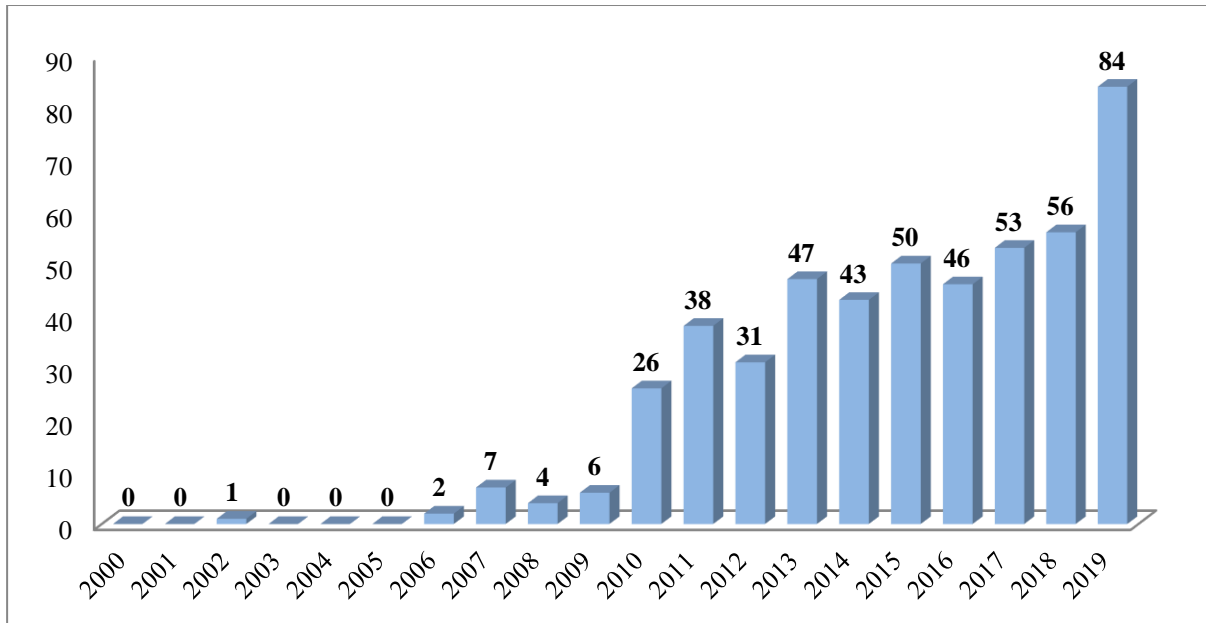
IV. BULGULAR

Bu bölümde 2000-2019 yılları arasında yayımlanan “Medikal Turizm”, “Termal Turizm ve Spa-Wellness” ve “Yaşlı ve Engelli turizmi” konularına yönelik bibliyometrik analizlere yer verilmiştir. Çalışmada 494 makale değerlendirmeye alınarak elde edilen sonuçlar grafik ve tablolara yansıtılmıştır.

4.1. Dergide Yayımlanan Makalelerin Yıllara ve Yazar Sayısına Göre İncelenmesi

Makalenin yayımlandığı yıllar nezdinde gerçekleştirilen incelemeler Grafik 1’de gösterilmiştir. Sağlık turizmi alt bileşenlerine yönelik incelenen çalışmaların belirtilen süreler çerçevesinde son yıllarda oldukça araştırılan konu haline geldiğini yansıtmaktadır. Özellikle 2017, 2018 ve 2019 yıllarına ait verilere baktığımızda en fazla makaleler bu yıllarda yayımlanmıştır. Sağlık turizmi alt bileşenleri konusunda yapılan araştırmaların oldukça ivme kazandığı bir başka gösterge ise 20 yıllık süre dahilinde gerçekleştirilen çalışmaların %50’den (%10,12, %9,31, %10,73, %11,34, %17,0) fazlası son 5 yılda literatüre kazandırıldığı görülmektedir. Diğer taraftan 2000 ile 2005 yılları arasında sadece bir çalışma yayımlanmış ve bu çalışma medikal turizm konu almaktadır. 2006, 2007, 2008 ve 2009 yıllarında da fazla sayıda makalenin yayımlanmadığı dikkat çekmektedir. Genel bir değerlendirme yaptığımızda ise medikal turizm, termal turizm ve spa-wellnes ve yaşlı ve engelli turizmüne yönelik çalışmaların 2010 yılından itibaren artış göstermektedir.

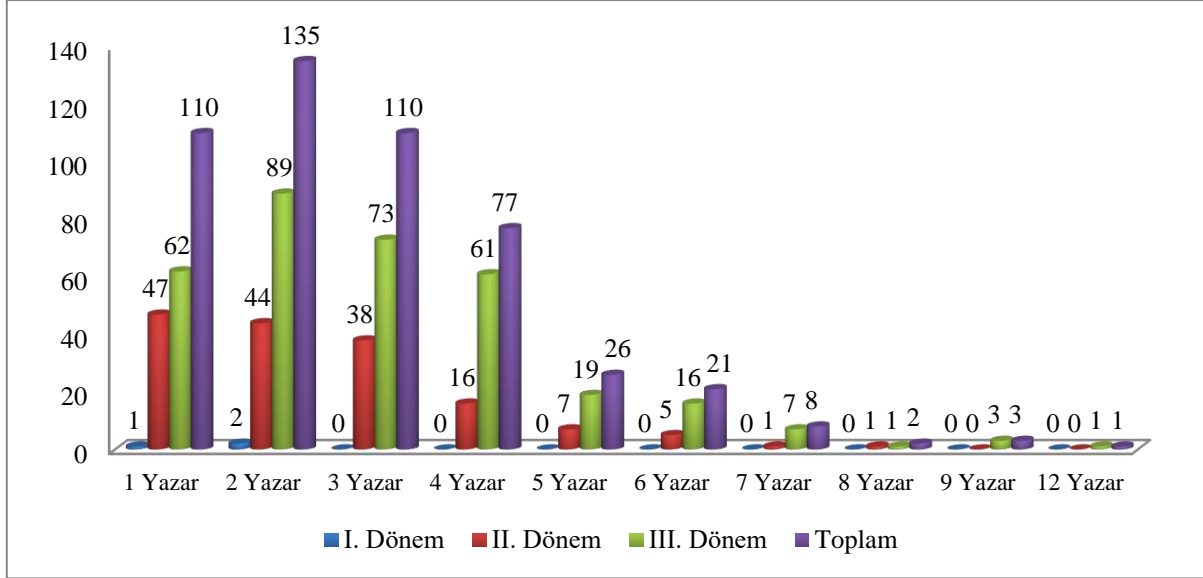
Grafik 1. Makalelerin Yayımlandığı Yıllara Göre Dağılımı



Araştırmalarda birden fazla yazarın katkı sunma durumu olarak belirtilen ortak yazarlık, bireylerin farklı düşünce tarzları ile araştırmaya katkı sağlama, tek bir kişinin olası hata/hataları gözünden kaçırma ihtimalini en aza indirmede yardımcı (Çiçek ve Kozak, 2012) olabileceği gibi özellikle alanda araştırma deneyimi fazla olmayan kişilerin bu işi yıllardır deneyimleyenlerle iş birliği içinde olmaları gelecekte yapılacak araştırmaların niteliğine de katkı sunacaktır (Al, 2005). Bu doğrultuda araştırmaların tek yazarlık ve çok yazarlık durumunu belirlemek için Grafik 2’de 2000-2019 arası yıllar üç dönem halinde incelenmiştir. Birinci dönem 2002-2006, ikinci dönem 2007-2013 ve üçüncü dönem 2014-2019 yıllarını kapsamaktadır. Sağlık turizmi alt bileşenleri konularında makalelerin yazarlık

durumu bakımından %22,27'sinin (110 makale) tek yazarlı ve %77,73'ünün (384 makale) iki veya daha fazla yazar tarafından literatüre katkı sağladığı dikkat çekmektedir. Ayrıca analiz sonucundan elde edilen önemli bir bulgu ise araştırmalarda ortak yazarlık konusunda dönemler arasında bir artışın olmasıdır. Al (2008) süreç içerisinde birden çok disiplinin uzmanlığını gerektiren kavramların ortaya çıkması nedeniyle çok yazarlı yayın sayısında artış olduğu ve ortak yazarlığın bir zorunluluk haline gelmesinde önemli bir etken olduğunu belirtmiştir.

Grafik 2. Makalelerin Yazar Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı



4.2. Sağlık Turizmi Alt Bileşenleri Konularında Yayınlanan Makaleleri Konu, Yayın Yılı ve Atıf Sayısı Bakımından İncelenmesi

Sağlık turizmi alt bileşenlerine ilişkin sınıflandırma daha önce belirtilen araştırmacıların çalışmalarına dayandırılarak kategorize edilmiştir. Sınıflandırma ile sağlık turizmi alt bileşenlerine yönelik yayınlanan makale verileri Tablo 1'de sunulmuştur. Bu doğrultuda sağlık turizmi alt bileşenleri konusunda en fazla (375) yayınlanan makale konusu "medikal turizm" olduğu belirlenmiştir. Medikal turizm insan sağlığını tehdit altına alan unsurları elimine etmek, başka bir ifade ile tedavi amacıyla insanların etkili, güvenilir, hızlı ve uygun fiyatta hizmet alımına olanak sunduğu için bu konu üzerinde yapılan araştırma sayısı artış gösterme eğilimindedir. Bu artış son yıllarda üniversitelerin ders programlarına sağlık turizmi konusunun girilmesi ve bu alanda daha fazla kongre ve konferans düzenlenmesinin etken olduğu söylenebilir. Tabloda da görüldüğü üzere medikal turizm konusunda yayınlanan çalışmalar artmakla birlikte en fazla çalışma 2019 yılında yapılmıştır.

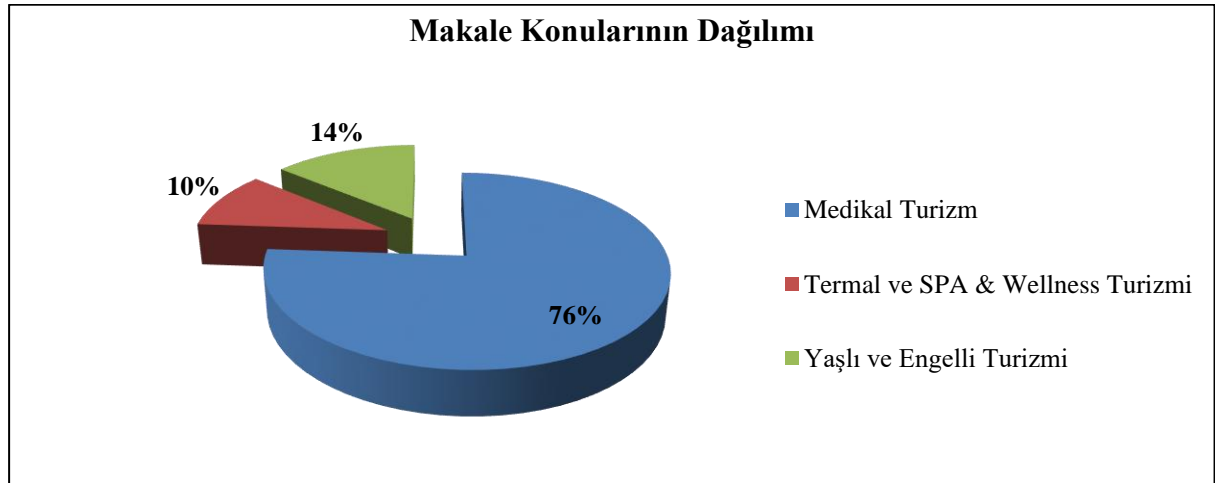
Bir diğer önemli konu ise yaşlı ve engelli turizmine yönelik yayınlanan çalışmaların artış göstermesidir. Özellikle nüfus projeksiyonları bakımından gelişmiş ülkeler başta olmak üzere genel nüfus içerisinde 65 yaş üstü yaşlı popülasyonu artmaktadır. Bu durum ise ülkelerin yaşlı ve engellilere yönelik hizmet kalitesini artıracak yeni trendler ile pazara daha fazla kaynak ayırması muhtemelini yaratmaktadır. Termal ve spa-wellnes turizmi kapsamında yapılan araştırmalar ise diğer alt bileşenler arasında 49 makale sayısı ile en az araştırılan konu olmuştur. Özellikle termal turizm konusunda yayınlanan araştırmaların az olması dikkat çekmektedir. Analiz yapılan süreler içerisinde termal turizm konusunda 2011, 2016 ve 2018 yıllarında olmak üzere toplamda 3 yayın bulunmaktadır. Bu durumun nedeni olarak termal turizm konusunda yeterli düzeyde tanıtım faaliyetlerinin yapılmadığı, fiziki olanaklar içerisinde tesis ve alt yapı yetersizlikleri ile personel kısıtlılığından kaynaklı olma muhtemelini gündeme getirmektedir.

Tablo 1. Makalelerin Sağlık Turizmi Alt Bileşenlerine İlişkin Dağılımı

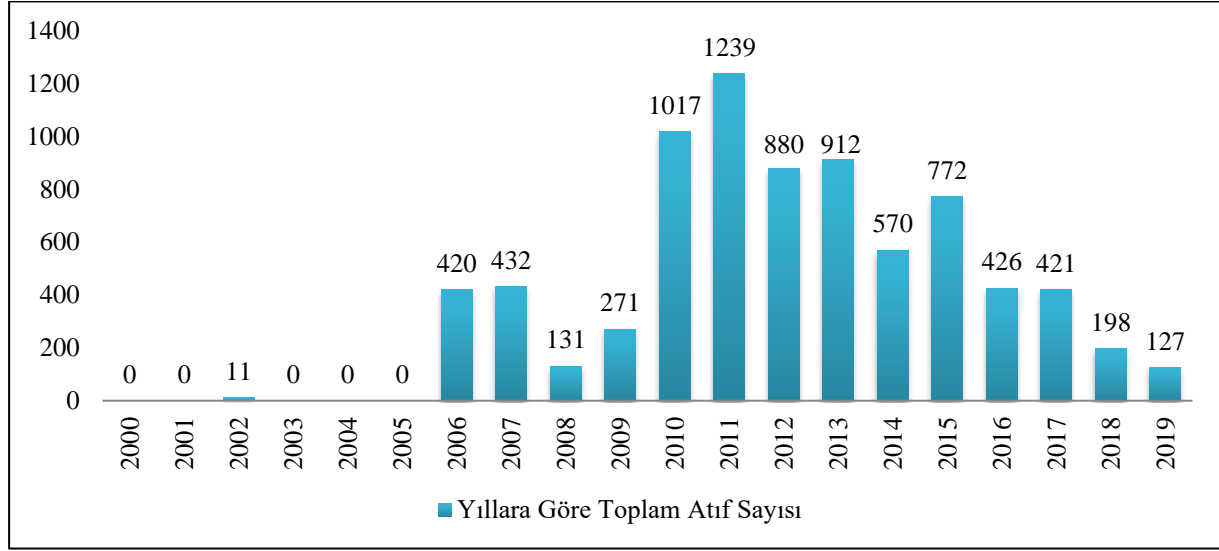
Yıl	Medikal Turizm	Termal ve Spa-Wellnes	Yaşlı ve Engelli Turizmi	Yıl	Medikal Turizm	Termal ve Spa-Wellnes	Yaşlı ve Engelli Turizmi
Makale Sayısı			Makale Sayısı				
2000	-	-	-	2010	21	-	5
2001	-	-	-	2011	34	2	2
2002	1	-	-	2012	26	2	3
2003	-	-	-	2013	36	7	4
2004	-	-	-	2014	36	2	5
2005	-	-	-	2015	46	3	1
2006	2	-	-	2016	32	5	9
2007	3	1	3	2017	40	7	6
2008	3	-	1	2018	38	8	10
2009	3	1	2	2019	55	11	18
Toplam	12	2	6	Toplam	364	47	63

Sağlık turizmi alt bileşenleri ile ilgili oransal dağılım Grafik 3'te aktarılmıştır. Medikal turizmin %76,11 ile en fazla yayın yapılan alan olduğu bu oranı sırasıyla yaşlı ve engelli turizmi (%13,97), spa ve wellnes (%9,92) ve termal turizm (%0,61) takip etmektedir.

Grafik 3. Makalelerin Sağlık Turizmi Alt Bileşenlerinin Konu Başlıklarına İlişkin Dağılımı



Makaleleri için 2000-2019 yılları arasında toplam yapılan atıf sayısı Grafik 4'te gösterilmiştir. Belirtilen yıllar arasında yayınlanan araştırmalara toplamda 7.827 atıfta bulunulmuştur. Atıfların özellikle 2010 ile 2015 yıllarında arasında yoğunlaştığı görülmektedir. En çok atıf gerçekleştirilen yıl ise 2011 yılı ve makale bakımından 34'ü medikal turizm, 2'si yaşlı ve engelli turizmi, 2'si termal ve spa-wellnes turizmi oluşturmaktadır. Bu yıla ait en çok atıf alan çalışma alanı ise medikal turizm konusu olmuştur. Ayrıca 2000-2005 yılları arasında sadece 2002 yılında yayınlanan bir çalışma bulunmaktadır. Belirtilen yılda yayınlanan tek çalışma ise medikal turizm konusunda yapılmıştır ve makaleye 11 atıfta bulunulmuştur. 2015 yılından itibaren yıllar arasında atıfta bulunma sayısı azalan bir ivme göstermektedir.

Grafik 4. Sağlık Turizmi Alt Bileşenlerine İlişkin Toplam Makalelerin Yayın Yılları ve Atıf Sayıları

4.3. Dergilerde Yayınlanan Makalelerin ve Araştırma Alanlarının İncelenmesi

Tablo 2’de sağlık turizmi alt bileşenlerine ilişkin en fazla makalenin yayınlandığı ilk 20 dergi aktarılmıştır. Web of Science veri tabanında “medikal turizm”, “termal turizm ve spa-wellnes” ve “yaşlı ve engelli” turizmi konulu en fazla yayın yapan dergi, toplamda 40 (%8,10) makale ile “Tourism Management” dergisidir. Bu dergide 2000-2019 yılları arasında toplamda medikal turizm konusunda 29, yaşlı ve engelli turizmde 9 ve termal ve spa-wellness turizm konusunda ise 2 makale yayınlanmıştır. İkinci en fazla (%4,45) makalenin yayınlandığı dergi “Journal of Travel and Tourism Marketing” ve üçüncü en fazla (%4,25) yayın yapan dergi ise “Social Science and Medicine” olduğu belirlenmiştir.

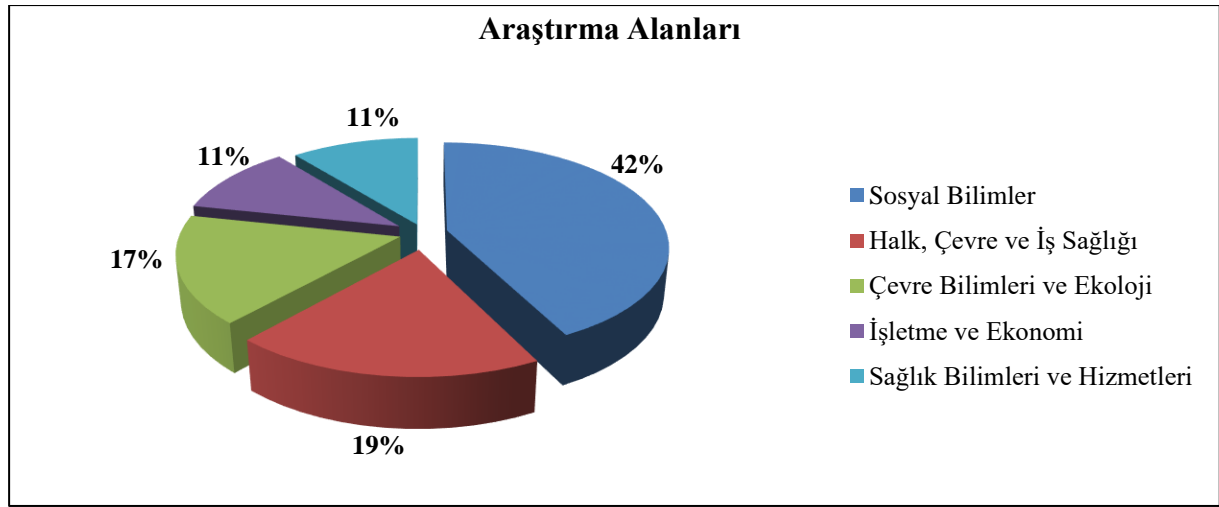
Tablo 2. Makalelerin Yayınlandığı Dergilere Göre Dağılımı

Sıra	Dergi Adı	Makale Sayısı	%
1	Tourism Management	40	8,10
2	Journal of Travel and Tourism Marketing	22	4,45
3	Social Science and Medicine	21	4,25
4	Asia Pacific Journal of Tourism Research	18	3,64
5	Current Issues in Tourism	16	3,24
6	International Journal of Tourism Research	16	3,24
7	Globalization and Health	14	2,83
8	Sustainability	12	2,43
9	Iranian Journal of Public Health	10	2,02
10	Tourism Management Perspectives	10	2,02
11	Bmc Health Services Research	8	1,62
12	International Journal of Health Services	8	1,62
13	Developing World Bioethics	7	1,42
14	Amfiteatru Economic	6	1,21
15	International Journal of Hospitality Management	6	1,21
16	Journal of Destination Marketing & Management	6	1,21
17	Medical Anthropology	6	1,21
18	Signs	6	1,21
19	Asia Pacific Viewpoint	5	1,01
20	International Journal of Contemporary Hospitality Management	5	1,01
21	Diğer*	252	51,05

* Journal of Ethnic and Migration Studies, Journal of Travel Research, Tourism Review, Annals of Tourism Research, BMC Medical Ethics, Global Public Health.

SSCI veri tabanından elde edilen bilgiler doğrultusunda makalelerin alanlarına göre en fazla yayın yapılan 5 alanın dağılımı Grafik 5’te incelenmiştir. Veri tabanında sosyal bilimler alanı tüm alt alanlar arasında toplamda 102 makale ile en fazla (%42) yayınlanan kısmı oluşturmaktadır. Sosyal bilimler alanında “medikal turizm” konusunda 51 makale, “yaşlı ve engelli turizmi” konusunda 25 makale, “termal turizm ve spa-wellness” konusunda 26 makale yayınlanmıştır. Burada dikkat çeken bir nokta ise termal ve spa-wellnes turizmi kapsamında sadece termal turizm alanında 1 makale çalışması bulunmasıdır. Bu durum sağlık turizmi çeşitleri konularından termal turizmin diğer grafik ve tablolarda olduğu gibi oldukça düşük bir orana sahip olduğu gözlenmektedir. Diğer alanlar ise “halk, çevre ve iş sağlığı” alanında 46, “çevre bilimleri ve ekoloji” alanında 40, “işletme ve ekonomi” alanında 26 ve “sağlık bilimleri ve hizmetleri” alanında 26 makale yayınlanmıştır.

Grafik 5. Makalelerin Araştırma Alanlarına Göre Dağılımı



4.4. Yazar/Yazarları Atıf Sayısı Bakımından İnceleme

Bibliyometrik yöntemler arasında atıf analizi önemli bir yer almaktadır (Özel ve Kozak, 2012). Atıflar önceden yapılan araştırmaları tanıtmakla birlikte temel işlevi, atıf yapan ile atıf yapılan belge arasında bir bağ kurmaktadır (Al ve Tonta, 2004). Başka bir ifade ile atıf, herhangi bir kaynağın referans listesinde yer alması, çalışma ile kaynak arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (Gökkurt, 1997; Bayram, 1998). Bu ise atıf yönteminin bir başka özelliği olan kanıt göstermeyi vurgulamaktadır. Tablo 3’te “medikal turizm”, “termal turizm ve spa-wellnes turizm” ve “yaşlı ve engelli turizmi” konularında en çok atıf alan ilk 20 yayın sunulmuştur. Sağlık turizmi alt boyutları ile ilgili en çok atıf alan çalışmalar, 369 atıf sayısı ile Connelli J. (2006), 140 atıf sayısı ile Arellano, A.B.R. (2007) ve 137 atıf sayısı ile Han, H. ve Hyun, S.S. (2015) olarak tespit edilmiştir. En çok atıf alan 3 yayının konu alanlarına bakıldığında medikal turizm boyutunda araştırma yapılmıştır.

Tablo 3. Sağlık Turizmi Alt Bileşenleri Konularında En Çok Atıf Alan Yazarlar ve Atıf Sayısı

No	Yazar/Yazarlar	Yayın	Yayın Yılı	Atıf Sayısı
1	Connell, J.	Tourism Management	2006	369
2	De Arellano, ABR	International Journal of Health Services	2007	140
3	Han, H. ve Hyun, S.S.	Tourism Management	2015	137
4	Hopkins, L. ve ark.	Journal of Public Health Policy	2010	131
5	Hsu, CHC. ve ark.	Tourism Management	2007	127
6	Yu, J.Y. ve Ko, T.G.	Tourism Management	2012	101
7	Jang, S.S. ve ark.	Journal of Hospitality and Tourism Research	2009	98
8	Darcy, S.	Tourism Management	2010	94
9	Glinos, I.A. ve ark.	Health and Place	2010	91
10	Mak, AHN. ve ark.	International Journal of Tourism Research	2009	91
11	Crooks, V.A. ve ark.	Social Science and Medicine	2011	90
12	Heung, VCS. ve ark.	Tourism Management	2011	89
13	Heung, VCS. ve ark.	Journal of Travel and Tourism Marketing	2010	85
14	Chongsuvivatwong, V. ve ark.	Lancet	2011	84
15	Burkett, L.	Journal of Legal Medicine	2007	69
16	Cormany, D. ve Baloglu, S.	Tourism Management	2011	67
17	Han, H.	Tourism Management	2013	65
18	Yeoh, E. ve ark.	Tourism Management	2013	64
19	Chen, K.H. ve ark.	International Journal of Hospitality Management	2013	63
20	Horton, S. ve Cole, S.	Social Science and Medicine	2011	63

4.5. Makalelerin Yayınlanmasına Katkıda Bulunan Ülkeleri İncelenmesi

Web of Science Core Collection tabanında “medikal turizm”, “termal turizm ve spa-wellnes”, “yaşlı ve engelli turizmi” konularında yayın sayısına göre en çok katkıda bulunan ilk 5 ülke tablo 4’te aktarılmıştır. Konu bakımından en çok katkı yapan ülkeler sırası ile İngiltere (293), ABD (112), Hollanda (31), İsviçre (17) ve İran (9) olarak tespit edilmiştir. “Medikal turizm” konusunda yayınlanan toplam 376 araştırmanın %94,52’si, “yaşlı ve engelli turizmi” konusunda, 69 araştırmanın %92,75’i ve “termal turizm ve spa-wellnes” konusunda 49 araştırmanın %85,71’i ifade edilen ülkeler tarafından kazandırılmıştır.

Tablo 4. Sağlık Turizmi Alt Bileşenleri Konularında Yayın Yapan Ülkeler

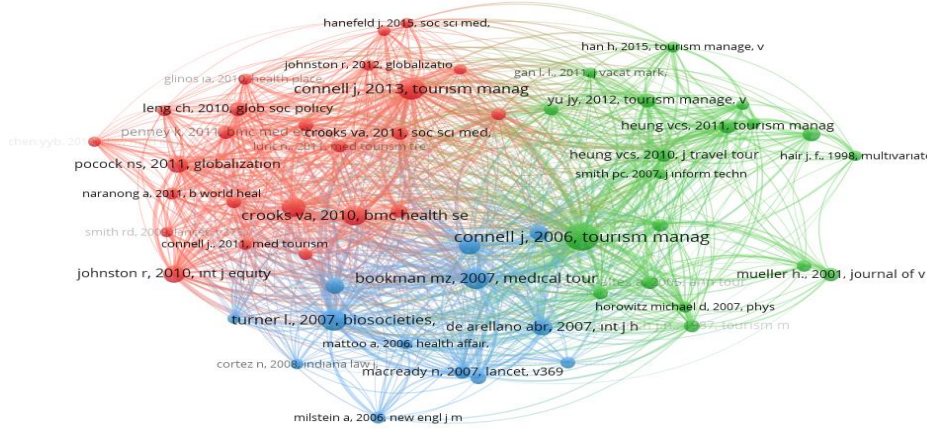
No	Ülkeler	Medikal Turizm (376)*		Termal ve Spa-Wellnes (46)*		Yaşlı ve Engelli Turizmi (69)*	
		Yayın sayısı	%	Yayın sayısı	%	Yayın sayısı	%
1	İngiltere	225	59,84	28	57,14	40	57,97
2	ABD	91	24,20	7	14,29	14	20,29
3	Hollanda	19	5,05	4	8,16	8	11,59
4	İsviçre	10	2,66	5	10,20	2	2,90
5	İran	9	2,39	-	-	-	-
Toplam		355	94,41	40	89,80	64	92,75

*Konu alanlarına göre toplam yayınlanan makale sayısı

4.6. Yazar Anahtar Kelime Ağı

Makalelerdeki en önemli bölümlerden biri de anahtar kelimelerdir ve bibliyometrik çalışmalarda anahtar kelime analizi birlikte kullanım tekniği ile uygulanır (Imani vd., 2019). Bu analiz ile makalelerde en sık görülen anahtar kelimelerin dağılımı incelenmiştir. Bu teknik iki anahtar kelimenin birlikte görüldüğü makale sayısını hesaplar (Garrigos-Simon vd., 2018). Anahtar kelime ağına ilişkin görünüm şekil 1’de sunulmuştur. Vosviewer yazılımı ile anahtar kelime sayısı minimum 5 seçilerek 1384 anahtar

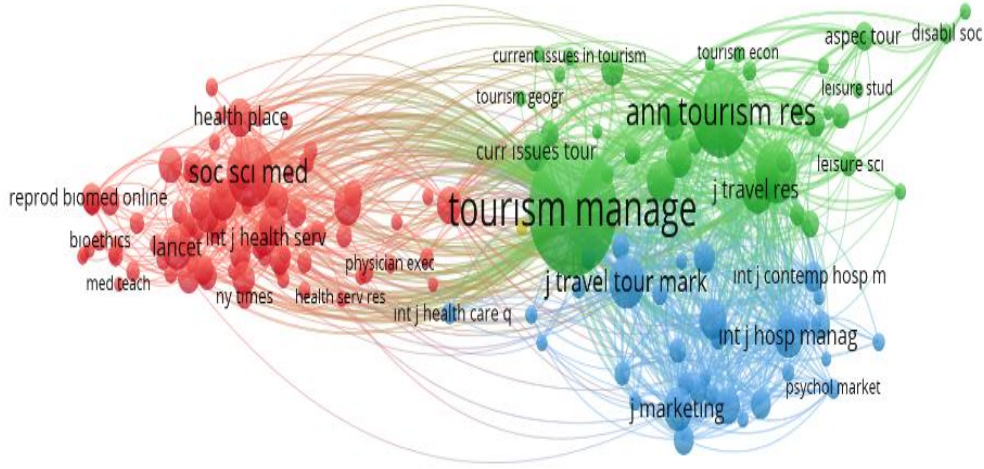
Şekil 2. Yayınların Referans Ortak Atf Ağ Analizi



4.8. Dergi Ortak Atf Ağı

Şekil 3'te dergi ortak atf ağı analizi sonucunda oluşan haritalama sunulmuştur. Bu analizde düğümlerin daha geniş bir boyutta olması hem yayınlanan makale sayısını yansıtmada hem de etkinliği konusunda yorumda bulunulmasına olanak tanırken, dergiler arasında kısa bir mesafenin olması atf sıklığını ortaya koymaktadır. Atıfta bulunan kaynakların minimum düzeydeki alıntı sayısı 25 seçilerek 9719 kaynağın 132'si eşik değerini karşılamaktadır. Program çıktısı olarak üç ana küme artı bir tane artık kalmıştır. Yeşil kümede diğer kümelerde dahil olmak üzere en çok atıf ve en yüksek bağlantı gücüne sahip ilk iki dergi olan "Tourism Management" (1389 alıntı, bağlantı gücü 39669) ve "Annals of Tourism Research" (alıntı 607, bağlantı gücü 19608) dergilerini içermektedir. "Journal of Travel Research" dergisi de bu kümeye ait olmakla birlikte tüm kümeler içerisinde bağlantı gücü bakımından üçüncü ve alıntı olarak dördüncü sırada yer almaktadır. İkinci küme mavi renkte ve bu kümenin öncülüğünü en çok alıntı (alıntı 234) ve bağlantı gücü (bağlantı gücü 9662) ile "Journal of Travel Tourism Marketing" dergisi üstlenmektedir. Bu dergi diğer kümelerdeki dergiler ile karşılaştırıldığında alıntı sayısı olarak beşinci sırada ve toplam bağlantı gücü bakımından dördüncü sırada konumlanmaktadır. Mavi kümeye ait diğer dergiler ise alıntı ve bağlantı gücü bakımından "International Journal of Hospitality Management" (153 alıntı, bağlantı gücü 6077) ve "Journal of Marketing" (alıntı 152, bağlantı gücü 5623) dergileridir. Üçüncü küme kırmızı renkle belirtilirken bu kümeye alıntı (alıntı 380) ve bağlantı gücü (8516) bakımından "Social Science and Medicine" dergisi öncülük yapmaktadır. Belirtilen bu dergi tüm kümeler içerisinde alıntı bakımından üçüncü ve bağlantı gücü konusunda beşinci sırada gelmektedir. Kırmızı kümede "Globalization and Health" dergisi alıntı olarak üçüncü bağlantı gücünde ise ikinci sırada, "The Lancet" dergisi alıntıda ikinci ve bağlantı gücünde üçüncü konumda yer almaktadır. Son olarak artı bir küme olarak bahsettiğimiz sarı küme "Procedia Social and Behavior Sciences" (alıntı 25, bağlantı gücü 1126) tarafından yönetilmektedir.

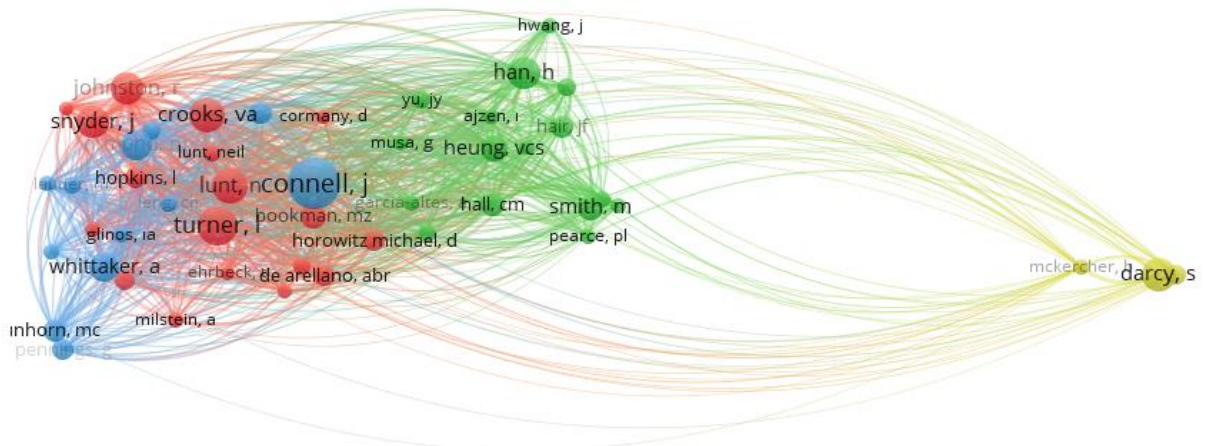
Şekil 3. Yayınların Dergi Ortak Atıf Ağ Analizi



4.9. Yazar Ortak Atıf Ağı

Ortak atıf analizinde yazarların ağı incelenmiştir. Şekil 4'te ulaşılan yazar analizine göre dört kümenin varlığını göstermektedir. Atıf yapılan yazarların minimum düzeydeki alıntı sayısı 30 seçilerek 13384 atıf yapılan yazarın 50'si eşik değerini karşılamaktadır. Kümelerde bileşen sayılarına göre birinci küme 18 yazarın yer aldığı kırmızı küme, ikincisi 16 yazarın yer aldığı yeşil küme, üçüncüsü 12 yazarın yer aldığı mavi küme ve son olarak 3 yazarın yer aldığı sarı kümeden meydana gelmektedir. Analizde alıntılara odaklandığımızdan en çok alıntı (288) yapılan yazar J. Connell liderliğindeki mavi kümedir. Mavi kümede en çok atıf alan diğer iki yazar ise M. Ormond (alıntı 112) ve A. Whittaker (alıntı 104) araştırmacılarıdır. En çok alıntının yapıldığı küme ise 1317 atıf ile kırmızı kümedir. Bu kümede L. Turner (alıntı 182), N. Lunt (alıntı 151) ve V.A. Crooksen (alıntı 148) en çok atıf alan yazarlardır. Yeşil kümede H. Han (alıntı 122), V.C.S. Heung (alıntı 89), ve M. Smith (alıntı 83) en çok atıf alan yazarlar olduğu tespit edilmiştir. Son olarak sarı kümede üç yazarın yer aldığı ve en çok alıntı yapılanlar sırası ile S. Darcy (alıntı 136), D. Buhalis (alıntı 52) ve B. Mckercher (alıntı 34) araştırmacılarıdır. Analiz sonucuna göre kırmızı ve mavi bağlantılar arasındaki mesafenin kısa olması atıf sıklığının göstergesidir. Ayrıca sarı renk kümesini oluşturan yazarların diğer renklerle bağlantı mesafesinin uzak olması atıf sıklığının yoğun olmadığını göstermektedir.

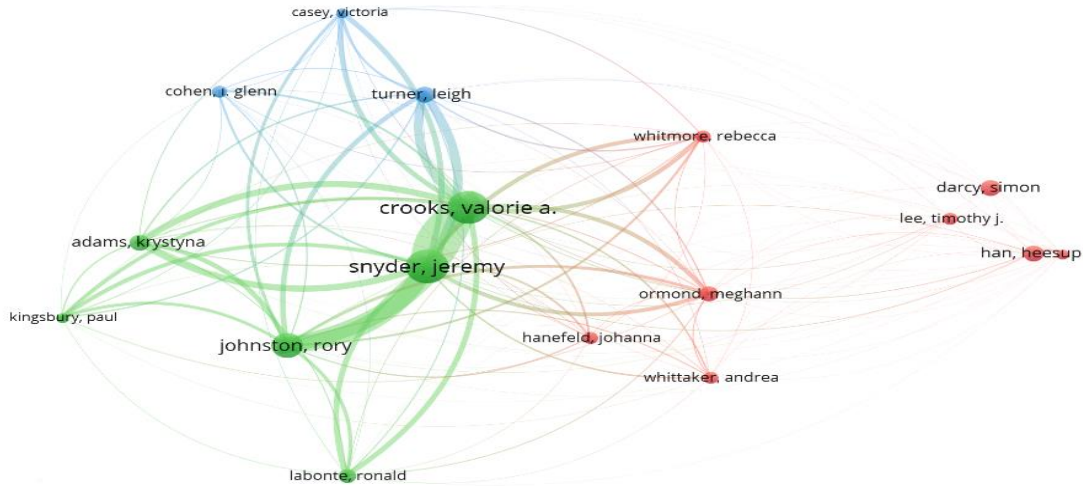
Şekil 4. Yayınların Yazar Ortak Atıf Ağ Analizi



4.10. Bibliyografik Eşleşme Analizi

Yazarların çalışmalarına ilişkin benzerliği saptamak için Kessler (1963) tarafından geliştirilen ve önerilen kavram olarak bibliyografik bağlantı analizi incelenmiştir. Bibliyografik bağlantı, literatürde bir konunun veya yazarların ilgisine yönelik olarak farklı bir bakış açısı sunan ortak atıf analizini tamamlamada, başka bir ifade ile ortak atıf, iki belgenin başka bir belgenin referans listesinde görünmesini belirtirken, bibliyografik bağlantı, bir grup makalenin ortak olduğu referans sayısını hesaplar (hem A makalesi hem de B makalesi her ikisi de C belgesinden bahsediyorsa A ve B makalesi birleştirilir) (Garrigos-Simon vd., 2018). Bibliyografik bağlantı araştırmasına ilişkin bulgular Şekil 5'te gösterilmiştir. Yazarların belge sayısı minimum 5 seçilerek 1028 yazarın 17'si eşik değerini karşılamaktadır. Analizde eşleşme sonucunda üç küme ortaya çıkmıştır. Bu kümelerin bağlantı gücü ve belge sayısına göre sıralaması yeşil, kırmızı ve mavidir. En çok belge gücü ve sayısına göre ortaya çıkan tüm listeye Jeremy Snyder (600 alıntı, 20869 bağlantı gücü, 41 belge), Valorie A. Crooks (580 alıntı, 20529 bağlantı gücü, 39 belge) ve Rory Johnston (455 alıntı, 14621 bağlantı gücü, 24 belge) önderlik etmektedir. Bu yazarlar bağlantı gücü ve belge sayısı ile de yeşil kümede ilk üç grubu oluşturmaktadır.

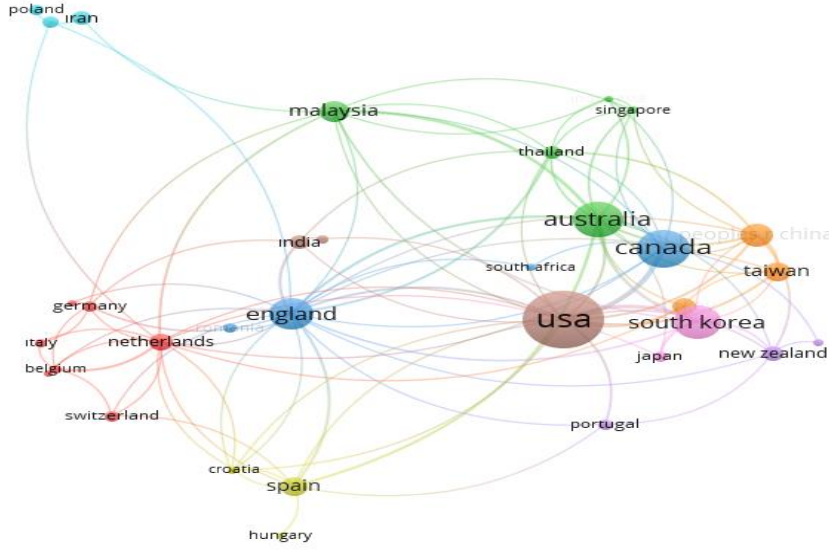
Şekil 5. Yayınların Bibliyografik Eşleşme Analizi



4.11. Ortak Yazarlık Analizinde Ülke ve Kurum İş Birlikleri

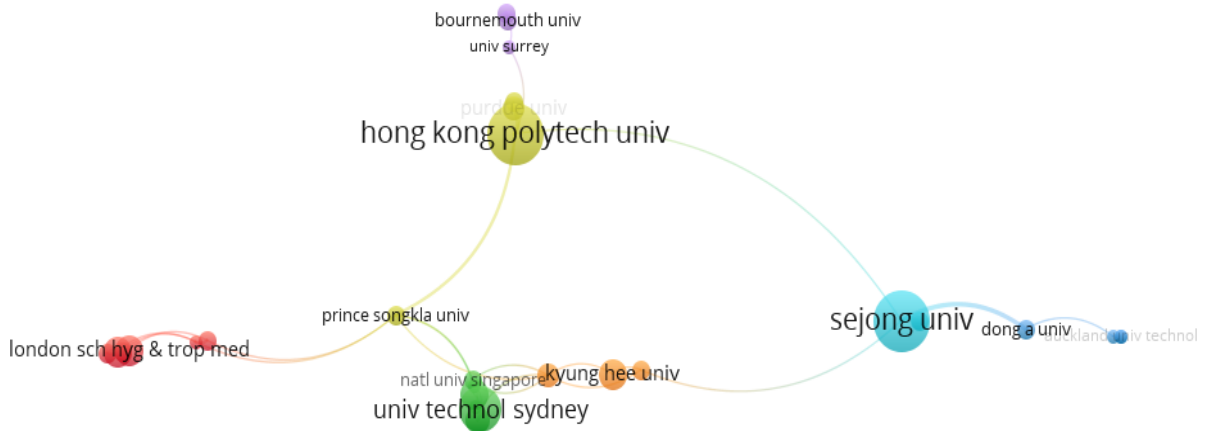
Şekil 6'da belirli bir alana yönelik iş birliği yapısını ortaya koymada kullanılan ortak yazarlık analizi uygulanmıştır. Ortak yazarlık ağının bilgi haritalarının oluşturulması ve analizi araştırma organizasyonları için değerli bilgiler sağlayabilir (Zou vd., 2008). Bu yöntem ile ülkeler ve kurumlar arasındaki iş birliği ağını göstermek amaçlanmıştır. Her bir analizdeki düğümler ülkeleri ve kurumları temsil ederken aralarındaki düğüm boyutları yayınlanan makaleleri, mesafe ve bağlantı çizgilerinin kalınlığı ise iş birliği derecesini yansıtmaktadır. Programda ülkelerden alıntılanan makale sayısı minimum 3 seçildiğinde 68 ülkenin 34'ü eşik değerini karşılamaktadır. Bu ülkeler 9 kümeye ayrılmakta ve aralarında 108 bağlantının çizgisi bulunmaktadır. Bağlantı sayısına göre İngiltere en yüksek (22 bağlantı) sayıya sahiptir. İngiltere'yi Amerika (17 bağlantı), Hollanda (15 bağlantı) ve Avustralya (14 bağlantı) takip etmektedir. Belge bakımından Amerika en yüksek belgeye (135) sahiptir. Bu ülkeyi Kanada (66 belge), Avustralya (58) ve Güney Kore (52) takip etmektedir.

Şekil 6. Yayınların Ülkeler Arasında İş Birliği Analizi



“Medikal turizm”, “termal turizm ve spa-wellnes” ve “yaşlı ve engelli turizmi” ile ilgili yayınlarda en etkili olan kurumların analizini gerçekleştirilerek Şekil 7’de aktarılmıştır. Üniversitelerin alıntılanan makale sayısı minimum 3 seçilerek 533 kuruluş arasından 66’sı eşik değerini aşmaktadır. Ancak 66 üniversitenin en büyük bağlantı sağlandığı 26 kurum ağda yer almaktadır. Analiz sonucunda üniversiteler 7 farklı kümeye ayrılmıştır. Sıralamaya göre önde gelen ilk 5 üniversitesi Sejong University (15 belge, 5 bağlantı), The Hong Kong Polytechnic (15 belge, 4 bağlantı), University of Technology Sydney (11 belge, 5 bağlantı), The London School of Hygiene and Tropical Medicine (7 belge, 4 bağlantı), University of York (7 belge, 4 bağlantı) kuruluşlarından oluşmaktadır. Haritalamada sarı kümeyi The Hong Kong Polytechnic temsil ederken Prince of Songkla üniversitesinin kümedeki tüm kuruluşlara uzak bir mesafede olduğu ve dolayısıyla az iş birliğinin olduğu belirlenmiştir. University of Technology Sydney, yeşil kümeyi temsil ederken kümeyi oluşturan diğer 5 üniversitesi ile yakın mesafede yer almasından dolayı diğer tüm kümelerden farklı olarak en fazla iş birliği sağlayan kümeyi oluşturmaktadır.

Şekil 7. Yayınların Üniversiteler Arasında İş Birliği Analizi



V. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık turizmi kavramı ülkelerin sürdürülebilir bir gelir kaynağı sağlamada önem arz eden bir konu haline gelmiştir. Özellikle dünya nüfusunun yaşlanması ile birlikte insanların sağlık bakım ve tedavi hizmetlerine nerede olsa erişim sağlayabilme durumu bir ihtiyaç haline gelmiştir. İnsanların eski sağlık düzeylerine kavuşmak ya da sağlıklarını korumak veya geliştirmek için sadece ülke imkanları çerçevesinde değerlendirmenin aksine kendine en olumlu tedavi hizmeti sunulacağı düşünülen farklı ülkelerdeki sağlık hizmetine başvurmaktadır. Bu ise sağlık turizmi alt bileşenlerine olan talebi sürekli artan şekilde beslemektedir. Turizm içerisinde önemli bir niş pazar haline dönüşmesi ise araştırmacıların bu alana yönetmiş ve sağlık turizmi alt bileşenleri konusunda farklı boyutları vurgulayan çalışmalar literatüre kazandırılmıştır. Bu doğrultuda araştırmada sağlık turizmi alt bileşenleri konusunda yayınlanan makalelerin bibliyometrik araştırma deseni kullanılarak analiz edilmesi amaçlanmıştır. Araştırma 2000-2019 yılları arasında yayınlanmış makaleleri kapsamaktadır. Web of Sciences veri tabanında sağlık turizmi alt bileşenleri için belirlenen anahtar kelimelerin konu olarak taraması yapılarak 494 makaleye ulaşılmış ve analiz edilmiştir. Medikal turizm, termal turizm ve spa-wellnes turizmi, yaşlı ve engelli turizm konularını anahtar kelime ağı, ortak atıf ağı, bibliyografik eşleşme, ortak yazarlık analizinde ülke ve kurum iş birliğini ortaya çıkarmak için VOSviewer programı kullanılmıştır.

Marković ve diğerleri (2014) ve Huang ve Xu (2018) araştırmacıları sağlık turizminin son yıllarda gelişim gösteren bir pazar olmakla birlikte üzerinde durulan ve araştırmaların ağırlık kazandığı bir alan biçiminde belirtmektedirler. Araştırmada elde edilen bulgular bu sonuçları destekler niteliktedir. Sağlık turizmi alt bileşenleri konusunda yayınlanan makalelerin son yıllarda ağırlık kazandığı ve özellikle 2010 yılından sonra artış gösteren bir eğilim olduğu belirlenmiştir. Sağlık turizmi alt bileşenlerinden medikal turizmin en fazla araştırılan alan olduğu ve yaşlı ve engelli turizminin dünya nüfusunda meydana gelen artışla birlikte daha fazla araştırılan bir alan olduğu görülmektedir. Ayrıca termal ve spa-wellnes turizmi konusunda yayınlanan çalışmaların ise diğer alt bileşenlere göre daha düşük olması dikkat çeken bir konudur. Yayınlanan makalelerin tek yazarlık ve çok yazarlık bakımından ise yaklaşık %80'inin iki veya daha fazla yazar tarafından araştırıldığı sonucuna varılmıştır. Araştırma bulgularımız ile benzer sonuçlar Temizkan ve diğerleri (2015) tarafından gerçekleştirilmiştir ve çalışmada sağlık turizmi konusunda yayınlanan makalelerin 2010 yılından sonra artış gösterdiği ve makalelerin %61'inin çok yazarlı olduğu tespit edilmiştir. Çiçek ve Kozak (2012), araştırmaya çok yazarlılık ile daha fazla katkı sunulacağını belirtirken, Al (2008) günümüzde farklı uzmanlık alanlarının gelişim göstermesi ile ortak yazarlılığın giderek artış gösterdiği hatta bir zorunluluk halini aldığını belirtmektedir. Diğer sonuç ise yıllara göre atıf sayısına baktığımızda en fazla 2011 yılında daha sonra 2010 ve 2013 yılında gerçekleştiği görülmektedir. Qiu ve Chen (2009) bir makale için atıfta bulunulan sayı, yayınlanmasından bu yana geçen süre ile oldukça ilişkili olduğunu belirtmekte ve araştırma verileri bu ifadeyi doğrular niteliktedir.

Yazarların ortak anahtar kelime ağında "medical tourism" en fazla (214) kullanılan anahtar kelimeyi oluşturmaktadır. Ortak atıf analizinde en fazla referans gösterilen çalışma Connell (2006) tarafından gerçekleştirilirken en çok alıntı yapılan (288) yine aynı yazardır. Yayınlanan makale sayısı (40) ve en çok atıf alan (1389) ve bağlantı gücü (39669) olan dergi ise "Tourism Menagement" dergisidir. Saito ve Strehlau (2018) araştırmasında en çok yayın (59) yapılan dergi ve Garrigos-Simon ve diğerleri (2018) ve Mauleon-Mendez ve diğerleri (2018) tarafından yapılan araştırmada ise en çok atıf alan (5330) ve bağlantı gücü (4457) olan dergi "Tourism Menagement" dergisi olarak belirtilmiştir. Bibliyografik eşleşmede Jeremy Snyder en fazla belge sayısı ve bağlantı gücüne sahipken, ortak yazar analizinde İngiltere en fazla iş birliği (22) içinde olan ülke iken kurum ise belge (15) ve bağlantı (5) açısından Sejong Üniversitesi'dir.

5.1. Sınırlılıklar ve Gelecek Araştırmalara Öneriler

Sağlık turizmi alt bileşenleri konusunda gerçekleştirilen araştırmanın bazı kısıtları bulunmaktadır. Öncelikle araştırma elde edilen veri kümesi Web of Science veri tabanı ile sınırlı tutulmuştur. Belirtilen veri tabanı bilimsel yayınlar için sık bir şekilde kullanım alanı bulsa da sağlık turizmi alt bileşenleri

konusunda tüm yayınları içermemektedir. Araştırma daha önce sağlık turizm konusunda yapılan çalışmalardan farklılık göstererek (Canik ve Özdemir, 2019; Çolakoğlu, vd., 2019; Temizkan vd., 2015) anahtar kelime olarak alt bileşenlere odaklanılmış ve “medical tourism”, “spa tourism”, “spa and wellness tourism”, “wellness tourism”, “thermal tourism”, “senior tourism”, “silver tourism”, “elderly tourism”, “grey tourism”, “geriatric tourism”, “third-age tourism”, “disabled tourism” ve “accessible tourism” anahtar kelimeleri ile sınırlandırılmıştır. Araştırmanın diğer sınırlılıkları ise SSCI (Social Science Citation Index) atıf indeksinde taranan makalelerin seçilmesidir. Ayrıca 2000-2019 yıllar arasında yayınlanan makalelerin olması ve yayın dili olarak da İngilizcenin tercih edilmesidir.

Literatürde “medikal turizm”, “termal ve spa-wellness turizmi” ve “yaşlı ve engelli turizmi” konularının belirtildiği biçimde ele alan bibliyometrik bir çalışma bulunmamaktadır. Aynı zamanda bu konulara yönelik yapılan çalışmalarda “sağlık”, “medikal”, “spa” vb. anahtar kelimeler kullanılırken araştırmamızda spesifik olarak bu alana yönelik çalışmalara ulaşılma amaçlanmıştır. Bu nedenle belirtilen anahtar kelimelere odaklanan bir çalışma bulunmamasından dolayı gelecekte yapılacak araştırmalar için ön bir değerlendirme imkânı sunmaktadır. Analiz aşamasında VOSviewer programında ortak yazarlık analizi, atıf analizi ve bibliyografik eşleşme analiz türünde bazı boyutlar uygulanmadığından daha sonraki yapılacak araştırmalar bu boyutları da kullanarak araştırma kapsamı genişletilebilir. Ayrıca araştırma sağlık turizmi alt bileşenleri konusunda yapılacak çalışmalarda uluslararası dizinde incelenmesi gereken yazar ve araştırılan konu hakkındaki bilgiyi bibliyometrik yöntem ile sunmasından dolayı gelecek araştırmaların bu ve benzeri araştırmalara odaklanılması açısından olumlu bir katkı sunacaktır.

Araştırma bulguları ile bağlantılı olarak medikal turizm sürekli araştırılan bir konu haline gelmiştir. Aynı şekilde yaşlı ve engelli turizminin de literatürde gelişim gösteren bir alan iken termal ve spa-wellness turizmi konusunda yapılan çalışmaların kısıtlılık gösterdiği tespit edilmiştir. Araştırmacılar bu bulguları dikkate alarak literatürdeki boşluğu gidermek adına daha verimli çalışmaların üretilebileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Al, U. & Tonta, Y. (2004). Atıf analizi: hacettepe üniversitesi kütüphanecilik bölümü tezlerinde atıf yapılan kaynaklar. *Bilgi Dünyası*, 5(1), 19-47.
- Al, U. (2005). *Çok yazarlılığın bilimsel iletişimdeki yeri*, M. Emin Küçük (Ed.), Prof. Dr. Nilüfer Tuncer'e Armağan, Ankara, Türk Kütüphaneciler Derneği.
- Al, U. (2008). *Türkiye'nin bilimsel yayın politikası: atıf dizinlerine dayalı bibliyometrik bir yaklaşım*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara
- Alén, E., Domínguez, T., & Losada, N. (2012). *New Opportunities for the Tourism Market: Senior Tourism and Accessible Tourism, Visions for Global Tourism Industry*, Dr. Murat Kasimoglu (Ed.). Creating and Sustaining Competitive Strategies, Croatia, InTech.
- Altınay, Z., Saner, T., Bahçelerli, N.M. & Altınay, F. (2016). The role of social media tools: accessible tourism for disabled citizens. *Educational Technology and Society*, 19(1), 89-99.
- Arellano, A.B.R. (2007). Patients without borders: the emergence of medical tourism. *International Journal of Health Services*, 37(1), 193-198.
- Asker, S., Boronyak, L., Carrard, N. & Paddon, M. (2010). *Effective community based tourism. Sustainable tourism cooperative research centre*, Australia.
- Aydın, O. (2012). Türkiye'de alternatif bir turizm; sağlık turizmi. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 14(23), 91-96.

- Bayram, Ö. (1998). Atıf verisi (citation data) ve enformetrik yasalar: Türk kütüphanecilik literatüründeki doktora tezleri üzerinde bir uygulama. *Türk Kütüphaneciliği*, 12(1), 21-32.
- Bies, W. & Zacharia, L. (2007). Medical tourism: outsourcing surgery. *Mathematical and Computer Modelling*, 47(7-8), 1144-1159.
- Bookman, M.Z. & Bookman, K.R. (2007). Medical tourism in developing countries. *University of Toronto Medical Journal*, 86(2), 76-77.
- Bowtell, J. (2015). Assessing the value and market attractiveness of the accessible tourism industry in europe: a focus on major travel and leisure companies. *Journal of Tourism Futures*, 1(3), 203-222.
- Bozdemir, E. & Çivi, F. (2019). Standart maliyet yönteminin görsel haritalama tekniğine göre bibliyometrik analizi. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, Sayı 89, 59-84.
- Burkett, L. (2007). Medical tourism: concerns, benefits and the American legal perspective. *The Journal of Legal Medicine*, 28(2), 223-245.
- Canik, S. & Özdemir, E.G. (2019). Sağlık turizmini konu alan lisansüstü tezlerin bibliyometrik değerlendirmesi (1988-2017). *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 30(2), 125-134.
- Carrera P. M. & Bridges J.F.P. (2006). Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 6(4), 447-54.
- Cevizkaya, G., İlsay, S. & Avcıkurt, C. (2014). Turizm alan yazınında engelliler ile ilgili çalışmaların bibliyometrik profili (2000-2013). *Gazi Üniversitesi Turizm Fakültesi Dergisi*, Sayı 2, 101-108.
- Chen, K.H., Liu, H.H. & Chang, F.H. (2013). Essential customer service factors and the segmentation of older visitors within wellness tourism based on hot springs hotels. *International Journal of Hospitality Management*, 35, 122-132.
- Chen, S.C. & Shoemaker, S. (2014). Age and cohort effects: the american senior tourism market. *Annals of Tourism Research*, 48, 58-75.
- Chongsuvivatwong, V., Phua, K. H., Yap, M. T., Pocock, N. S., Hashim, J. H., Chhem, R., ... & Lopez, A. D. (2011). Health and health-care systems in southeast asia: diversity and transitions. *The Lancet*, 377(9763), 429-437.
- Çiçek, D. & Kozak, N. (2012). Anatolia: turizm araştırmaları dergisi'nde yayımlanan hakem denetimli makalelerin bibliyometrik profili. *Türk Kütüphaneciliği*, 26(4), 734-756.
- Çiçek, R. & Avderen, S. (2013). Sağlık turizmi açısından iç anadolu bölgesi'ndeki kaplıca ve termal tesislerin mevcut yapısının ve potansiyelinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 15(25), 25-35.
- Cobo, M.J., López-Herrera, A.G., Herrera-Viedma, E. & Herrera, F. (2011). Science mapping software tools: review, analysis, and cooperative study among tools. *Journal of the American Society For Information Science and Technology*, 62(7), 1382-1402.
- Cochrane, J. (2008). *Asian tourism: growth and change*. First Edition, England, Elsevier.
- Cohen, E. (2008). *Explorations in Thai tourism*. Emerald Group Publishing, First Editions, England.

- Çolakoğlu, Ü., Altun, H.E. & Kıykaç, B. (2019). Türkiye'deki medikal turizm tezlerinin bibliyometrik profili (2008-2018). *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 30(2), 135-143.
- Connell, J. (2006). Medical tourism: sea, sun, sand and ... surgery. *Tourism Management*, 27(6), 1093-1100.
- Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*, 34, 1-13.
- Crooks, V.A., Kingsbury, P., Synder, J. & Johnston, R. (2010). What is known about the patient's experience of medical tourism? a scoping review. *BMC Health Services Research*, 10(1), 1-12.
- Crooks, V. A., Turner, L., Snyder, J., Johnston, R., & Kingsbury, P. (2011). Promoting medical tourism to india: messages, images, and the marketing of international patient travel. *Social Science & Medicine*, 72(5), 726-732.
- Cormany, D. & Baloglu, S. (2011). Medical travel facilitator websites: an exploratory study of web page contents and services offered to the prospective medical tourist. *Tourism Management*, 32(4), 709-716.
- Darcy, S. & Dickson, T.J. (2009). A whole-of-life approach to tourism: the case for accessible tourism experiences. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 16(1), 32-44
- Darcy, S. (2010). Inherent complexity: disability, accessible tourism and accommodation information preferences. *Tourism Management*, 31(6), 816-826.
- Darcy, S. Cameron, B. & Pegg, S. (2010). Accessible tourism and sustainability: a discussion and case study. *Journal of Sustainable Tourism*, 18(4), 515-537.
- Domínguez, T., Fraiz, J.A. & Alén, E. (2013). Economic profitability of accessible tourism for the tourism sector in Spain. *Tourism Economics*, 19(6), 1385-1399.
- Emir, O. & Arslantürk, Y. (2015). Perceptions of tourism students on thermal tourism in Afyonkarahisar. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 176, 565-570.
- Erdoğan, E. & Aklanoğlu, F. (2008). Termal turizm ve Afyon-Gazlıgöl örneği. *E-Journal of New World Sciences Academy*, 3(1), 83-92.
- García-Altés, A. (2005). The development of health tourism services. *Annals of Tourism Research*, 31(1), 262-266.
- Garrigos-Simon, F.J., Narangajavana-Kaosiri, Y. & Lengua-Lengua, I. (2018). Tourism and sustainability: a bibliometric and visualization analysis. *Sustainability*, 10(6), 1-23.
- Gillovic, B. & McIntosh, A. (2015). Stakeholder perspectives of the future of accessible tourism in New Zealand. *Journal of Tourism Futures*, 1(3), 223-239.
- Glinos, I. A., Baeten, R., Helble, M., & Maarse, H. (2010). A typology of cross-border patient mobility. *Health and Place*, 16(6), 1145-1155.
- Gökkurt, Ö. (1997). "Citation" indeks ve "citation" analizi: enformetrik bir model enformetrik bir model çalışması. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Goodrich, J.H. (1993). Socialist cuba: a study of health tourism, journal of travel research. *Journal of Travel Research*, 32(1), 36-41.
- Hall, C.M. (2011). Health and medical tourism: a kill or cure for global public health? *Tourism Review*, 66(1-2), 4-15.
- Han, H. (2013). The healthcare hotel: distinctive attributes for international medical travelers. *Tourism Management*, 36, 257-268.
- Han, H., & Hyun, S. S. (2015). Customer retention in the medical tourism industry: Impact of quality, satisfaction, trust, and price reasonableness. *Tourism Management*, 46, 20-29.
- Heung, V. C., Kucukusta, D., & Song, H. (2010). A conceptual model of medical tourism: implications for future research. *Journal of Travel and Tourism Marketing*, 27(3), 236-251.
- Heung, V. C., Kucukusta, D., & Song, H. (2011). Medical tourism development in hong kong: an assessment of the barriers. *Tourism Management*, 32(5), 995-1005.
- Hjalager, A.M. & Konu, H. (2011). Co-branding and co-creation in wellness tourism: the role of cosmeceuticals. *Journal of Hospitality Marketing & Management*, 20(8), 879-901.
- Hopkins, L., Labonté, R., Runnels, V. & Packer, C. (2010). Medical tourism today: what is the state of existing knowledge? *Journal of Public Health Policy*, 31(2), 185-198.
- Horowitz, M.D., Rosensweig, J.A., & Jones, C.A. (2007). Medical tourism: globalization of the healthcare Marketplace. *Medscape General Medicine*, 9(4), 33.
- Horton, S., & Cole, S. (2011). Medical returns: seeking health care in Mexico. *Social science & Medicine*, 72(11), 1846-1852.
- Hsu, C.H.C., Cai, L. A. & Wong, K.K.F. (2007). A model of senior tourism motivations- anecdotes from beijing and Shanghai. *Tourism Management*, 28(5), 1262-1273.
- Huang, L. & Xu, H. (2014). A cultural perspective of health and wellness tourism in China. *Journal of China Tourism Research*, 10(4), 493-510.
- Huang, L. & Xu, H. (2018). Therapeutic landscapes and longevity: wellness tourism in Bama. *Social Science & Medicine*, 197, 24-31.
- Huber, D., Milne, S., & Hyde, K. F. (2018). Constraints and facilitators for senior tourism. *Tourism management perspectives*, 27, 55-67.
- İbret, B.Ü. (2007). Türkiye’de yeni gelişen bir termal turizm merkezi: Çavundur kaplıcası. *Doğu Coğrafya Dergisi*, 12(18), 135-164.
- Imani, B., Mirezati, S.Z. & Saberi, M.K. (2019). A bibliometric analysis of international journal of nursing studies (1963 – 2018). *Library Philosophy and Practice*, 1-14.
- Jang, S., Bai, B., Hu, C., & Wu, C. M. E. (2009). Affect, travel motivation, and travel intention: a senior market. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 33(1), 51-73.
- Kane, M.J. (2013). New Zealand’s transformed adventure: from hero myth to accessible tourism experience. *Leisure Studies*, 32(2), 133-151.

- Kelly, C. (2012). Wellness tourism: retreat visitor motivations and experiences. *Tourism Recreation Research*, 37(3), 205-213.
- Kessler, M. M. (1963). Bibliographic coupling between scientific papers. *American Documentation*, 14(1), 10-25.
- Khalil, G. M., & Crawford, C. A. G. (2015). A bibliometric analysis of US-based research on the behavioral risk factor surveillance system. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(1), 50-57.
- Kılıçaslan, A. & Aydınöz, D. (2000). Afyon ilinde kaplıca turizmi ve özellikleri. *Türk Coğrafya Dergisi*, Sayı 35, 247-259.
- Kozak, N. & Özel, Ç.H. (2012). Turizm pazarlaması alanının bibliyometrik profili (2000-2010) ve bir atıf analizi çalışması. *TürkKütüphaneciliği*, 26(4), 715-733.
- Kozak, N. (1997). Türkiye'deki termal turizmi işletmelerinde konaklayan Türk turistlerin profilinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 8(1-2), 62-73.
- Lehto, X.Y., Brown, S., Chen, Y. & Morrison, A.M. (2006). Yoga tourism as a niche within the wellness tourism market. *Tourism Recreation Research*, 31(1), 25-35.
- Leidner, R. (2008). Tourism accessible for all in Europe, tourism review. *Ethical: Barrier Free Tourism*, 1-8.
- Luiza, S. M. (2010). Accessible tourism—the ignored opportunity. *Annals of Faculty of Economics*, 1(2), 1154-1157.
- Lunt, N. & Carrera, P. (2010). Medical tourism: assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas*, 66(1), 27-32.
- Lunt, N., Smith, R., Exworthy, M., Green, S.T., Horsfall, D. & Mannion, (2011). *Medical tourism: treatments, markets and health system implications: a scoping review. Organisation for economic co-operation and development*. Paris.
- Magdalini, V. & Paris, T. (2009). The wellness tourism market in greece- an interdisciplinary methodology approach, tourismos: an international multidisciplinary. *Journal of Tourism*, 4(4), 127-144.
- Mak, A. H. N., Wong, K. K., & Chang, R. C. (2009). Health or self-indulgence? the motivations and characteristics of spa-goers. *International Journal of Tourism Research*, 11(2), 185-199.
- Marković, S., Lončarić, D. & Lončarić, D. (2014). Service quality and customer satisfaction in the health care industry-towards health tourism market. *Tourism and Hospitality Management*, 20(2), 155-170.
- Matzarakis, A. & Rutz, F. (2013). Application of rayman for tourism and climate investigations. *Annalen der Meteorologie*, 41(2), 631-636.
- Mauleon-Mendez, E., Genovart-Balaguer, J., Merigo, J.M. & Mulet-Forteza, C. (2018). Sustainable tourism research towards twenty-five years of the journal of sustainable tourism. *Advances in Hospitality and Tourism Research*, 6(1), 23-46.
- McBurney, M.K. & Novak, P.L. (2002). What is bibliometrics and why should you care? *In Proceedings. IEEE International Professional Communication Conference*, 108-114.

- Medina-Muñoz, D.R. & Medina-Muñoz, R.D. (2013). Critical issues in health and wellness tourism: an exploratory study of visitors to wellness centres on Gran Canaria. *Current Issues in Tourism*, 16(5), 415-435.
- Merigó, J.M. & Yang, J.B. (2017). A bibliometric analysis of operations research and management science. *Omega*, 73, 37-48.
- Michopoulou, E., Darcy, S., Ambrose, I. & Buhalis, D. (2015). Accessible tourism futures: the world we dream to live in and the opportunities we hope to have. *Journal of Tourism Futures*, 1(3), 179-188.
- Milfont, T.L. & Page, E. (2013), A bibliometric review of the first thirty years of the journal of environmental psychology. *Psychology*, 4(2), 195-216.
- Mueller, H. & Kaufmann, E.L. (2000). Wellness tourism: market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry. *Journal of Vacation Marketing*, 7(1), 5-17.
- Mulet-Forteza, C., Martorell-Cunill, O., Merigó, J.M., Genovart-Balaguer, J. & Mauleon-Mendez, E. (2018). Twenty five years of the journal of travel & tourism marketing: a bibliometric ranking. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 35(9), 1201-1221.
- Nebioglu, O. (2019). Turizm ve yiyecek tüketimi: uluslararası alanyazın üzerine bibliyometrik bir analiz. *Seyahat ve Otel İşletmeciliği Dergisi*, 16(1), 71-88.
- Nella, A. & Christou, E. (2016). Extending tourism marketing: implications for targeting the senior tourists' segment. *Journal of tourism, Heritage and Services Marketing*, 2(1), 36-42.
- Nikitina, O. & Vorontsova, G. (2015). Aging population and tourism: socially determined model of consumer behavior in the "senior tourism" segment. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 214, 845-851.
- Peris-Ortiz, M., & Álvarez-García, J. (2014). *Health and wellness tourism. Emergency of new market segment*, Spain, Springer.
- Qiu, H. & Chen, Y.F. (2009). Bibliometric analysis of biological invasions research during the period of 1991 to 2007. *Scientometrics*, 81(3), 601-610.
- Radnic, R.A., Gracan, D. & Fister, M. (2009). Repositioning of thermal spa tourism of north-west croatia in accordance with the european thermal spa tourism trends. *Tourism and Hospitality Management*, 15(1), 73-84.
- Reed, C.M. (2008). Medical tourism. *The Medical Clinics of North America*, 92(6), 1433-1446.
- Saito, C.S. & Strehlau, V.L. (2018). Tourist destination choice: a bibliometric study. *Review of International Business*, 13(1), 17-31.
- Sayılı, M., Akça, H., Duman, T. & Esengün, K. (2007). Psoriasis treatment via doctor fishes as part of health tourism: a case study of kangal fish spring, Turkey. *Tourism Management*, 28(2), 625-629.
- Selvi, M.S. (2002). Termal ürün pazarlamada tutundurma karması elemanlarının rolü: termal bölgede devre mülk sistemi uygulayan işletmeler ile diğer termal otel işletmeleri açısından bir karşılaştırma. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(1), 95-104.

- Sheldon, P.J. & Park, S.Y. (2008). Sustainable wellness tourism: governance and entrepreneurship issues. *Acta turística*, 20(2), 151-172.
- Sinkovics, N. (2016). Enhancing the Foundations for Theorising Through Bibliometric Mapping. *International Marketing Review*, 33(3), 327-350.
- Smith, M. & Kelly, C. (2006). Wellness tourism. *Tourism Recreation Research*, 31(1), 1-4.
- Steiner, C.J. & Reisinger, Y. (2006). Ringing the fourfold: a philosophical framework for thinking about wellness tourism. *Tourism Recreation Research*, 31(1), 5-14.
- Temizkan, S.P., Çiçek, D. & Özdemir, C. (2015). Sağlık turizmi konusunda yayınlanan makalelerin bibliyometrik profili. *International Journal of Human Sciences*, 12(2), 394-415.
- Tengilimoğlu, D. (2017). *Sağlık turizmi*, 2. Baskı, Ankara, Siyasal Kitabevi.
- Timur, B. (2018). Service quality, destination image and revisit intention relationships at thermal tourism businesses. *Journal of Gastronomy, Hospitality and Travel*, 1(1), 38-48.
- Türkiye Turizm Yatırımcıları Derneği (TTYD). (2018). *Dünya turizmi*, http://ttyd.org.tr/Uploadfiles/DocumentFiles/c3b19803-24c8-4bab-9552_e717d8c890eb.pdf, (23.04.2020).
- Tütüncü, Ö., Kiremitçi, İ. & Çalışkan, U. (2011). Sağlık turizmi, güvenlik ve kalite. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 22(1), 91-93.
- Van Eck, N.J. & Waltman, L. (2010). Software survey: vosviewer, a computer program for bibliometric mapping. *Scientometrics*, 84(2), 523-538.
- Van Eck, N.J., Waltman, L., Dekker, R. & Van Den Berg, J. (2010). A comparison of two techniques for bibliometric mapping: multidimensional scaling and VOS. *Journal of the American Society for Informaion Science and Technology*, 61(12), 2405-2416.
- Vila, T.D., Darcy, S. & González, E.A. (2015). Competing for the disability tourism market-a comparative exploration of the factors of accessible tourism competitiveness in Spain and Australia. *Tourism Management*, 47, 261-272.
- Wang, B., Pan, S.Y., Ke, R.Y., Wang, K. & Wei, Y.M. (2014). An overview of climate change vulnerability: a bibliometric analysis based on web of science database. *Natural Hazards*, 74(3), 1649-1666.
- Weiermair K. & Mathies C. (2004). *The tourism and leisure industry shaping the future, the Haworth hospitality*. First Edition, New York, Haworth Hospitality Press.
- Wolcott, H. F. (1994). *Transforming qualitative data: description, analysis and interpretation*. Thousand Oaks, SAGE, London.
- Xiao, H. & Smith, S.L.J. (2006). The maturation of tourism research: evidence from a content analysis. *Tourism Analysis*, 10(4), 335-348.
- Yang, L., Chen, Z., Liu, T., Gong, Z., Yu, Y. & Wang, J. (2013). Global trends of solid waste research from 1997 to 2011 by using bibliometric analysis. *Scientometrics*, 96(1), 133-146.
- Yeoh, E., Othman, K., & Ahmad, H. (2013). Understanding medical tourists: word-of-mouth and viral marketing as potent marketing tools. *Tourism Management*, 34, 196-201.

- Yiğit, A. (2019). Global burden of disease: a bibliometric analysis based on the scopus database. *International Journal of Health Management and Tourism*, 4(3), 237-249.
- Yıldırım, A. & Şimşek, H. (2013). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. Genişletilmiş 9. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Yıldırım, S. (1997). Üçüncü yaş turizmi ve bunun türkiye açısından değerlendirilmesi. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 8(1), 77-81.
- Yu, J. Y., & Ko, T. G. (2012). A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among chinese, japanese and korean tourists in korea. *Tourism Management*, 33(1), 80-88.
- Zajadacz, A. (2015). Evolution of models of disability as a basis for further policy changes in accessible tourism. *Journal of Tourism Futures*, 1(3), 189-202.
- Zan, B.U. (2012). *Türkiye' de bilim dallarında karşılaştırmalı bibliyometrik analiz çalışması*, (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Zou, X., Yue, W.L. and Vu, H.L. (2018). Visualization and analysis of mapping knowledge domain of road safety studies. *Accident Analysis and Prevention*. 118, 131-145.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

KURUMSAL SAĞLIK OKURYAZARLIĞI OLGUSUNA İLİŞKİN BİR DURUM ÇALIŞMASI: KAMU HASTANELERİ ÜZERİNE BİR İNCELEME *

Sevda AYDIN BÜYÜK¹

Emine ŞENER²

Pınar GÜNGÖR KETENCİ³

Funda ÖZTÜRKAN ERDEK⁴

Zeliha ARAS BALCI⁵

Özlem ÖZTEKİN⁶

Sunay GÜNER⁷

İlknur ALP⁸

ÖZ


Çok kültürlü toplumlarda kurumsal sağlık okuryazarlığı, önemi artan konular arasındadır. Kurumların sahip olduğu sağlık okuryazarlığı düzeyinin, bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyinden ayrı tutulması gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda, kurumların fiziki yapısı, işaret ve yönlendirmeler, internet sayfası gibi düzenlemeleri içeren kurumsal sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlık hizmetlerine kolay erişebilmesini sağlayacak şekilde, stratejik olarak benimsenmelidir. Çalışma, kamu hastanelerinin kurumsal sağlık okuryazarlığına ilişkin durumunu ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Bir durum çalışması olan bu araştırma, Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmet veren ve kolayda örnekleme yöntemiyle belirlenen üç hastanede gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri iki aşamada toplanmıştır. Birinci aşamada, Harvard Üniversitesi tarafından geliştirilen ve Özer (2018) tarafından Türkçeye uyarlanan “Kurumsal Sağlık Okuryazarlık Gözlem Formu”nu gözleme dayalı olarak her hastaneden 3 gözlemciden doldurmaları istenmiştir. İkinci aşamada, aynı hastanelerde, kurumsal sağlık okuryazarlığının gelişiminde katkısı olduğu düşünülen farklı birimlerde görevli 73 yöneticiye, Kowalski ve diğerleri (2015) tarafından geliştirilen “Sağlık Okuryazarı Sağlık Kurumları-10 (HLHO-10)” anketi uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 22.0 ile analiz edilmiştir. Araştırmada, gözlemci ve yöneticilerin çoğunluğu hemşirelerden oluşmaktadır. 9 gözlemci, ortalama 76,6 dakikada gözlemlerini tamamlamıştır. Gözlemciler, özellikle telefon sistemi boyutunda eksiklik bildiriminde bulunurken, web sitesi ve koridorlar boyutunda daha olumlu bildirimde bulunmuşlardır. Yöneticilerin katılımı ile yanıtlanan HLHO-10'a göre ise medya çeşitliliği boyutu en düşük puana sahipken, iletişim standartları boyutu en yüksek puana sahiptir. Buna ek olarak yapılan ANOVA testi sonucuna göre okuryazarlık becerileri, iletişim standartları, maliyet bilgisi ve iş gücü eğitimi boyutlarında hastaneler arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre belirlenen zayıf noktalara ilişkin öneriler geliştirilmiştir.


Anahtar Kelimeler: Kurumsal sağlık okuryazarlığı, hastane, gözlem, durum çalışması, HLHO-10


MAKALE HAKKINDA


* 20-23 Haziran 2019, 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi'nde, sözel bildiri olarak sunulmuştur.


¹ Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi, Medeniyet Üniversitesi Göztepe EAH, sevdaab@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-2795-4651>

² Dr. Öğretim Üyesi, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, eminesener@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-8903-1684>


³ Dr. Öğrencisi, Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, p_gunvor18@hotmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-6154-8481>

⁴ Msc, Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi, Antalya Kepez DH, fundaerdem1982@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-2168-4208>

⁵ Msc, Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi, Medeniyet Üni. Göztepe EAH, zelihaaras@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0003-4263-8910>

⁶ Msc, Sağlık Bakım Hiz. Md., Erenköy Fizik Ted. ve Reh. Hast., ozlemoztekinfir@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-9179-1551>

⁷ Msc, Sağlık Bakım Hizmetleri Md., Medeniyet Üniversitesi Göztepe EAH, sunay20@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0003-3794-9255>

⁸ Sağlık Bakım Hizmetleri Md., Antalya Kepez DH, nur_77@hotmail.com,  <https://orcid.org/0000-0001-5149-0036>

Gönderim Tarihi: 07.05.2020

Kabul Tarihi: 05.10.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Büyük, S.A., Şener, E., Ketenci P.G., Erdek, F.Ö., Balcı, Z.A., Öztekin, Ö., Güner, S. & Alp, İ. (2020). Kurumsal sağlık okuryazarlığı olgusuna ilişkin bir durum çalışması: kamu hastaneleri üzerine bir inceleme, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 587-604

A CASE STUDY ON ORGANIZATIONAL HEALTH LITERACY: A STUDY ON PUBLIC HOSPITALS *

Sevda AYDIN BÜYÜK¹
Emine ŞENER²
Pınar GÜNGÖR KETENCİ³
Funda ÖZTÜRKAN ERDEK⁴
Zeliha ARAS BALCI⁵
Özlem AYAZ⁶
Sunay GÜNER⁷
İlknur ALP⁸


ABSTRACT


In multicultural societies, organizational health literacy is among the issues of increasing importance. The level of health literacy of organizations should be kept separate from the level of health literacy of the individual. In the provision of health care services, organizational health literacy, including the physical structure of organizations, signs and directions, and web page arrangements, should be adopted strategically, allowing the individual to have easy access to health services. The study was carried out to reveal the status of organizational health literacy in public hospitals. This case study was carried out in three hospitals within the Ministry of Health, which were easily identified by sampling method. The data were collected in two stages. In the first stage, the Corporate Health Literacy Observation Form developed by Harvard University and adapted to Turkish by Özer (2018) was requested to be filled by three observers from each hospital based on observation. In the second stage, 73 managers working in different units, which are thought to have contributed to the development of institutional health literacy in the same hospitals, were administered The Health Literate Health Care Organization 10 item Questionnaire (HLHO-10) developed by Kowalski et al. (2015). The data were analyzed with SPSS 22.0. In this study, the majority of the observers and managers were nurses. 9 observers, 33.3% of whom were civil defense supervisors, completed their observations in an average of 76.6 minutes. In particular, observers reported a deficiency in the size of the telephone system and more positive reports on the size of the website and corridors. According to the HLHO-10, which was answered with the participation of managers, the media diversity had the lowest score and the communication standards diversity had the highest score. In addition, according to the ANOVA test results, a significant difference was found between the hospitals in terms of literacy skills, communication standards, cost information and workforce training. According to the results of the research, suggestions for weak points were developed.

Keywords: Organizational health literacy, hospital, observation, case study, HLHO-10


ARTICLE INFO


* It was presented as an oral presentation at the 4th International Health Sciences and Management Congress, 20-23 June 2019.


¹ Medeniyet University Goztepe Hospital, sevdaab@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-2795-4651>


² Kırşehir Ahi Evran University, eminesener@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-8903-1684>


³ Üsküdar University, p_gungor18@hotmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-6154-8481>

⁴ Antalya Kepez Hospital, fundaerdek1982@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0002-2168-4208>

⁵ Medeniyet University Goztepe Hospital, zelihaaras@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0003-4263-8910>

⁶ Erenköy Physical Therapy and Rehabilitation Hospital, ozlemoztekinfr@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-9179-1551>

⁷ Medeniyet University Goztepe Hospital, sunay20@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0003-3794-9255>

⁸ Antalya Kepez Hospital, nur_77@hotmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-5149-0036>

Gönderim Tarihi: 07.05.2020

Kabul Tarihi: 05.10.2020

Cite This Paper:

Büyük, S.A., Şener, E., Ketenci P.G., Erdek, F.Ö., Balci, Z.A., Öztekin, Ö., Güner, S. & Alp, İ. (2020). Kurumsal sağlık okuryazarlığı olgusuna ilişkin bir durum çalışması: kamu hastaneleri üzerine bir inceleme, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 587-604

I. GİRİŞ

Tarih boyunca, kişinin içinde bulunduğu sosyal, kültürel ve ekonomik değişimlere ayak uydurabilmesi için tüm yaşamı boyunca eğitim alması zorunlu olmuştur. Özellikle eğitim ve öğretimin önem kazanması ile birlikte okuryazarlık kavramı, yaşam boyu öğrenme sürecinin vazgeçilmez bir parçası olmuştur. Okuryazarlık, zamana göre değişen ve gelişen bir kavramdır. Bu bakımdan farklı bilim dalları okuryazarlık kavramını kullanmış, araştırma yaparak önemini vurgulamışlardır. Okuryazarlık, belli bir konuda bilgi edinebilme ve belli alanlarda hedefe ulaşmak için kullanılan bir araç olarak tanımlanmıştır. Bu da kişinin belli bir konuda okuryazar olmasını değil, mevcut alanla ilgili temel bilgilere ulaşip anlayabilme ve yorumlayıp kullanabilme becerisini ifade etmektedir. Bu ifadeden yola çıkarak, birçok alanda okuryazarlık türü bulunmuş ve geliştirilmiştir. Bu türler arasında yer alan sağlık okuryazarlığı, günümüzde okuryazarlık kavramının en önemli türlerinden biridir (Güven, 2016; Kutlu ve Akbulut, 2019).

Sağlık okuryazarlığı terimi, ilk kez 1974 yılında kullanılmış, 2000’li yıllardan sonra konu ile ilgili araştırma ve çalışmalarda artış olmuştur. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık durumunda iyilik halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla, sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gereken bilişsel ve sosyal beceri olarak tanımlanmaktadır. Ratzan ve Parker (2010) sağlık okuryazarlığını, “bireylerin uygun sağlık kararları almak için gereken temel sağlık bilgi ve hizmetlerini edinme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi” olarak tanımlamışlardır. Dünya Sağlık Örgütü’nün belirlemiş olduğu tanıma göre ise sağlık okuryazarlığı, “kişisel yaşam tarzlarını ve yaşam koşullarını değiştirerek kişisel ve toplum sağlığını iyileştirmek için harekete geçmek için belirli bir bilgi, kişisel beceri ve güven düzeyine ulaşılması” olarak ifade edilmiştir (World Health Organization [WHO], 2020).

Bir toplumun sağlık okuryazarlığı, gelişmişlik göstergelerinden biri olarak sayılmaktadır. Bireyin ve hizmet sunucusu olan hastanelerdeki sağlık okuryazarlığının yüksek olması sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülebilmesi için vazgeçilmez bir bileşendir (Hayran ve Özer, 2018). Sınırlı sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmasını, temel öz bakım görevlerini yerine getirmesini engelleyerek, kötü sağlık sonuçları doğurmaktadır. Bu nedenle bireyler dışında, hizmet sunumu yapan kurumların sağlık okuryazarlığının da yeterli ve yüksek olması gerekmektedir (Aboumatar, 2013).

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri geniş yelpazede anlayabilmeleri bağlamında ömür boyu süren ve sürekli geliştirilmesi gereken bir öğrenme faaliyetidir. Bu sayede hastaların karara katılımlarının sağlanması, tedaviye ve ilaç kullanımına uyum, hastanın bilgilendirilmesi ve güçlü hasta iletişimi sağlanarak, acil bakım, hastaneye yatış oranları azalmaktadır (Sezgin, 2013). Kaliteli, etkili ve güvenli bir sağlık hizmetinin niteliği sadece bireylerin okuryazarlığı ile mümkün olmamaktadır. Aynı zamanda sağlık kurumlarının hizmeti almak isteyenlerin ihtiyaç ve beklentilerini anlaması, bunları doğru bir şekilde karşılaması ve hizmete erişimde gerekli kolaylığı sağlamış olması gerekmektedir. Sağlık kurumlarının okuryazarlığı adı verilen bu kavram son yıllarda gündeme gelen konular arasındadır (Durusu vd., 2014; Farmanova vd., 2018).

Sağlık hizmeti sunumunda hizmet alan bir kişi için en önemli faktörlerden biri, hizmet aldığı sağlık kurumudur (Nutbeam, 2000). Kurumsal sağlık okuryazarlığı, bireye sunulacak hizmetin etkili ve verimli olması için önemli bir rol oynar. Bu nedenle sağlık hizmeti sunan sağlık kurumlarında hizmet almaya gelen bireylerin isteklerine ve beklentilerine cevap verecek seviyede sağlık okuryazarlığı olmalıdır. Bu durum, sağlık kurumlarının bireylere saygı, hizmete erişim kolaylığı, bilginin kolay anlaşılması ve sunulan hizmetin kaliteli ve rahat olmasını sağlamaktadır. Kurumsal sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan düzenlemeler sayesinde sağlık harcamalarının azalacağı ve hizmet sunumunun sorunsuz ve sistematik bir şekilde devam edeceği düşünülmektedir (Özer, 2018; Farmanova vd., 2018; Hayran ve Özer, 2018). Sağlık okuryazarı bir sağlık hizmetleri organizasyonu, bireylerin sağlıklarını korumak için bilgi ve hizmetleri gezinmesini, anlamasını ve kullanmasını kolaylaştıran bir kuruluştur (Brach, 2017). Sağlık okuryazarlığının kurumsal düzeyde ele alınması, bir

sağlık sisteminde bireysel düzeydeki yaklaşımlardan daha fazla sağlık tüketicisi üzerinde daha büyük bir etkiye sahip olma potansiyeli taşımaktadır (Prince vd., 2018).

Kurumsal sağlık okuryazarlığı, “Sağlık kurumlarının, kendilerinden hizmet almak isteyen tüm bireylere; bulunması, anlaşılması ve kullanılması kolay olan hizmet ve bilgiler sunabilme, verecekleri kararlarda yardımcı olma becerisi ve bu konularda var olan engelleri kaldırmış olma özelliği” (Lloyd vd., 2019) olarak tanımlanmaktadır. Bireylerin okuryazarlık düzeyi düşük de olsa sağlık okuryazarı bir kuruluş, hizmetlere ve bilgiye ulaşım, bilgiyi anlama ve kullanma konularında bireylere en iyi şekilde yardım etme yeteneğine sahip olmaktadır (Farmanova vd., 2018). Kurumsal sağlık okuryazarlığının ilgili alanları “sağlık hizmetlerine erişim ve kurumsal yaşam”, “tanı, tedavi ve bakım hizmetleri”, “hastalık yönetimi ve korunma”, “sağlıklı yaşam biçimi geliştirme” olarak sınıflandırılmaktadır. Yani sağlık hizmeti sunumunda kalite, güvenlik, sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı kurumlar konuları üzerinde durulmaktadır (Hayran vd., 2019; Hayran ve Özer, 2018).

Kurumsal sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlıklarını yönetmede karşılaştıkları sayısız karmaşıklıkla gidmektedir. Sağlık okuryazarlığının tüm kuruma yayılması ve tüm operasyonların ayrılmaz bir parçası olması gerekir (Brach, 2017). Kurumsal sağlık okuryazarlığı ölçüm kriterlerinde, hasta bakım kriterlerinin yanı sıra kurumun internet sayfasından gerekli ve yeterli bilgiye ulaşım, telefon ile iletişim sistemi, kurum içi yönlendirmeler, hastaneye ulaşım, hizmetlere erişim, fiziksel yapının kullanım kolaylığı, her türlü yazılı materyallerin anlaşılabilir olması, kullanılan dilin sadeliği gibi konular bulunmaktadır (Brach vd., 2012).

Bu açıklamalar ışığında çalışma, kamu hastanelerinin kurumsal sağlık okuryazarlığına ilişkin mevcut durumunu belirlemek amacıyla yapılmıştır.

II. YÖNTEM

Bir durum çalışması olan bu araştırma, kolayda örnekleme yöntemiyle, kamu hastanesi niteliği taşıyan, Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Antalya Kepez Devlet Hastanesi, Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde gerçekleştirilmiştir. Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi 10.667 m² alan üzerine kurulmuş olup; İstanbul Anadolu yakasında fizik tedavi ve rehabilitasyon alanında hizmet veren tek dal hastanesidir. Günde ortalama 2000 hastaya ortopedik, nörolojik, pediatrik rehabilitasyon hizmetleri ile evde rehabilitasyon ve elektroterapi hizmetleri vermektedir (İstanbul Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, 2020). Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 66.000 m² arazi üzerine kurulmuş olup; günde ortalama 6000 hastaya acil, poliklinik ve yoğun bakım içeren yataklı servis sağlık hizmeti vermektedir (İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2020). Antalya Kepez Devlet Hastanesi ise 53.500 m² kapalı alana sahip olup, günde ortalama 6000 hastaya acil, poliklinik ve yoğun bakım içeren yataklı servis sağlık hizmeti vermektedir (Kepez Devlet Hastanesi, 2020).

Araştırmada gözlem ve anket tekniği birlikte kullanılmıştır. Hastanelerin kurumsal okuryazarlık durumlarını çok boyutlu olarak keşfetmek amacıyla gözleme dayalı durum çalışması tercih edilmiştir. Gözleme dayalı durum çalışması, önemli veri toplama tekniği olup; katılımcı gözlem ile bir örgütün belli yönlerine dair veri toplama amaçlı yapılan çalışmadır. Durum çalışmaları gerçek ortamda neler olduğuna bakma, sistematik bir biçimde verileri toplama, analiz etme ve sonuçları ortaya koyma yoludur. Ortaya çıkan ürün ise olayın niçin o şekilde olduğunun ve gelecek araştırmalar için daha detaylı olarak nelere odaklanmak gerektiğinin keskin bir biçimde anlaşılmasıdır (Subaşı ve Okumuş, 2017). Durum çalışmaları nitel ve nicel durumların karışımına dayanan bir araştırma yöntemidir. Değerlendirme araştırmalarında önemli bir yer tutan durum çalışmalarının takip etmesi gereken özelliklerini Hitchcock ve Huges (1995) şu şekilde açıklamaktadır: Durum içerisindeki olayların zengin ve canlı bir şekilde tanımlanması, kronolojik olarak hikayelendirilmesi, olayların tanımlanması ile analizi arasındaki içsel bir tartışmanın kurulması, belirgin aktörlerin üzerine odaklanması, durum içerisindeki belirgin olaylar üzerine odaklanması gibi. Yani durum çalışması depo niteliğinde belge

veya özel bir durum olarak tanımlanmaktadır (Aytaçlı, 2012). Yin (1984) veri toplama sürecinde kullanılabilir kaynakları; dokümanlar, arşiv kayıtları, görüşmeler, direkt gözlem, katılımcı gözlem, fiziksel yapılar (çalışmada kullanılabilir fiziksel kanıtlar) olarak sınıflandırmaktadır. Filmler, fotoğraflar, video kayıtları, hayat hikâyeleri ve sözsüz iletişim ile veri toplama kaynakları genişletilebilir. Veri toplama sürecinde aynı zamanda araştırmacının rolü çok önemlidir. Objektif, bağımsız olmalı, kendi fikirlerine kapılmamalı, yeni karşılaştığı durumları fırsata çevirebilmelidir (Subaşı ve Okumuş, 2017). Çalışmada katılımcı gözlem tekniği için hastane işleyişine ve işlem basamaklarına hâkim, ayrıca tüm hizmet alanlarını temsil edebilecek branşlarda hizmet veren (hekim, hemşire, hastane yönetimi) çalışanlar gözlemci olarak belirlenmiş, belirlenen kriterlere uygun olan 3'er gözlemci seçilmiştir. Katılımcı sayısının görece olarak küçük olmasının sebebi ayrıntılı ve derinlemesine bir araştırma yöntemi olmasından kaynaklanmaktadır.

Yapılandırılmış gözlem formu olarak Harvard Üniversitesi tarafından geliştirilen ve Özer (2018) tarafından Türkçeye uyarlanan "Kurumsal Sağlık Okuryazarlık Gözlem Formu"nu gözlemcilerin nasıl dolduracağı çalışma öncesinde anlatılmıştır. Gözlemciler, gözlem formu ışığında uygulama ve hastane turu gerçekleştirmiş, akabinde raporlandırmışlardır.

Araştırmanın ikinci aşamasında, durumu derinlemesine ortaya çıkarabilmek amacıyla aynı hastanelerde, kurumsal sağlık okuryazarlığının gelişiminde katkısı olduğu düşünülen, farklı birimlerde görevli 73 yöneticiye, Kowalski ve diğerleri (2015) tarafından geliştirilen, Sağlık Okuryazarı Sağlık Kurumları-10 (HLHO-10) anketi uygulanmıştır. Yöneticilerden elde edilen veriler, SPSS 22.0 ile analiz edilmiş ve tablolar halinde sunulmuştur. Veriler, 15.05.2019- 15.06.2019 tarihleri arasında toplanmış olup çalışma için gerekli etik kurul onayı alınmıştır¹.

III. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma verilerinin analizi sonucu elde edilen bulgular tablolar halinde sunulmuştur. İlk kısımda gözlemcilerden elde edilen bulgular yer alırken, ikinci kısımda yöneticilere uygulanan HLHO-10 anketine ait bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Gözlemciler Ait Sosyo-Demografik Özellikler

Özellikler	f	%
Gözlemcinin Mesleği		
Hekim	3	33,3
Hemşire	4	44,4
Memur	2	22,2
Gözlemci Öğrenim Durumu		
Lise	3	33,3
Lisans	1	11,1
Yüksek Lisans	2	22,2
Doktora	3	33,3
Gözlemci Cinsiyet		
Kadın	5	55,6
Erkek	4	44,4
Toplam	9	100,0

Tablo 1'de hastanelerin kurumsal sağlık okuryazarlığını belirlemek amacıyla kurum çalışanları içinden belirlenen 9 gözlemciye ait sosyo-demografik bulgular verilmiştir. Gözlemci grubu; araştırma görevlisi, kalite yönetim direktörü, sivil savunma amiri, başhekim yardımcısı, enfeksiyon kontrol

¹ S.B. Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu (2013-KAEK-64): 15.05.2019 tarih ve 2019/0194 nolu karar.

hemşiresi, kalite birim çalışanı olan 9 kişiden oluşmaktadır. Gözlemciler, ortalama 76,6 dakikada gözlemlerini tamamlamıştır. Gözlemcilerin %50'si 40 yaş altı ve kurumda çalışma süresi 1-10 yıl arasında olan fakat meslekte ilk 20 yıl içinde olan çalışanlardır.

Tablo 2. Gözlenen Hastanelerin Kurumsal Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Bulgular-Telefon Sistemi-I

Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı	f	%
Telefonun kimin tarafından cevaplandığı		
Otomatik sistem	7	77,8
İnsan	2	22,2
Sesin kalitesi		
Anlaşılır	9	100
Operatörle iletişim için bir menü seçeneğinin varlığı		
Var	4	44,4
Yok	1	11,1
İnsan Cevapladı	4	44,4
Operatör seçeneğini duymadan önce kaç tane menü seçeneği dinletildiği		
1	5	55,6
Telefonu insan cevapladı	4	44,4
İsteddiği menü seçeneğine ulaşmak için kaç tane menü seçeneği geçtiği		
1	3	33,3
2	1	11,1
3	1	11,1
Telefonu insan cevapladı	4	44,4
Menüyü tekrar dinleme seçeneğinin varlığı		
Evet	2	22,2
Hayır	3	33,3
Telefonu insan cevapladı	4	44,4
Bütün olarak menü seçeneklerinin hızı		
Çok hızlı	1	11,1
Hızlı	3	33,3
Yavaş	1	11,1
Telefonu insan cevapladı	4	44,4
Toplam	9	100

Tablo 2’de gözlenen hastanelerin, kurumsal sağlık okuryazarlığına ilişkin telefon sistemi değerlendirildiğinde; %77,8’inde telefonun otomatik sistemle cevaplandığı, %100’ünde sesin kalitesinin anlaşılır olduğu, %44,4’ünde operatörle iletişim için bir menü seçeneğinin bulunduğu ve telefonu insanın cevapladığı tespit edilmiştir. Operatör seçeneğini duymadan önce kaç tane menü seçeneği dinletildiğinde ise; %55,6’sı 1, istediğin menü seçeneğine ulaşmak için kaç tane menü seçeneği geçtiğini %33,3’ü 1 menü seçeneği olarak belirtmiştir. %33,3’ü menüyü tekrar dinleme seçeneğinin olmadığını ve %33,3’ü menü seçeneklerinin hızlı olduğunu belirtmiştir.

Tablo 3. Gözlenen Hastanelerin Kurumsal Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Bulgular-Telefon Sistemi-II

Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı	f	%
Operatöre kaç dakikada ulaşıldığı		
1-3 dk.	4	44,4
4-6 dk.	1	11,1
Telefonu insan cevapladı	4	44,4
Kişinin konuşma hızı		
Hızlı	3	33,3
Yavaş	2	22,2
Telefonu operatör cevapladı	4	44,4
Görüşmenin başarılı geçme durumu		
Evet	8	88,9
Hayır	1	11,1
Herhangi bir tetkik sonucu için arayan kişinin talebinin kaç aramanın sonunda çözüme ulaştırıldığı		
2	2	22,2
3	3	33,3
Santral tetkik sonucu için yanlış birime bağladı	3	33,3
Santrale yönlendirildi, santral başka bir yere bağladı, telefonu açan olmadı	1	11,1
Toplam	9	100,0

Tablo 3'te gözlemcilerin %44,4'ü operatöre 1-3 dakikada ulaştığını, %88,9'u görüşmenin başarılı geçtiğini belirtmiştir. Gözlemcilerin %33,3'ü operatörün konuşma hızının hızlı, %22,2'si yavaş olduğunu belirtmiştir. Herhangi bir tetkik sonucu için arayan kişilerin %33,3'ü talebinin üçüncü aramanın sonunda çözüme ulaştırıldığını belirtirken, %22,2'si ikinci aramanın sonunda talebinin çözüme ulaştırıldığını beyan etmiştir. Bunun yanı sıra gözlemciler, kurumsal okuryazarlık boyutlarından biri olan telefon değişkeni bağlamında gözlemledikleri hastanelerin sistemine ilişkin şu ifadeleri kullanmışlardır:

- Bu kadar hızlı halledebileceğimi düşünmemiştim.
- Telefonla önce operatör sonra çalışana bağlandık. Tetkik sonucu ile ilgili telefonda bilgi verilmediği iletili, hızlı ve baştan savma idi.
- Başka kurumlara bakarak genelde en kısa zamanda görüşme gerçekleşiyor.
- Santral görevlisi konuşma bitmeden ilgili birime hemen hattı bağladı.
- Operatöre ulaşmak kolay ve hızlı oldu, istenilen tuşlama yapılamadığında direkt operatöre bağlandı.
- Telefonda kesinlikle laboratuvar bilgisi paylaşılmıyor, sabırlı ve anlayana kadar tekrar ettiler, yardımcıydılar.

Tablo 4. Gözlenen Hastanelerin Kurumsal Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Bulgular-Web Sitesi

Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı	f	%
Ana sayfada yol tarifleri için link varlığı		
Evet	8	88,9
Hayır	1	11,1
Yol tariflerini bulmak için tıklanan sayfa sayısı		
1	6	66,7
2	2	22,2
Yol tarifi yok	1	11,1
Web sayfasında özel araba ile gelişin yol tariflerinde yer alma durumu		
Evet	7	77,8
Hayır	2	22,2
Web sayfasında toplu taşıma araçları ile gelişin yol tariflerinde yer alma durumu		
Evet	6	66,7
Hayır	3	33,3
Web sayfasında otopark bilgisinin yer alma durumu		
Hayır	9	100
Web sayfasında haritanın bulunuşu		
Evet	9	100
Harita örnek çıktısı alma seçeneği		
Evet	3	33,3
Hayır	6	66,7
Toplam	9	100

Tablo 4'te gözlenen hastanelerin kurumsal sağlık okuryazarlığına ilişkin web sitesi değerlendirildiğinde; %88,9 oranında ana sayfada yol tarifleri için link bulunduğu, %77,8 oranında web sayfasında özel araçla gelmek için yol tarifinin olduğu, %66,7 oranında ise toplu taşıma araçları ile geliş yol tarifinin yer aldığı tespit edilmiştir. Araştırmaya dahil edilen kurumların tümünün web sayfalarında yol haritası ve otopark bilgisinin bulunduğu görülmüştür. Hastanelerin %66,7'sinde harita örnek çıktısı alma seçeneğinin olduğu belirlenmiştir.

Gözlemcilerin ilgili hastanenin web sayfasına yorumları şu şekildedir:

- Aradığım bilgilere kolay ulaştım.
- Erişim hızlı, dizayn anlaşılır.
- Sağlıklı yaşam ile ilgili de bilgi var, iletişim hasta rehberi olması güzel.
- Çok fazla ayrıntıya yer verilmemiş, haberler sürekli yenilenmemekte, güncel değil.
- Bilgiler güncel değil, web kullanışlı değil.
- Web sitesinden hastanenin adres ve telefon bilgilerine ulaşmak kolay.
- Hızlı, anlaşılır, sağlık konuları hakkında bilgi verici, kurumun vizyon, misyonunu yansıtıyor, dizayn göz yormuyor, punto iyi.

Çalışma kapsamındaki hastanelerin kurumsal okuryazarlık durumunu ortaya çıkarmak amacıyla gözlemcilerden hastane turuna çıkmaları istenmiş ve tur sonrası genel bir değerlendirme yapmaları talep edilmiştir. Buna göre gözlemcilerin hastaneye ilişkin ifadeleri şu şekildedir:

- Genel olarak yönlendirme ve ilgi iyiydi.
- Binanın eski olması, hasta odalarında yatak sayısının fazla olması dikkat çekiciydi.
- Hastane binası eski fakat genel olarak temiz, asansör sırası vardı.
- Girişte danışma ve güvenlik vardı, asansörler çok yoğun, görüntüleme alanlarına ulaşmak kolaydı.
- Hastane içinde birimlere ulaşımında sorun yoktu.

- Hastane içi ulaşımında genel olarak sorun yoktu.
- Poliklinik içinde hasta hem kan alma hem röntgen gibi birimlere aynı katta ulaşabiliyor, tabelalar ve yönlendirmeler var.

Gözlemciler, hastane içinde var olan engelleri şu şekilde tanımlamaktadır:

- Engelli tuvaletlerinin her yerde olmaması.
- Yataklı kliniklerin yerleşim tabelası katlarda eksik ve yanlış.
- Hastaların dikkatini çekecek tanıtıcı broşür ve görseller eksik.
- Hasta yönlendirme levhaları yetersiz.
- Gözlemciler, hastane içinde var olan kolaylaştırıcı etkenleri şu şekilde tanımlamaktadır:
- Girişte danışma ve güvenlik olması.
- Ameliyata giren hastalar için takip ekranı var, yönlendirme, danışma hizmetleri hızlı ve yeterli.
- Hasta okulları var.
- Girişte engelliler için tırtıklı yol var.
- Hastanede yönlendirme, yönlendirme işaretleri, engelli rampalar, danışma birimi mevcut.
- Engelli rampaları, yönlendirme işaretleri, çalışanların sözlü bilgilendirmesi var.
- Poliklinikte her katta nerede olduğunuzu ve nelerin olduğunu belirten tabelalar mevcut.
- Poliklinik işleyişi sistemli ve hızlı.
- Levha yönlendirmeleri mevcut.

Gözlemcilerin kısa deneyime dayanarak bu kuruluş hakkındaki ilk izlenimlerini belirtmeleri istenmiştir. Buna göre gözlemciler hastane ile ilgili şu yorumları yapmışlardır:

- Çalışanlar yönlendirme konusunda hızlı ve yardımsever, yoğunluktan hatlara ulaşım zor, bina eski, asansör yetersiz.
- Hastaların kolay hizmet almasına yönelik gayret iyiydi, çalışanlarda kurum kültürü hissediliyordu.
- Çalışanlar birimlere ulaşım konusunda yardımcı oldular.
- Ulaşımı kolay ve engellilere yönelik uygulamalar mevcut.
- Birçok kamu kurumuna göre yönlendirme ile hizmete ulaşım kolay, santral için iyileştirme yapılmalı.
- Fiziki şartları güzel bir hastane.
- Yeni bir kurum olmasına rağmen hasta bakım hizmetleri sistemi oturmuş ve sorunsuz işlemekte.
- Hasta için ulaşım zor, personel anlayışlı, hastane son teknoloji kullanılarak yapılmış ama yetersiz.

Gözlenen hastanelerin koridorlarına ilişkin bulgular ise şu şekildedir:

- Görüntüleme merkezi, birimler, kafeterya, tuvalet gibi alanlara yönelik bir yönlendirme var.
- Zeminde yönlendirme bantları, sesli yönlendirme ve levha var.
- Koridorlarda acil durumlarda çıkış için fosforlu yönlendirmeler mevcut.

Gözlemciler hastanelerin engelli hastalar için uygun olduğunu belirtirken;

- 4 gözlemci, girişte rampa olduğunu
- 2 gözlemci, engelli yolunun mevcut olduğunu
- 3 gözlemci, düz girişin olduğunu belirtmiştir.

Sadece bir hastanede engelli hastaya uygun asansör bulunmazken, gözlemciler asansörleri;

- Geniş
- Engelliler için sesli uyarı ve görme engelli işaretlerinin olduğunu
- Görme engelliler için alfabenin olduğunu belirtmiştir.

Ayrıca gözlemciler her üç hastanede de önemli ölçüde hastane içerisinde aşağıdaki konularda olumlu geribildirimde bulunmuşlardır:

- Hastalıklar hakkında bilgilendirici afiş, broşürün bulunması.
- Başvurulan birimin prosedürüne dair afiş, broşür, danışma olması.
- Hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikâyetlerini bildirmelerine yönelik herhangi bir düzenleme, ziyaret ve refakat kurallarına yönelik bilgilendirmenin olması.
- Tahlil/tetkik sonuçları hakkında bilgilendirmenin olması.
- Hasta hakları ve hasta sorumlulukları hakkında bilgilendirmenin olması.
- Sağlık çalışanlarının görüş, öneri ve şikâyetlerini bilgilendirmelerine yönelik herhangi bir düzenlemenin olması.

Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı Düzeyine İlişkin Yönetici Görüşlerine Ait Bulgular

Bu bölümde, kurumsal sağlık okuryazarlığının gelişiminde katkısı olduğu düşünülen ve gözlemlenen hastanelerde farklı birimlerde görevli 73 yöneticiye, Kowalski ve diğerleri (2015) tarafından geliştirilen HLHO-10 anketi uygulanması sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Araştırma kapsamında aşağıdaki görev unvanlarına sahip yöneticilere ulaşılmıştır:

- Sorumlu hemşire
- Eğitim hemşiresi
- Başhekim
- Başhekim yardımcısı
- Sağlık bakım hizmetleri müdürü
- Sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcısı
- Sağlık bakım hizmetleri koordinatörü
- İdari mali hizmetler müdürü
- İdari mali hizmetler müdür yardımcısı
- Diyabet eğitim hemşiresi
- Süpervisör hemşire
- Enfeksiyon kontrol hemşiresi
- Kalite birim hemşiresi
- Kalite yönetim direktörü
- Kalite destek hizmetleri müdürü
- Kalite destek hizmetleri müdür yardımcısı

Tablo 5. Yöneticilere Ait Sosyo-Demografik Bulgular

Özellikler	f	%
Meslek		
Hekim	9	12,3
Hemşire	54	74,0
Memur	4	5,5
Sağlık teknikeri	1	1,4
Sağlık memuru	2	2,7
Ebe	2	2,7
Radyoloji teknisyeni	1	1,4
Cinsiyet		
Kadın	49	67,1
Erkek	24	32,9
Yaş		
40 yaş altı	43	58,9
40 yaş üstü	30	41,1
Kıdem (yıl)		
0-5	2	2,7
6-10	12	16,4
11-15	13	17,8
16-20	16	21,9
21 ve üzeri	30	41,1
Kurumda Çalışma Süresi (yıl)		
0-5	47	64,4
6-10	10	13,7
11-15	10	13,7
16-20	3	4,1
21 ve üzeri	3	4,1
Öğrenim Durumu		
Lisans	38	52,1
Yüksek lisans	22	30,1
Doktora	8	11,0
Lise	3	4,1
Ön lisans	2	2,7
Toplam	73	100,0

Tablo 5'te ilgili yöneticilere ait sosyo-demografik bulgulara yer verilmiştir. İlgili yöneticilerin önemli bir kısmı kadın ve 40 yaş altı, 21 yıl ve üzeri kıdeme sahip hemşirelerden oluşmaktadır. Ayrıca çalıştıkları kurumda ilk beş yıllarında olan katılımcıların önemli bir kısmı lisans ve yüksek lisans mezunudur.

Tablo 6. Yöneticilerin Kurumsal Sağlık Okuryazarlık Tutumları

Sağlık Okuryazarı Sağlık Kurumları-10 (HLHO-10) Değerlendirme Maddeleri	Ort	Ss
1. Hastane yönetiminin misyon belirleme, insan kaynakları planlaması vb. konularda kurumsal sağlık okuryazarlığını dikkate alma durumu (LİDERLİK)	5,41	1,37
2. Hastanede, sağlık okuryazarlığı konusunun, kalite yönetimi ölçütleri içerisinde yer alma durumu (ENTEGRASYON)	5,34	1,45
3. Hastanede sağlık enformasyonu toplama sürecinde hastaların da içinde yer aldığı bir yönetimin kullanılma durumu (KATILIMCILIK)	4,78	1,87
4. Farklı dillerde hazırlanmış açıklamalar, görme engelliler alfabesi gibi kişiye özel sağlık bilgilendirmeleri uygulamalarının hastanede olma durumu (OKURYAZARLIK BECERİLERİ)	4,72	1,92
5. Hastanede, hastaların ihtiyaç duydukları bilgileri doğru bir şekilde anlamalarını sağlayacak iletişim standartlarının var olma durumu (tercüman vb.) (İLETİŞİM STANDARTLARI)	5,64	1,42
6. Hastanede hastaların herhangi bir sorun yaşamadan kendi başlarına yolunu bulmalarını sağlama derecesi (yönlendirme işaretleri, danışma personeli) (ERİŞİM İMKÂNI)	5,56	1,51
7. Hastanede farklı hastaları farklı yöntemlerle bilgilendirme imkânının ne ölçüde bulunduğu (üç boyutlu modellemeler, DVD'ler, resimli hikâyeler) (MEDYA ÇEŞİTLİLİĞİ)	4,39	1,80
8. Hastanede, hastaların özellikle kritik durumlarda, ilaç tedavisi, cerrahi onay gibi konulara ilişkin her şeyi gerçekten anlamasının ne ölçüde sağlandığı (RİSKLİ DURUMLAR)	4,97	1,57
9. Hastanede, hastaların tedavileri için kendilerinin yapacağı ödemeler konusunda önceden, açık ve ayrıntılı bilgilendirilme durumu (MALİYET BİLGİSİ)	4,80	1,62
10. Hastanede çalışanların sağlık okuryazarlığı konusunda ne ölçüde eğitim aldığı (İŞ GÜCÜ)	4,98	1,62

Tablo 6'da HLHO-10 anketine ait yönetici görüşleri verilmiştir. Tabloya göre "Medya Çeşitliliği" boyutu en düşük ortalamaya ($4,39 \pm 1,80$) sahipken; hastanenin, hastaların ihtiyaç duydukları bilgileri doğru bir şekilde anlamalarını sağlayacak iletişim standartlarının var olduğunu gösteren "İletişim Standartları" boyutu en yüksek ortalamaya ($5,64 \pm 1,42$) sahiptir.

Tablo 7. Hastanelerin HLHO-10 Boyutlarına Ait Puanları Arasındaki Farka İlişkin ANOVA Testi

HLHO-10 maddeleri	Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	Antalya Kepez Devlet Hastanesi	Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma	F	p
	Ort. ± Ss	Ort. ± Ss	Ort. ± Ss		
Liderlik	6,22±1,09	5,42±1,35	5,13±1,40	2,221	0,116
Entegrasyon	5,77±1,48	5,45±1,42	5,06±1,48	1,024	0,364
Katılımcılık	5,77±1,30	4,77±1,98	4,48±1,82	1,674	0,195
Okuryazarlık Becerileri	5,33±1,73	5,31±1,69	3,82±1,94	5,971	0,004*
İletişim Standartları	6,11±1,92	5,94±1,08	5,13±1,76	3,264	0,044*
Erişim İmkânı	6,22±1,20	5,48±1,56	5,44±1,54	0,976	0,382
Medya Çeşitliliği	5,55±1,33	4,80±1,81	3,55±1,57	6,908	0,002*
Riskli Durumlar	5,44±1,33	5,22±1,41	4,51±1,74	2,153	0,124
Maliyet Bilgisi	6,11±1,05	5,20±1,32	3,93±1,66	10,275	0,000*
İş Gücü Eğitimi	5,77±1,39	5,34±1,45	4,31±1,69	4,872	0,010*

Tablo 7’de Hastanelerin HLHO-10 Boyutlarına Ait Puanları Arasındaki Farka İlişkin ANOVA Testi yer almaktadır. Buna göre, her üç hastane arasında: Okuryazarlık Becerileri, İletişim Standartları, Maliyet Bilgisi, Medya Çeşitliliği ve İş Gücü Eğitimi boyutlarında anlamlı bir farklılık vardır. İlgili boyutlardaki fark Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi ile Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Kamu hastanelerinin kurumsal sağlık okuryazarlığı durumunu ortaya koymak amacıyla yapılmış olan bu çalışma, iki devlet hastanesi ve bir üniversite-eğitim araştırma hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma yöntemine uygun olarak, tüm hastanelerden benzer özellik, sayı ve nitelikte gözlemciler seçilmiştir.

Hastanelerin telefon sistemi, web sitesi ve hastane binası kurumsal sağlık okuryazarlığı kapsamında gözlem yoluyla değerlendirilmiştir. Gözlenen hastanelerin, kurumsal sağlık okuryazarlığına ilişkin telefon sistemi değerlendirildiğinde, %77,8’inde telefonun otomatik sistemle cevaplandığı, %100’ünde sesin kalitesinin anlaşılır olduğu, %44,4’ünde operatörle iletişim için bir menü seçeneğinin bulunduğu ve telefonu insanın cevapladığı tespit edilmiştir. Operatör seçeneğini duymadan önce kaç tane menü seçeneği dinletildiğinde ise; %55,6’sı 1, istediğin menü seçeneğine ulaşmak için kaç tane menü seçeneği geçtiğini %33,3’ü 1 menü seçeneği olarak belirtmiştir. %33,3’ü menüyü tekrar dinleme seçeneğinin olmadığını ve %33,3’ü menü seçeneklerinin hızlı olduğunu belirtmiştir.

Gözlemcilerin %44,4’ü operatöre 1-3 dakikada ulaştığını, %88,9’u görüşmenin başarılı geçtiğini belirtmiştir. Gözlemcilerin %33,3’ü operatörün konuşma hızının hızlı, %22,2’si yavaş olduğunu belirtmiştir. Herhangi bir tetkik sonucu öğrenmek için arayan kişilerin %33,3’ü talebinin üçüncü aramanın sonunda çözüme ulaştırıldığını belirtirken, %22,2’si ikinci aramanın sonunda talebinin çözüme ulaştığını beyan etmiştir.

Hastanelerin, kurumsal sağlık okuryazarlığına ilişkin web sitesi değerlendirildiğinde, %88,9 oranında ana sayfada yol tarifleri için link bulunduğu, %77,8 oranında web sayfasında özel araçla gelmek için yol tarifinin olduğu, %66,7 oranında ise toplu taşıma araçları ile geliş yol tarifinin yer aldığı tespit edilmiştir. Araştırmaya dahil edilen kurumların tümünün web sayfalarında yol haritası ve otopark bilgisinin bulunduğu görülmüştür. %66,7’sinde harita örnek çıktısı alma seçeneğinin olduğu belirlenmiştir. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Web İçerik Yönetim Birimi tarafından sağlık tesislerinin web sitelerine bir standardizasyon uygulaması getirilmiştir. Standart hale getirilen web sitelerinin belirli periyotta güncellenmesi ve yeni kullanıma giren bilişim teknolojilerinin eklenmesi gerekmektedir.

Hastane bina turlarında genel olarak yönlendirme ve ilginin iyi olduğu, binaların eski ve yatak sayılarının fazla olduğu, asansörlerin yoğunluğu hususları tarif edilmektedir. Hastaneler için engeller konusunda ise en çok engelli tuvaletlerinin sıkıntılı alan olduğu ifade edilmektedir. Gözlemciler hastane içinde kolaylaştırıcı etkenleri ise danışma ve güvenliğin varlığı, ameliyat hasta takip ekranı, yönlendirmelerin güncelliği ve yeterliliği şeklinde tanımlamaktadırlar.

Gözlemcilerin hastane turu esnasında gözlemledikleri başlıklar arasında, binaların eski olması, hasta odalarında yatak sayılarının fazla olması, asansörlerin yoğun olması, engelli tuvaletlerinin her yerde olmaması, gibi tesisten kaynaklı sıkıntıların dile getirildiği gözlemlenmiştir. Gözlemcilerin, sağlık tesisine ilişkin vizüel değerlendirmelerinde, bina yaşının ön görülen kullanım süresini tamamlamış olması, hasta odalarının nitelikli tanımlamalarından ve standartlarından önce, koğuş sistemi şeklinde organize edilmiş olması, hasta asansörlerinin refakat ve ziyaret sınırlaması olmamasına bağlı yoğunluğu, engelli erişilebilirlik standartlarına ilişkin hastane yapıldığı dönemde

kriterlerin farklı olması ve fiziksel sınırlılıklar sebebiyle engelli erişilebilirlik düzenlemelerinin yapılamaması gibi sorunlar gözlemlenmiştir.

Hastane içinde var olan engeller arasında ise yataklı kliniklerin tabelalarının eksik veya yanlışlığı, yönlendirme levhalarının yetersizliği, hastaların dikkatini çekecek tanıtıcı broşür ve görsellerin eksikliği dile getirilmiştir. Sağlık tesisinin tanıtımı ve yönlendirmeleri ile ilgili olarak, hastane içindeki mobilizasyonu sağlayacak yönlendirme tabelalarının eksik olduğu, verilen sağlık hizmeti modellerini tanıtıcı broşür ve bilgilendirme enstrümanlarının olmadığı sorunları iletilmiştir. Sağlık tesislerinin kalite ve destek hizmetleri bağlamında eksikliklerinin analiz edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Değerlendirme sonucunda, İstanbul ve Antalya'da yer alan hastaneler arasında önemli bir farklılık olmadığı görülmüştür. Özer (2018)'in yapmış olduğu "Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşların Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı İle Hizmet Sundukları Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Ve Hasta Memnuniyet Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" adlı çalışmada da araştırmaya dâhil edilen farklı hastane grupları arasında hastane telefon başvuru sistemi, web sistemi ve hastane bina yapısında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Çalışmanın evrenine dâhil edilen hastane sayısı az olmasına rağmen Özer (2018)'in yaptığı çalışma ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuca göre hastanelerin kurumsal sağlık okuryazarlığı kapsamında, hizmet sunumu algısında ortak bir dil oluşturulduğu düşünülmektedir. Ortak dilin oluşmasında T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen rehberler yol göstericidir. Bu rehberlerden biri, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı Sağlıkta Kalite Standartları diğeri de Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Dairesi Başkanlığı Verimlilik Yerinde Değerlendirme Rehberleridir. Bahse konu dokümanlarda telefon, web sistemleri ve bina turuna ilişkin standardizasyonlar yer almaktadır. Bakanlık tarafından yılda bir kez kalite, bir kez de verimlilik yerinde değerlendirmeleri yapılmaktadır ve belirlenen eksikliklere ilişkin iyileştirmelerin sağlanması yönünde önerilerde bulunmaktadır.

Bu çalışmada, kurumsal sağlık okuryazarlığı boyutlarının değerlendirilmesi yapılmıştır. Buna göre "Medya Çeşitliliği" boyutu, en düşük ortalamaya ($4,39 \pm 1,80$) sahipken, hastanenin hastaların ihtiyaç duydukları bilgileri doğru bir şekilde anlamalarını sağlayacak iletişim standartlarının var olduğunu gösteren "İletişim Standartları" boyutu en yüksek ortalamaya ($5,64 \pm 1,42$) sahiptir.

İletişim standartları boyutunun (hastanede, hastaların ihtiyaç duydukları bilgileri doğru bir şekilde anlamalarını sağlayacak iletişim standartlarının var olma durumunun (tercüman vb.)) en yüksek ortalamaya sahip olması T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı'nın vermiş olduğu Uluslararası Hasta Destek Birimi Tercümanlık ve Çağrı Merkezinin varlığından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Çağrı merkezi 28 personel ile Almanca, Arapça, Farsça, Fransızca, İngilizce ve Rusça olmak üzere 6 dilde hizmet vermektedir.

Medya çeşitliliği boyutunun (hastanede farklı hastaları farklı yöntemlerle bilgilendirme imkânının ne ölçüde bulunduğu (üç boyutlu modellemeler, DVD'ler, resimli hikâyeler)) en düşük ortalamaya sahip olmasının nedeninin hasta odalarında kurumsal bilgilendirme ve ulusal kanal niteliği taşıyan TV ekranlarının olmaması, bekleme alanlarında yeterince bilgilendirme ekranının ve broşürlerinin bulunmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Medya çeşitliliği; sağlık okuryazarlığını artırma ve kurumsal kapasiteyi hasta ve hasta yakınına tanıtmaya bağlamında; bekleme alanlarında ve hasta odalarında bilgilendirme bandı ve ulusal bantta yayın yapan dijital ekranların bulunması, diyaliz, onkoloji ve diğer özellikli ünitelerde hastaların yaş ve durumlarına uygun yayınların dijital ekranlardan paylaşılması, hizmet alanlarının, branşların hastane girişindeki dijital ekranlarda hasta ve yakınlarına tanıtılmasının hem hastaların farkındalığını geliştireceği hem de dijital hastane standartlarına uygun tanıtım faaliyeti olarak sınıflanacağı ön görülmektedir. Özer (2018)'in yapmış olduğu çalışmada ise kamu hastaneleri "Erişim İmkânı", özel hastaneler "Maliyetler" boyutlarında en yüksek puanı almıştır. Tüm hastane yöneticilerinin vermiş olduğu cevaplara göre "Medya Çeşitliliği" ve Katılımcılık" boyutları en düşük puanı almıştır. Kowalski ve diğerleri (2015) tarafından yapılan çalışmada ise en yüksek puanı "Riskli Durumlar", en düşük puanı ise "Okuryazarlık Becerileri" boyutları almıştır (Kawalski, 2015). Bu çalışmada, "Medya Çeşitliliği" boyutunun kurumsal sağlık

okuryazarlığında en düşük puanı alması Özer (2018)'in yapmış olduğu çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Kurumsal sağlık okuryazarlığının diğer boyutlarına bakıldığında; okuryazarlık becerileri boyutuna (farklı dillerde hazırlanmış açıklamalar, görme engelliler alfabeti gibi kişiye özel sağlık bilgilendirmeleri uygulamalarının hastanede olma durumu) dair sağlık okuryazarlığını güçlendirmeye ilişkin iletişimsel ve operasyonel kurgulama yapılmalıdır. Bu kurgu da hasta okullarının açık etkileşim, gelişim grubu olarak konumlanması, hasta ve hasta yakınlarının hasta okullarından seminer etkinliği biçiminde faydalanması, gerçekleştirilen hasta okulu toplantılarının bilgilendirme bölümlerinin kaydedilerek sağlık tesisinin web sayfasından yayınlanması, başvuru yoğunluğuna göre sağlık turizmine ve yabancı uyruklu hastalara yönelik farklı dillerde tercüme edilmiş hasta bilgilendirme kitlerinin bulunması, engellilere ilişkin fiziksel çevre ve iletişimsel yeterlilik kriterlerinde erişilebilirlik düzenlemelerinin olması gerektiği düşünülmektedir.

Katılımcılık boyutu (hastanede sağlık enformasyonu toplanma sürecinde hastaların da içinde yer aldığı bir yönetimin kullanılma durumu) sağlık tesisinde hastalara ilişkin yapılacak ergonomik düzenlemeler, sağlık yatırımları, hastanenin çalışma planındaki değişiklikler, sağlık tesisini değerlendirmeye ilişkin veri analiz raporları; hasta, hasta yakınları, sağlık çalışanları ve sağlık alanındaki tedarikçi sektör temsilcileri ile paylaşılmalıdır. Holistik bir modelle katılımcı olarak yönetsel süreçler izlenmelidir.

Maliyet bilgisi boyutu (hastanede hastaların tedavileri için kendilerinin yapacağı ödemeler konusunda önceden, açık ve ayrıntılı bilgilendirilme durumu) ile ilgili olarak sağlık tesisi tarafından; sağlık güvencesi olan hastaların tedavilerinin sosyal güvenlik sistemlerine maliyeti, sağlık güvencesi olmayan hastaların alacağı hizmetin maliyeti, hizmet alan kişi ile idari ve mali hizmetler müdürlüğü tarafından paylaşılmalıdır. Maliyet analizinin sağlık tesislerinde gelir-gider dengesine ilişkin tablolar ile Hastane Bilgi Yönetim Sisteminden çalışanlar ile paylaşılmasının da mali hizmetleri şeffaflaştıracağı, bütçeye ilişkin paylaşımın kurumsal aidiyete katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Riskli durumlar boyutu (hastanede, hastaların özellikle kritik durumlarda, ilaç tedavisi, cerrahi onay gibi konulara ilişkin her şeyi gerçekten anlamasının ne ölçüde sağlandığı) ile ilgili olarak hasta ve kısıtlılık durumunda hasta yakınlarının, acil müdahaleler, cerrahi girişimler ile ilgili detaylı olarak bilgilendirilmesi gerekmektedir. Sağlık turizmi kapsamında gelen hastalar için "Bilgilendirilmiş Onam Formları" farklı dillere tercüme edilmelidir.

İş gücü boyutuna (hastanede çalışanların sağlık okuryazarlığı konusunda ne ölçüde eğitim aldığı) dair sağlık okuryazarlığı çalışmaları, hasta ve hasta yakınları için önemli olduğu kadar sağlık hizmet sunucuları için de önem arz etmektedir. Personel; dâhili ve cerrahi branşlar, bulaş yoluna yönelik enfeksiyonlar, krize müdahale sürecindeki sağlık hizmetleri, organ nakli gibi temel ve özellikli alanlarda sağlık ve kurumsal okuryazarlığa yönelik hizmet içi eğitimlere tabi tutulmalıdır.

Entegrasyon boyutu (hastanede, sağlık okuryazarlığı konusunun, kalite yönetimi ölçütleri içerisinde yer alma durumu) bağlamında, kurumsal sağlık okuryazarlığına dair kriterler Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) dokümanında yer almamakta olup, bireysel ve kurumsal sağlık okuryazarlığı parametrelerinin SKS'de ayrı bir başlıkta değerlendirmeye tabi tutulması gerektiği düşünülmektedir.

Liderlik boyutu (hastane yönetiminin misyon belirleme, insan kaynakları planlaması vb. konularda kurumsal sağlık okuryazarlığını dikkate alma durumu) ile ilgili olarak sağlık hizmetleri; tıbbi, idari ve sağlık otelciliği bağlamında ara segmentlerin yönetildiği sistemlerdir. Kurumsal sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi; operasyonel yönetimi ve kurumsal stratejilere uygun aksiyon alınmasını kolaylaştıracaktır. Kurumsal kültürün oluşması ve hasta, hasta yakınlarına sunulan hizmet modellerinin yaygın olarak öğrenilmesi bağlamında, kurumsal sağlık okuryazarlığı çalışmaları önem taşımaktadır.

Erişim imkânı boyutuna (hastanede hastaların herhangi bir sorun yaşamadan kendi başlarına yolunu bulmalarını sağlama derecesi) dair hasta ve hasta yakınlarının, branşlara ve alacağı sağlık hizmetinin basamağına dair erişilebilirlik düzenlemelerinin yerindelik ilkesi ile yapılması gerektiği düşünülmektedir. Sağlık sunucularının yönetim basamağı tarafından hastalıklara ilişkin riskler haritalandırılmalı, sağlık bölgesinde hastanelerin dağılımına uygun olarak acil ve gereksinimin yoğun olduğu branşlara ilişkin ulaşım süresi hesaplanmalı, erişim sorunu yaşanan ikamet alanları veya branşlara ilişkin düzenleme yapılmalıdır.

Hastanelerin web siteleri, telefon sistemleri, hastane bina turlarında belirlenen eksikliklerin gerek T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen Kalite ve Verimlilik Yerinde Değerlendirmelerinde gerekse de Sağlıkta Kalite Standartları gereği Hastane Yönetimi tarafından belirlenen Bina Turu ekiplerince üç ayda bir yapılan bina turlarında, kurumsal sağlık okuryazarlığına ilişkin parametlerin ayrıntılı değerlendirilerek tespit edilen eksikliklerin ivedilikle iyileştirilmesi, hem sağlık sunucuları hem de sağlık kullanıcıları açısından kolaylık sağlayacaktır. Kurumsal sağlık okuryazarlığına ilişkin politikaların geliştirilerek Sağlıkta Kalite Standartları Kurumsal Yapı başlığı altında Kurumsal Sağlık Okuryazarlığı boyutunun değerlendirilmesi önerilmektedir.

Hastanelerin HLHO-10 boyutlarına ait puanları arasındaki farka ilişkin ANOVA testine göre her üç hastane arasında; “Okuryazarlık Becerileri, İletişim Standartları, Maliyet Bilgisi, Medya Çeşitliliği ve İş Gücü Eğitimi” boyutlarında anlamlı farklılık saptanmıştır. İlgili boyutlardaki farklılık Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi ile Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi arasındaki nitelikten kaynaklanmaktadır. İki sağlık tesisinin yönetsel ağının aynı olduğu; ancak sağlık tesislerinin AI Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve AII Dal Hastanesi olması sebebiyle farklılık durumunun ortaya çıktığı kanaati oluşmuştur.

Sağlık okuryazarlığı konusu, 2000’li yıllardan önce ABD’de gündeme gelmiş olup; vatandaşların bu konuda yeterli olmadığına anlaşılmaya başlanarak beraber konuya yönelik çalışmalar başlamıştır. Daha sonra başta Avrupa Birliği ülkeleri olmak üzere birçok ülkede konuya yönelik çalışmalar önem kazanmıştır (Wynia ve Osborn, 2010). Ülkemizde de 2014 yılında gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması da bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli olmadığını göstermektedir (Durusu vd., 2014).

Ülkemizde çok yeni anılmaya başlanan bir kavram olan kurumsal sağlık okuryazarlığı konusunda yapılan çalışmaların yetersizliği çalışmamızın kısıtlılıklarından biridir. Mevcut çalışmalar bireysel sağlık okuryazarlığını ölçmek üzerine yoğunlaşmıştır. Sağlık bilincinin oluşması, ortalama yaşam süresinin artmasına bağlı kronik hastalıkların ve yetersizliklerin görülme oranının yükselmesi, gelir artışı ile birlikte sağlık harcamaları talebinin artması gibi bireysel sağlık okuryazarlığını ilgilendiren tüm konular, kurumsal sağlık okuryazarlığının da bir parçası olarak görülmelidir (Kılavuz, 2010).

Durum çalışması olan bu araştırmada mevcut literatür ile benzer sonuçlar elde edilmiştir. Kurumların sağlık okuryazarlığı boyutlarından; okuryazarlık becerileri, iletişim standartları, maliyet bilgisi, medya çeşitliliği ve iş gücü eğitimi ile ilgili başlıklarda daha fazla çalışma yapılması gerektiği düşünülmektedir. Günümüzde bireysel sağlık okuryazarlığının yanı sıra kurumsal sağlık okuryazarlığı çalışmalarına ağırlık verilmesi, kaliteli hizmet sunumu ve sağlığın geliştirilmesi sürecine bilimsel olarak daha çok katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Aboumatar, H. J., Carson, K. A., Beach, M. C., Roter, D. L., & Cooper, L. A. (2013). The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension. *Journal of General Internal Medicine*, 28(11), 1469-1476.
- Aytaçlı, B. (2012). Durum çalışmasına ayrıntılı bir bakış. *Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 3(1), 1-9.
- Brach, C. (2017). The journey to become a health literate organization: a snapshot of health system improvement. *Studies in Health Technology and Informatics*, 240, 203-237.
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L.M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A., & Schillinger, D. (2012). Ten attributes of health literate health care organizations. Washington, DC, Institute of Medicine of the National Academies.
- Durusu-Tanrıöver, M., Yıldırım, H.H., Demiray-Ready, F.N., Çakır, B., & Akalın, H.E. (2014). *Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması*. Ankara: Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları.
- Farmanova, E., Bonneville, L., & Bouchard, L., (2018). Organizational health literacy: review of theories, frameworks, guides, and implementation issues. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55, 1-17.
- Güven, A. (2016). *Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sağlık okuryazarlığı ile hasta güvenliği ilişkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Hayran, O., & Özer, O. (2018). Organizational health literacy as a determinant of patient satisfaction. *Public Health*, (13), 20–26.
- Hayran, O., Ataç, Ö., & Özer, O. (2019). Assessment of organizational health literacy in a group of public, private and university hospitals in Istanbul. *Journal of Health systems and Policies*, 1(1), 47-59.
- Kılavuz, E. (2010). Sağlık harcamalarının artış ve temel bakım hizmetleri. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 29(2), 173-192.
- Kowalski, C., Lee, S. Y. D., Schmidt, A., Wesselmann, S., Wirtz, M. A., Pfaff, H., & Ernstmann, N. (2015). The health literate health care organization 10 item questionnaire (HLHO-10): development and validation. *BMC Health Services Research*, 15(1), 47.
- Kutlu, G., & Akbulut, Y. (2019). Türkiye’de sağlık okuryazarlığı politikalarının hastaneler açısından değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 11(1), 134-145.
- Lloyd, J., Dougherty, L., Dennis, S., Attenbrow, H., Harris, E., Wise, M., & Harris, M. (2019). Culturally diverse patient experiences and walking interviews: a co-design approach to improving organizational health literacy. *Health Literacy Research and Practice*, 3(4), 238-242.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-268.

- Özer, O. (2018). *Sağlık hizmeti sunan kuruluşların kurumsal sağlık okuryazarlığı ile hizmet sundukları kişilerin sağlık okuryazarlığı ve hasta memnuniyet düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Prince, L.Y., Schmidtke, C., Beck, J.K., & Hadden, K.B. (2018). An assessment of organizational health literacy practices at an academic health center. *Quality Management in Health Care*, 27(2), 93-97.
- Ratzan, S.C., & Parker, R. (2010). Health literacy: a second decade of distinction for Americans. *Journal of Health Communication*, 15, 20–33.
- Sezgin, D. (2013). Sağlık okuryazarlığını anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, Özel Sayı: 3 (Sağlık İletişimi), 73-92.
- Subaşı, M., & Okumuş, K. (2017). Bir araştırma yöntemi olarak durum çalışması. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21(2), 419-426.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Kepez Devlet Hastanesi. (2020). *Tarihçe*. <https://kepezdh.saglik.gov.tr/TR,25647/tarihcemiz.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi. (2020). *Hastane tanıtımı*. <https://erenkoyfr.saglik.gov.tr/TR,87703/hastane-tanitimi.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi. (2020). *Tarihçe*. <https://goztepeah.saglik.gov.tr/TR,88150/tarihce.html>
- World Health Organization (WHO). (2020). *Health literacy*. <https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/>
- Wynia, M.K., & Osborn, C.Y. (2010). Health literacy and communication quality in health care organizations serving high-needs populations: a case study. *Journal of Health Communication*, 17, 55-66.

RESEARCH ARTICLE

INVESTIGATION OF MEDICAL TOURISM IN TURKEY THROUGH SWOT-ANP

Ekrem SEVİM*
Emrah ÖNDER**

ABSTRACT

Medical tourism is a niche area with full of opportunities and a high added value. Many countries and healthcare institutions have realized its fundamental role and have started to develop relevant strategies. Strategies for medical tourism cover high-quality service delivery, facilitating structural reforms, infrastructure arrangements, as well as promotional and marketing activities. Like many countries, Turkey is also interested in medical tourism. Moreover, it is one of the theming topics of the "10th Development Plan 2014-2018. This strategic plan covers four strategies for medical tourism, but the importance of these strategies is still uncovered. Therefore, it is essential to assess these strategies and to prioritize the selected ones for eliminating the uncertainty. It is always imperative to analyze strengths, weaknesses, opportunities, and threats accurately to identify an effective strategy. Hence, this study aimed to analyze Turkey's current situation regarding medical tourism and to select the most appropriate strategy among the specified ones. Twenty field experts were interviewed in the scope of the study, including obtaining the views of all stakeholders of the medical tourism sector. In this context, the Analytical Network Process (ANP) method was integrated into the SWOT analysis; thus, the most suitable strategy for Turkey's medical tourism was able to be determined. Overall, the results revealed that "Development of institutional and legal infrastructures for medical tourism" was determined as the most critical strategy (34.99%). It was followed by "Improvement of physical and technical infrastructures for medical tourism" (24.67%), "Effective promotion and marketing" (20.47%), and "Improving the quality of medical tourism facilities" (19.87%), respectively.

Anahtar Kelimeler: Medical Tourism, Strategy, Decision-Making, SWOT Analysis, ANP

ARTICLE INFO

* Assist. Prof. Dr., Uşak University, esevim@bandirma.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-0697-5899>

** Assoc. Prof. Dr., İstanbul University, emrah@istanbul.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0554-1290>

Received: 27.05.2020

Accepted: 21.10.2020

Cite This Paper:

Sevim, E. & Önder, E. (2020). Investigation of medical tourism in Turkey through SWOT-ANP. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 605-622

TÜRKİYE'DE MEDİKAL TURİZMİN SWOT-ANP İLE İNCELENMESİ

Ekrem SEVİM*
Emrah ÖNDER**

ÖZ

Medikal turizm, fırsatları ve katma değeri yüksek niş bir alandır. Birçok ülke ve sağlık kuruluşu bu durumu fark etmiş, dahası bu alana yönelik stratejiler geliştirmeye başlamıştır. Medikal turizm stratejileri; kaliteli hizmet sunumunu, yapısal reformları, altyapı düzenlemeleri ile tanıtım ve pazarlama faaliyetlerini kapsamaktadır. Türkiye de birçok ülke gibi medikal turizme ilgi duymaktadır. Dahası konu, "10. Kalkınma Planı 2014-2018" in tema başlıklarından birisidir. Hazırlanan plan medikal turizme dair dört stratejiyi kapsamakta birlikte, bunların önem düzeyleri tam olarak belli değildir. Bu nedenle, belirlenen stratejileri değerlendirmek ve önem düzeylerindeki belirsizliği ortadan kaldırmak amacıyla seçilen stratejileri kendi arasında önceliklendirmek önemlidir. Etkili bir strateji belirlemek için, güçlü yönleri, zayıf yönleri, fırsatları ve tehditleri doğru bir şekilde analiz etmek gereklidir. Dolayısıyla, bu çalışma Türkiye'nin medikal turizme ilişkin mevcut durumunu analiz etmeyi ve belirlenen stratejiler arasından en uygun olanı seçmeyi amaçlamıştır. Bu amaca ulaşmak için, çalışma kapsamında medikal turizm sektörünün tüm paydaşlarının görüşlerinin alınması amacıyla 20 kişilik bir uzman grubuyla yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Bu kapsamda, oluşturulan SWOT analizine Analitik Ağ Süreci (AAS) yöntemi entegre edilmiş ve bu sayede Türkiye için medikal turizme dair en uygun strateji belirlenmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre, "Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi" stratejisi en önemli strateji olarak belirlenmiştir (%34,99). Bu stratejiyi sırasıyla; "Medikal turizm alanında fiziki ve teknik altyapının iyileştirilmesi" (%24,67), "Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlama yapılması" (%20,47) ve "Medikal turizm hizmet kalitesinin artırılması" (%19,87) stratejileri izlemiştir.

Keywords: Medikal Turizm, Strateji, Karar Verme, SWOT Analizi, AAS

MAKALE HAKKINDA

* Dr. Öğr. Üyesi, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, esevim@bandirma.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1174-1184>

** Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi, İşletme Fakültesi, emrah@istanbul.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-6524-7563>

Gönderim Tarihi: 27.05.2020

Kabul Tarihi: 21.10.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Sevim, E. & Önder, E. (2020). Investigation of medical tourism in Turkey through SWOT-ANP. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 605-622

I. INTRODUCTION

Medical tourism is one of the consequences of globalization and the rapid commercialization of healthcare services (Alsharif et al., 2010). Medical tourism is a globally popular and rapidly growing sector, and that combines the joyful travels and the medical services with potential stresses (Chuang et al., 2014).

The number of tourists traveling in the scope of medical tourism is not known precisely. However, the rapid increase in health expenditures, especially in developed countries, since the beginning of the 21st century is the most important factor driving people to travel to countries where they will pay less for their holidays (Connell, 2006; Sevim and Yildirim, 2018). The rapid growth in medical tourism has attracted the attention of many countries and companies, and all the stakeholders of the sector set new goals for medical tourism in their countries. Within the framework of these goals, various strategies are being developed to have a share in the medical tourism market.

SWOT analysis is a frequently used tool in the strategy development process. In this way, organizations can conduct the analyses of internal and external environments, such as identifying existing strengths and weaknesses, opportunities, and threats in the foreign market, and they can also determine their actual position and competitiveness within the sector (Hill and Westbrook, 1997; Shahabi et al., 2014). Moreover, they can develop plans and strategies maximizing opportunities as well as minimizing the impact of potential threats and weaknesses (Ervural et al., 2018; Yuksel and Dagdeviren, 2007).

However, there are some weaknesses of the SWOT analysis, which is used as a useful strategic planning tool in the strategy formation process. The main weakness of the method is that the weight and impact of alternative strategic criteria cannot be quantitatively determined (Lee et al., 2012; Phadermrod et al., 2019).

Numerous studies have been conducted using the SWOT analysis in the national and international literature regarding the actual statuses and strategies of the countries in the field of medical tourism. However, the superiority of the criteria identified in these studies remains relative to each other. Hence, in this study, the Analytical Network Process (ANP) method was integrated into the SWOT analysis to overcome such a weakness. In this way, the most suitable strategy for Turkey's medical tourism was able to be determined. In addition, this method was used because the importance levels of the factor elements in the classical SWOT matrix is uncertain. Thus, the evaluation of strengths and weaknesses, as well as opportunities and threats - depending on external factors - of Turkey in medical tourism, and prioritization of strategies within the national policy, constitute the ultimate goal of the study.

II. LITERATURE

2.1. Medical Tourism

Bies and Zacharia (2007) define the concept of medical tourism as medical outsourcing that realizes expensive medical procedures at lower costs and avoiding long waiting times. Hall (2012) defines medical tourism as seeking treatment in other countries for some reasons, such as high costs, long waiting times, and the lack of treatment in the home country.

This concept has existed for many years and recently attracted the attention of countries, insurance companies, healthcare institutions, and researchers. It is considered as a kind of tourism that is based on utilizing medical services and covers transportation, accommodation, and many support facilities.

The prominent reason for the emergence of medical tourism can be the fact that the healthcare service needed is either not produced at all or has poor quality in some countries due to lack of technological and qualified human resources.

In the past, medical tourism consisted mostly of the travels of people from developing countries to developed countries, where they could receive healthcare services (Hopkins et al., 2010) at a better quality, rather than benefiting of lower-quality healthcare services in their countries (İlker, 2012; Reddy et al., 2010).

However, medical tourism has recently been realized by patients traveling from developed countries to developing ones to achieve significant cost savings or to avoid long waiting times (Alsharif et al., 2010; Bies and Zacharia, 2007; Loh, 2014; Noree, 2015).

Today, it is frequently observed that citizens of underdeveloped countries travel to developed countries for the types of treatment requiring advanced technologies, which is driven by getting better quality healthcare services (Noree, 2015).

As the costs of healthcare services increase, patients in developed countries seek medical treatment in overseas countries (Connell, 2006). Also, other reasons, such as not being insured or seeking treatments out of the scope of insurance, being deprived of specific procedures in the home country, and specialized skills based on domestic demands (e.g., sex reassignment) may be considered as facilitating mechanisms of medical tourism (Gunes, 2013).

The most important reason for the increasing interest in medical tourism in the last two decades has been increasing health expenditures in developed countries, which has often led to the emergence of patient movement from these countries to underdeveloped or developing countries (Sarantopoulos et al., 2014).

Numerous countries around the world have recognized the need for qualified and cost-effective healthcare services for diverse reasons and the economic magnitude resulting from the constant increase in such a need. These concerns lead the countries, seeking a share in the medical tourism pie, to develop new strategies.

Among strategies for medical tourism, quality service delivery has been highlighted by most countries. Marketing is one of the strategic elements that is continuously emphasized by both governments and the medical tourism industry. Some countries have implemented strategies to support the development of medical tourism through tax incentives. In addition, affiliating with internationally renowned health institutions (such as Mayo Clinic, Johns Hopkins) can also be considered as a strategy to support healthcare institutions regarding medical tourism. It enables consumers to gain confidence and trust while making decisions to get medical services. Such a strategy can result in gaining reputation by the institution or country at the international level.

Turkey has also given priority to medical tourism in the “10th Development Plan 2014-2018,” where four strategies were discussed. However, the importance levels of these strategies remain uncertain. It seems crucial to evaluate and prioritize the identified strategies quantitatively. In this way, the importance levels of prioritized strategies, and thus, the most suitable strategy for medical tourism, can be determined.

2.2. SWOT Analysis and Analytical Network Process (ANP) Method

An analysis of the current status of an organization provides useful information to managers about whether the organization is properly managed. One of the most used methods for such an analysis is the SWOT analysis. SWOT analysis is a technique that stands for Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats. It is one of the most common approaches used by organizations in

strategic planning and decision-making processes (Ajmera, 2017). Internal and external evaluations, such as the functioning of the organization, competitiveness, weaknesses, current position within the sector, and opportunities and threats in the foreign market, can be done through this method (Hill and Westbrook, 1997; Shahabi et al., 2014).

SWOT analysis aims to develop plans and strategies for individuals or organizations to obtain maximum advantage of existing strengths and opportunities while minimizing the impact of potential threats and weaknesses by considering internal and external factors (Ervural et al., 2018; Shahabi et al., 2014; Yuksel and Dagdeviren, 2007).

Current situation analysis can be done by asking appropriate questions, as shown in Figure 1. Future situation analysis is performed following the analyses of internal and external environments. In this way, the desired connection can be established between current and future situations, and future strategies can be planned.

There are some weaknesses of the SWOT analysis, which is used as a useful strategic planning tool in the strategy formation process. The main weakness of the method is that the weight and impact of alternative strategic criteria cannot be quantitatively determined (Al-Refaie et al., 2016; Lee et al., 2012; Phadermrod et al., 2019).

Supportive methods may be needed in a SWOT analysis because of the large number of factors and different importance levels (Acar and Gurol, 2017). Besides, integrating it into the multi-criteria decision-making techniques is a frequently used method to facilitate the decision-making process.

When multiple criteria are important in the decision-making process, it can be challenging to choose among the alternatives (Dogan and Onder, 2014). The evaluation of various alternatives and the selection of the most appropriate one require some effort. It may also be necessary to compare these alternatives with different evaluation criteria. Multi-criteria decision-making techniques have been developed to solve such a complex situation (Ozdoglu, 2013).

Multi-criteria decision-making is defined as an area of operational research that seeks to find the best results among complex scenarios, including various indicators, and conflicting objectives and criteria (Kumar et al., 2017). Multi-criteria decision-making methods are frequently used in the processes of making the most optimal choice among the alternatives considering more than one criterion.

The Analytical Network Process (ANP) was developed by Thomas L. Saaty in 1996 to solve multi-criteria decision-making problems (Saaty, 2004). This method can list criteria and sub-criteria by considering the mutual and interrelated relationships between factors and sub-factors. There are not only the interactions between criteria and alternatives within a cluster but also interactions between clusters (Niemira and Saaty, 2004).

Obtaining the views of more than one expert in generating the ANP model increases the likelihood of a more accurate decision. Experts' views must be combined to maximize the accuracy of the final decision. Group decision helps internal inconsistencies to be settled by eliminating immoderations among experts' decisions. Nominal Group Technique (NGT), Delphi Technique, and Geometric Mean (Saaty, 2008; Saaty and Vargas, 2007) are the three prevalent methods in combining experts' decisions. The geometric mean is perhaps the most commonly used technique to synthesize group decisions into the ANP model.

The final priority value is calculated by multiplying priorities of the alternatives calculated based on criteria and priorities of the criteria calculated based on the binary comparisons of each criterion. The alternative criterion with the highest value is considered as the most suitable alternative.

2.3. Summary of the Literature

Hafizan et al. (2018) reviewed the academic studies for medical tourism policies in Thailand, Turkey, and India. The results of the study revealed that these countries developed policies for medical tourism at local, national, regional, and international levels. They also stated that medical tourism shone in these three countries due to economic reasons, but the economic benefit was not for the advantage of the local population.

Tang and Lau (2017) discussed macroeconomic determinants for Malaysian medical tourism. They concluded that income, price, exchange rate, epidemics (SARS, etc.), security, medical quality, labor, and the structure of medical facilities significantly affected the demands for long-term medical tourism. It should be ensured to lower the prices, to reduce the crime rate, and to increase security to create a center of attraction for medical tourism in Malaysia. Also, the importance of carrying out studies to improve medical quality, human resources, and quality of facilities was emphasized for sustainable economic development.

Gorener (2016) integrated the ANP method into a SWOT analysis. Thus, Turkey's current situation regarding medical tourism was analyzed and examined for possible alternative opportunities. As a result of the study, strengths, weaknesses, opportunities, and threats were calculated as 38%, 30%, 18%, and 13%, respectively. The sub-criteria in the "Opportunities" cluster, "Being a close location to many points, especially Europe, Middle East, Turkic Republics, and North African countries," got 14%, and the sub-criteria in the "Threats" cluster "Increased competition in international markets" got 10%. In the study, it was recommended to develop a strategy considering these factors.

Rezaee and Mohammadzadeh (2016) examined the determinants factors of medical tourism in Iran. As a result of in-depth interviews with 12 experts, the "quality of health care" and "high-level expertise" concepts were expressed as the two most important factors regarding medical tourism in Iran.

Ghanbari et al. (2014) wanted to generate a strategic plan by using a SWOT analysis and the Delphi method to initiate the development of medical tourism in Aywaz, Iran. According to the results of the study, they found 16 strengths and 12 weaknesses with a mean of 2.44 on internal analyses. In addition, they identified 10 opportunities and 10 threats with a mean of 2.80 on external analyses. Strategies identified regarding strengths (S) and opportunities (O) were found to be the most important strategies for the development of medical tourism in Iran.

In their study at 5-star hotels in Greece, Sarantopoulos et al. (2014) demonstrated medical tourism as a way of avoiding the economic crisis for such hotels and examined whether they were willing to invest in this area. They concluded that prestigious hotels were willing to invest in medical tourism with the idea that they would contribute both to themselves and the national economy.

Wu et al. (2014) tried to select the most appropriate medical tourism alliance model for Taiwan. Firstly, they reviewed the literature and conduct interviews with experts. Then, using the Delphi method, the ANP, and the Gray Relational Analysis (GRA), they concluded that the establishment of "Medical Holding Company" would be the most strategically appropriate choice.

Iordache et al. (2013) identified various strategies for medical tourism in Romania. These were incentives, policy-making by the government, encouraging cooperation in the public sector, public and private cooperation, and subsidizing public and private sectors for healthcare services.

Sarwar (2013) evaluated various strategic factors for the development of the medical tourism sector in Malaysia. The study was conducted with 266 people who came to Malaysia for medical treatment. It was stated that service quality was the most important factor for international competitiveness, and

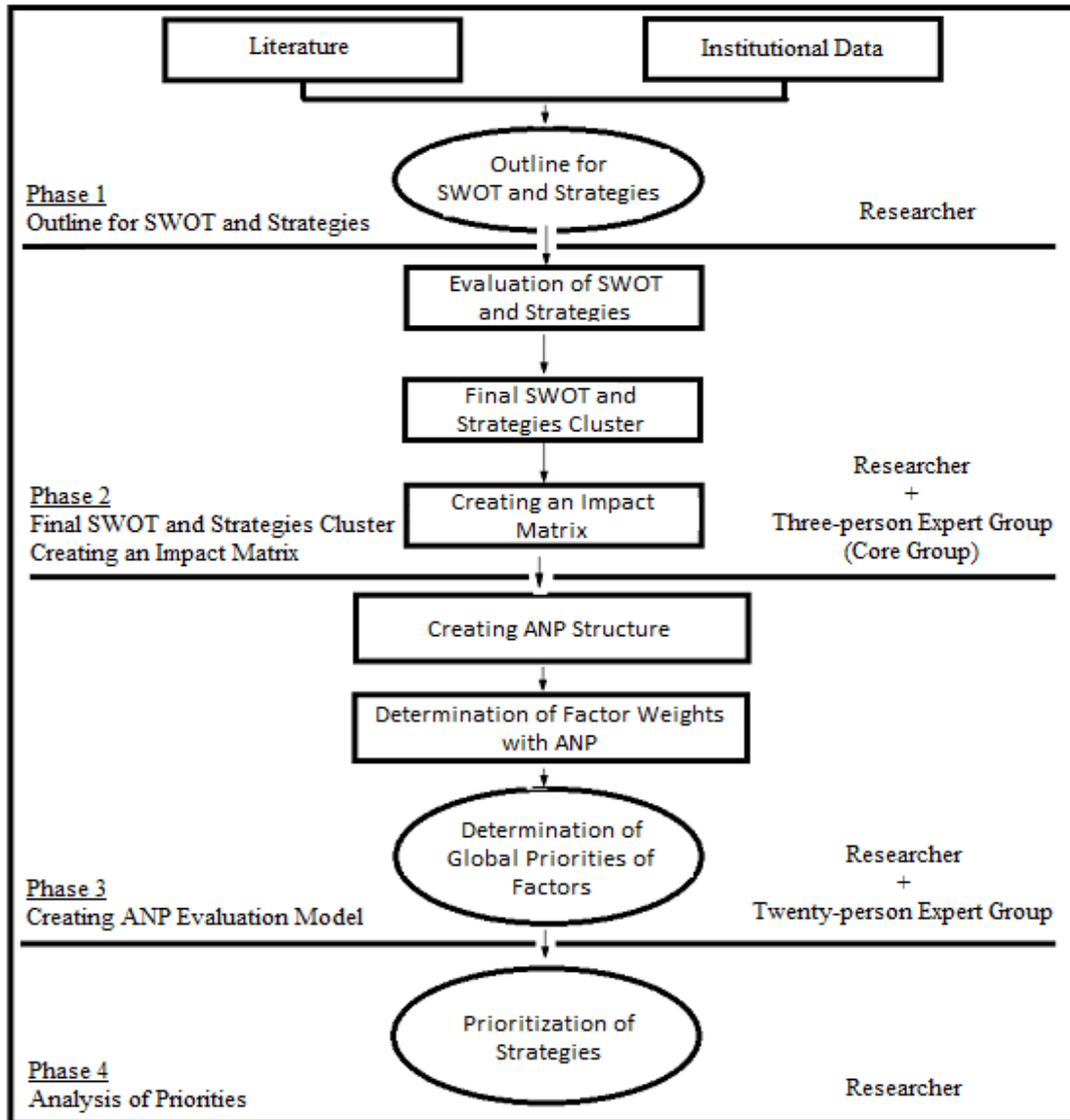
dissemination of success stories was a factor that should be emphasized in the future competition elements.

III. METHODS

The aim of the study was to analyze the current situation of Turkey's medical tourism, to prioritize identified strategies, and to select the most appropriate strategy. In this sense, the Analytical Network Process (ANP) method, which was developed by Thomas L. Saaty to solve multi-criteria decision-making problems, was integrated into the traditional SWOT analysis. SWOT analysis was used to evaluate the current situation of medical tourism, and the ANP method was used to prioritize the identified strategies and to determine the most suitable strategy. The most suitable strategy for Turkey's medical tourism was determined through these methods.

Criteria and sub-criteria were identified using a SWOT analysis. Four criteria in the “10th Development Plan 2014-2018”, which was published by the Ministry of Development, were considered to be the national strategy for medical tourism.

Figure 1. SWOT-ANP Structure



Reference: Created by researchers

The model for adapting the ANP method to SWOT analysis is shown in Figure 1. Two round face-to-face interviews were conducted with the experts in the scope of the study. While a group of 3 experts (core group) was interviewed in the first round, a group of 20 experts with the ones in the core group was interviewed in the second round.

National and international academic studies and corporate data (WHO, OECD) were used to draft the SWOT analysis of Turkey's medical tourism. Subsequently, criteria and sub-criteria of the SWOT analysis were finalized through face-to-face interviews with the core group. In addition, views of the experts were applied to determine the relationships of sub-criteria with each other and identified strategies. The relationships among criteria and sub-criteria are called impact matrix in the ANP.

Second round face-to-face interviews were conducted with 20 experts, including the views of all stakeholders of the medical tourism sector. The interviewees were composed of experts that can evaluate the current situation of Turkey's medical tourism and develop relevant strategies.

The sector stakeholders whose views were applied in the face-to-face interviews were as follows:

- Academics in the field of medical tourism
- Ministry of Health officials
- Officials of health tourism units of provincial health directorates
- Authorities of international patient units in public and private hospitals
- Medical tourism associations
- Medical tourism agencies

In the first round of interviews, the statements uttered were noted on separate forms for each expert. In addition, the impact matrix of each factor expressed by the experts was discussed separately for each sub-criterion. Different views obtained from the core group were combined, and the factors and impact matrix were finalized. The statements were then processed into the "Super Decision" package program developed to solve multi-criteria decision-making problems. According to a 1-9 scale created by the program, 127 binary comparison questions were obtained among the processed statements.

In the second round, the experts were asked to evaluate the superiorities of criteria against each other in line with the 1-9 scale. The importance level of the views of each expert was accepted as the same. Statements from interviews needed to be combined so that there was only one value for each binary comparison question. At this stage, the geometric mean of 20 different values obtained for each binary comparison gave a single value, which led us to obtain the decision matrix. Then, 127 binary comparison statements were analyzed in the Super Decision package program.

Istanbul University Social and Humanities Ethics Committee approved the research on June 21, 2018 with the number 2018 / 128-57987.

IV. RESULTS

There were 5 main criteria among the findings obtained for the SWOT analysis and strategies: strengths (S), weaknesses (W), opportunities (O), threats (T), and strategies (ST). There were also 21 sub-criteria: 5 sub-criteria for strengths, 6 sub-criteria for weaknesses, 6 sub-criteria for opportunities, and 4 sub-criteria for threats. There were also 4 sub-criteria for strategies.

4.1. SWOT Analysis of the Strategies of Turkey's Medical Tourism

Strengths

- S1. Low service delivery cost
- S2. Modern and technologically advanced healthcare institutions
- S3. Quality service delivery
- S4. Qualified human resources
- S5. Advanced medical practices

Weaknesses

- W1. Lack of integrated legislation between medical tourism and supporting sectors
- W2. Lack of coordination among sector stakeholders
- W3. Lack of effective promotion and marketing
- W4. Healthcare professionals cannot speak a foreign language well
- W5. Lack of sufficient agreements with foreign insurance companies
- W6. The ratio of healthcare professionals to the population is rather low

Opportunities

- O1. Geographical location, reliable transport network, and favorable climate conditions
- O2. A center of attraction in terms of traditional tourism
- O3. New universities and departments in the field of health
- O4. Cultural uniformity with some countries
- O5. Proximity to the countries with inadequate healthcare services
- O6. Population aging in developed countries and the continuous increase in health expenditures

Threats

- T1. Pricing discrepancy
- T2. Political instability in the region
- T3. Competition with other countries in the region
- T4. Difficulty in accessing healthcare services

Strategies

- ST1. Development of institutional and legal infrastructures for medical tourism

ST2. Improvement of physical and technical infrastructures for medical tourism

ST3. Improving the quality of medical tourism facilities

ST4. Effective promotion and marketing

Table 1. Dependence Between Factors

Affected Factor	Affecting Factor	Affected Factor	Affecting Factor
S1	O3, S3, T2, ST4	O3	T3, S2, O6, W3, ST1
S2	S3, S5, O3, T1, ST2	O4	O1, O2, O5, ST4
S3	S2, S4, S5, W1, W2, W4, W6, T3, ST1, ST2, ST3, ST4	O5	O1, W3, T1, ST4
S4	S2, S3, W4, W6, O3, T3, ST3	O6	T2, W5, ST2
S5	S2, S4, W1, W2, W6, O3, T3, ST1, ST2	T1	W1, W2, S1, T4, O6, ST1, ST4
W1	W2, O1, ST1	T2	T3, O4, W3, ST2
W2	W1, T1, ST1	T3	S1, S2, S3, S4, S5, W1, W2, O1, T1
W3	W1, W2, W4, T1, ST4	T4	W1, T1, ST4
W4	W1, T2	ST1	S4, W1, W2, O6, T1, ST3
W5	W1, W2, W3, W4, O5, T2, T3, ST4	ST2	S2, S3, S5, O3, T3, W3, ST3
W6	W1, W2, O6, ST4	ST3	S2, S3, S4, S5, T3, W5, O5, ST1, ST2
O1	O2, S1, ST1	ST4	S2, S3, S4, S5, O1, O2, O4, O5, O6, T3, W5, ST1, ST2, ST3
O2	S1, O1, O4, W3, T3, ST1, ST4		

The impact matrix was generated after the identification of the main and sub-criteria of the SWOT analysis and strategies. In this regard, the core group was asked whether the criteria affected each other. Then, the responses of the experts helped the impact matrix to be finalized (Table 1).

Table 2. Priority Values by Clusters

Clusters	Nodes	Normalized Values by Clusters	Priority Values by Limit Matrix
Strategies (0.2555)	ST1	0.3499	0.0894
	ST2	0.2467	0.0630
	ST3	0.1987	0.0508
	ST4	0.2047	0.0523
Strengths (0.2085)	S1	0.1839	0.0383
	S2	0.2363	0.0493
	S3	0.2099	0.0437
	S4	0.2435	0.0508
	S5	0.1265	0.0264
Weaknesses (0.1602)	W1	0.3510	0.0562
	W2	0.2901	0.0465
	W3	0.1509	0.0242
	W4	0.0513	0.0082
	W5	0.1248	0.0200
	W6	0.0320	0.0051
Opportunities (0.1743)	O1	0.2014	0.0351
	O2	0.0700	0.0122
	O3	0.3028	0.0528
	O4	0.0426	0.0074
	O5	0.1148	0.0200
	O6	0.2684	0.0468
Threats (0.2014)	T1	0.3966	0.0799
	T2	0.1594	0.0321
	T3	0.3496	0.0704
	T4	0.0944	0.0190

According to Table 2, the factor ratio of the “strategies” cluster was determined as 0.2555 (Table 2), which makes this cluster have the highest factor value. On the other hand, there were four sub-strategies in this cluster. Among these four strategies, “ST1. Development of institutional and legal infrastructures for medical tourism” was determined as the most important strategy with a value of 0.3499. The strategy “ST2. Improvement of physical and technical infrastructures for medical tourism” was determined to be the second most important strategy with a value of 0.2467. The strategy “ST3. Improving the quality of medical tourism facilities” was determined as the third most important strategy with a value of 0.2047. Finally, the strategy “ST4. Effective promotion and marketing” was found to be the least prominent factor with a value of 0.1987.

The factor ratio of the “strengths” cluster was determined as 0.2085, which makes this cluster have the second-highest factor value. There were four sub-factors in this cluster. Among these sub-factors, “S4. Qualified human resources” was evaluated as the most important sub-factor with a value of 0.2435. It was followed by “S2. Modern and technologically advanced healthcare institutions” with a value of 0.2363. The strategy “S3. Quality service delivery” was ranked as the third with a value of 0.2099. “S1. Low service delivery cost” was ranked as the fourth with a value of 0.11839. Finally, “S5. Advanced medical practices” was ranked as the last sub-factor with a value of 0.1265 (Table 2).

The factor ratio of the “weaknesses” cluster was determined as 0.1602, which makes it have the lowest factor value compared to the other clusters. This cluster included six sub-factors. Among these sub-factors, “W1. Lack of integrated legislation between medical tourism and supporting sectors” was considered as the most important sub-factor with a value of 0.3510. It was followed by “W2. Lack of coordination among sector stakeholders” with a value of 0.2901. The sub-factor “W3. Lack of effective promotion and marketing” was the third with a value of 0.1509. The sub-factor “W5. Lack of sufficient agreements with foreign insurance companies” was the fourth with a value of 0.1248. The sub-factor “W4. Healthcare professionals cannot speak a foreign language well” was the fifth with a value of 0.0513. The sub-factor “W6. The ratio of healthcare professionals to the population is rather low” took the last place with a value of 0.0320 (Table 2).

The factor ratio of the “opportunity” cluster was determined as 0.1743, which makes it have the second-lowest factor value compared to the other clusters. This cluster included six sub-factors related to opportunities. “O3. New universities and departments in the field of health” was evaluated as the most important sub-factor in this cluster with a value of 0.3028. It was followed by “O6. Population aging in developed countries and the continuous increase in health expenditures” The sub-factor “O1. Geographical location, reliable transport network, and favorable climate conditions” was ranked as the third with a value of 0.2014. The sub-factor “O5. Proximity to the countries with inadequate healthcare services” was the fourth a value of 0.11148. The sub-factor “O2. A center of attraction in terms of traditional tourism” was ranked as the fifth with a value of 0.0700. The sub-factor “O4. Cultural uniformity with some countries” took the last place with a value of 0.0426 (Table 2).

The factor ratio of the “threats” cluster was determined as 0.1743, which makes it have the third-highest factor value compared to the other clusters. This cluster included four sub-factors. “T1. Pricing discrepancy” was evaluated as the most important sub-factor with a value of 0.3966. It was followed by “T3. Competition with other countries in the region” with a value of 0.3496. The sub-factor “T2. Political instability in the region” was ranked as the third with a value of 0.1594. Finally, the sub-factor “T4. Difficulty in accessing healthcare services” took the last place with a value of 0.0944 (Table 2).

The findings revealed that “ST1. Development of institutional and legal infrastructures for medical tourism” emerged as the most important criterion with a value of 0.0894. “T1. Pricing discrepancy” was the second most important criterion with a value of 0.0799. The sub-criterion “T3. Competition with other countries in the region” emerged as the third most important criterion with a value of 0.0704. The sub-criterion “ST2. Improvement of physical and technical infrastructures for medical tourism”, which is the second most appropriate strategy for Turkey’s medical tourism, was ranked as the fourth compared to the others with a value of 0.0630. Then, “W1. Lack of integrated legislation between medical tourism and supporting sectors” was the fifth most important criterion with a value of 0.0562. Finally, “O3. New universities and departments in the field of health” was the sixth most important criterion with a value of 0.0468 (Table 3).

On the other hand, “W6. The ratio of healthcare professionals to the population is rather low” was found to be the least important criterion compared to the others with a value of 0.0051. It was followed by the “O4. Cultural uniformity with some countries” with a value of 0.0074, and “W4. Healthcare professionals cannot speak a foreign language well” with a value of 0.0082, respectively (Table 3).

Table 3. Binary Comparison Values by Clusters

Sub-Criteria	Priority Values by Limit Matrix
ST1. Development of institutional and legal infrastructures for medical tourism	0.0894
T1. Pricing discrepancy	0.0799
T3. Competition with other countries in the region	0.0704
ST2. Improvement of physical and technical infrastructures of medical tourism	0.0630
W1. Lack of integrated legislation between medical tourism and supporting sectors	0.0562
O3. New universities and departments in the field of health	0.0528
ST4. Effective promotion and marketing	0.0523
S4. Qualified human resources	0.0508
ST3. Improving the quality of medical tourism facilities	0.0508
S2. Modern and technologically advanced healthcare institutions	0.0493
O6. Population aging in developed countries and the continuous increase in health	0.0468
W2. Lack of coordination among sector stakeholders	0.0465
S3. Quality service delivery	0.0437
S1. Low service delivery cost	0.0383
O1. Geographical location, reliable transport network, and favorable climate	0.0351
T2. Political instability in the region	0.0321
S5. Advanced medical practices	0.0264
W3. Lack of effective promotion and marketing	0.0242
O5. Proximity to the countries with inadequate healthcare services	0.0200
W5. Lack of sufficient agreements with foreign insurance companies	0.0200
T4. Difficulty in accessing healthcare services	0.0190
O2. A center of attraction in terms of traditional tourism	0.0122
W4. Healthcare professionals cannot speak a foreign language well	0.0082
O4. Cultural uniformity with some countries	0.0074
W6. The ratio of healthcare professionals to the population is rather low	0.0051

V. DISCUSSION

Countries or organizations must develop strategies to achieve the targeted achievement in medical tourism as in any field of interest. Therefore, the most suitable strategy for Turkey's medical tourism was tried to be identified.

The ultimate goal of the present study was to evaluate strengths and weaknesses, as well as opportunities and threats of Turkey's medical tourism, and to prioritize the strategies within the national policies. The SWOT analysis was used to analyze the current situation of Turkey's medical tourism, and both internal (strengths and weaknesses) and external (opportunities and threats) factors were evaluated.

In the interviews with experts, a total of 21 sub-criteria were identified for each SWOT factor and their sub-factors (5 for Strengths, 6 for Weaknesses, 6 for Opportunities, and 4 for Threats). The criteria (4 Strategies) in the "10th Development Plan 2014-2018," published by the Ministry of

Development, were considered as the strategies for Turkey's medical tourism. The findings obtained as a result of the SWOT analysis were found to match the strategies included in the development plan.

Strategy 1 (Development of institutional and legal infrastructures for medical tourism) was elected as the most important strategy for Turkey's medical tourism. It includes legislative arrangements, coordination between institutions (public institutions and public-private sectors), planning of the target strategies by considering the target countries and regions, and establishing an excellent infrastructure for statistical measurement.

In their study conducted to determine the most appropriate structure for medical tourism in Taiwan, Wu et al. (2014) concluded that the establishment of a "Medical Holding Company" would be the most strategically favorable choice. International Healthcare Services, Inc. (USHAS), which is proposed to be established in Turkey, also has a similar institutional structure with the one in Taiwan. USHAS aims to make promotions, to perform coordination among stakeholders, to produce various policies and strategies, and to provide consultancy in the scope of accreditation. This structure, which was evaluated in the framework of the strategy "ST1. Development of institutional and legal infrastructure for medical tourism" is very similar to the one in Taiwan.

Loh (2015) stated that the legal responsibility to be shared among patients, health insurance agencies, and foreign healthcare service providers in medical tourism was not clearly defined. Therefore, legal issues related to patient safety and malpractice were the most critical issues for medical tourism.

Daniels et al. (2011) stated that a country or organization entering into an international market would face the rules of international law instead of its own national legal rules; therefore, it must comply with these norms to overcome the problems that might arise.

Rezaee and Mohammadzadeh (2016) examined the determinant factors for medical tourism in Iran and evaluated the role of stakeholders in healthcare institutions. They stated that the role of healthcare institutions was greater than that of government and supportive sectors. However, it is observed that the strategy "ST1. Development of institutional and legal infrastructure for medical tourism" remains on the state's responsibility.

Strategy 2 (Improvement of physical and technical infrastructures for medical tourism) was identified as the second most important factor among the strategies for Turkey's medical tourism. Strategy 2 includes preparing an inventory of medical tourism infrastructure, increasing the use of healthcare facilities in medical tourism, providing support for investment in medical tourism, and creating new models for land provision for tourism facilities.

Noree (2015) stated that the emergence of the contemporary concept of medical tourism was a consequence of technological deficiencies and the lack of qualified human resources in some countries. In the present study, "S4. Qualified human resources" and "S2. Modern and technologically advanced healthcare institutions" were represented as the two most important strengths of Turkey. The fact that these strategies are shown as the initiating strategies for Turkey's medical tourism supports Noree's statement.

Gunes (2013) states that the problems in service delivery due to insufficient physical and technical equipment in the Middle East, the Balkans, and Central Asian countries force the citizens of these regions to engage in medical tourism. A 4-hour flight distance to Turkey from these regions and airlines with a robust transport network, such as THY, support this strategy emerged as the second most important one. The sub-criterion "O4. Cultural uniformity with some countries" also emphasizes the importance of this strategy.

Ataman et al. (2017) emphasize the importance of developing the physical and technical infrastructures, as well as institutional and legal constituents, of institutions delivering medical tourism services. The results of the study revealed that the development of institutional and legal infrastructures, as well as the improvement of the physical and technical infrastructures, which were determined as the most and the second most important strategies, respectively, should be ensured.

In the framework of the identified strategies, it can be said that investment in physical and technical infrastructures is essential for a sound strategy for medical tourism, which is supported by the previous research.

Strategy 4 (Effective promotion and marketing) was ranked as the third most important strategy. It included sub-strategies, such as increasing publicity and marketing activities in the target countries and regions and increasing public and private sector cooperation.

Sarwar (2013) evaluated various strategic factors for the development of the medical tourism sector in Malaysia. He stated that service quality was the most important factor regarding international competitiveness, but sharing the success stories was a factor that should be considered in future competition strategies.

Using the ANP method to identify the dimensions and weights of medical tourism marketing in Taiwan, Yang (2013) identified four main factors: promotion, travel services, medical resources, and horizontal cooperation. Among the 14 sub-criteria determined based on these factors, the top five criteria were as follows: brand positioning (15%), healthcare facilities (13%), quality of healthcare (10%), travel destinations (9%), and horizontal cooperation (8%). Meanwhile, the results of this study, which emphasized the importance of brand positioning and sectoral cooperation in the marketing of medical tourism, were discussed within the strategy “ST4. Effective promotion and marketing”. In this context, the present study was found to be compatible with the previous research.

Strategy 3 (Improving the quality of medical tourism services) was rated as the fourth most important strategy for Turkey's medical tourism. It included the development of quality and quantity of workforce in medical tourism, setting standards for services and facilities of medical tourism, and the development of facilitating mechanisms for accommodation and other ancillary services.

In their study conducted with tourists traveling abroad for medical tourism, Ahmed et al. (2018) showed that the concept of “quality” was the most important factor for medical tourists in the United Arab Emirates. There were also four factors identified under the concept of quality: advanced technology, qualified human resources, service quality, and maintenance quality.

Rezaee and Mohammadzadeh (2016) examined the determinant factors for medical tourism in Iran, and the concepts of “quality of healthcare services” and “high-level expertise” were found to be the two most important factors for medical tourism.

VI. CONCLUSION

It would be prudent to seek supports from the Ministry of Health, the Ministry of Culture and Tourism, the Ministry of Economy, the Ministry of Development, the Ministry of Transport, and all other stakeholders to formulate strategies for sustainable global success in the medical tourism market. In this context, relevant legislation and facilitating regulations should be made, and necessary measures should be taken by acting proactively against possible risks.

While developing the relevant strategies, the mistakes made in traditional tourism should be avoided in medical tourism. In addition, necessary actions should be taken to prevent factors that may adversely affect the access of local people to health services.

The concept of medical tourism covered in the 10th Development Plan should also be included in the subsequent development plans, which will ensure the continuity of the steps that have been taken so far.

Further studies to be done for identifying strategies for medical tourism may use other multi-criteria decision-making techniques; thus, the results obtained so far can be compared to each other. Moreover, diversity in expert groups may lead the researchers to reach different results. Finally, further studies can focus on identifying the advantages of leading countries in medical tourism by comparing them regarding various criteria to be determined.

REFERENCES

- Acar, A. Z., & Gürol, P. (2017). Türk lojistik ve taşımacılık firmalarının stratejik pozisyon ve aksiyonlarının değerlendirmesi. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, (16. ÜİK Özel Sayısı), 767-780.
- Ajmera, P. (2017). Ranking the strategies for Indian medical tourism sector through the integration of SWOT analysis and TOPSIS method. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 30(8), 668–679.
- Al-Refaie, A., Sy, E., Rawabdeh, I., & Alaween, W. (2016). Integration of SWOT and ANP for effective strategic planning in the cosmetic industry. *Advances in Production Engineering and Management*, 11(1), 29–37.
- Alsharif, M. J., Labonté, R., & Lu, Z. (2010). Patients beyond borders: A study of medical tourists in four countries. *Global Social Policy*, 10(3), 315–335.
- Bies, W., & Zacharia, L. (2007). Medical tourism: Outsourcing surgery. *Mathematical and Computer Modelling*, 46(7–8), 1144–1159.
- Ervural, B. C., Zaim, S., Demirel, O. F., Aydın, Z., & Delen, D. (2018). An ANP and fuzzy TOPSIS-based SWOT analysis for Turkey's energy planning. *Renewable and Sustainable Energy Reviews*, 82(1), 1538–1550.
- Chuang, T. C., Liu, J. S., Lu, L. Y. Y., & Lee, Y. (2014). The main paths of medical tourism: From transplantation to beautification. *Tourism Management*, 45, 49–58.
- Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and ... surgery. *Tourism Management*, 27(6), 1093–1100.
- Doğan, A., & Önder, E. (2014). İnsan kaynakları temin ve seçiminde çok kriterli karar verme tekniklerinin kullanılması ve bir uygulama. *Journal of Yaşar University*, 9(34), 5796-5819.
- Ghanbari, S., Hajinejad, A., & Rahmani, P. (2014). Formulating strategic plan of medical tourism development. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 2(4), 149–154.
- Güneş, G. (2013). Turizm türleri ve turizm politikaları: Dünyada ve Türkiye'de sağlık turizmi. In Tengilimoğlu D. (Ed.), *Sağlık Turizmi* (pp. 17–46). Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Hafizan, A., Mardiana, O., Syafiq, S., Jacinta, M., Sahar, B., Muhamad, H., & Rosliza, A. (2018). Analysis of medical tourism policy: a case study of Thailand, Turkey and India. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*, 5(3), 17–31.

- Hall, C. M. (2012). Medical and health tourism: The development and implications of medical mobility. In *Medical Tourism: The Ethics, Regulation, and Marketing of Health Mobility*. <https://doi.org/10.4324/9780203109458>.
- Hill, T., & Westbrook, R. (1997). SWOT analysis: It's time for a product recall. *Long Range Planning*, 30(1), 46–52.
- Hopkins, L., Labonté, R., Runnels, V., & Packer, C. (2010). Medical tourism today: What is the state of existing knowledge. *Journal of Public Health Policy*, 31(2), 185–198.
- Iordache, C., Ciochina, I., & Popa, R. (2013). Turismul medical - între continut si deziderat în dezvoltarea economico-sociala. Strategii de dezvoltare/Medical tourism - between the content and socio-economic development goals. Development strategies. *Romanian Journal of Marketing*, (1), 18–42.
- İlker, G. (2012). *Türkiye’de termal turizme yönelik hizmet veren konaklama işletmelerinde pazarlama karması elemanları: Örnek bir alan araştırması*. (Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Kumar, A., Sah, B., Singh, A. R., Deng, Y., He, X., Kumar, P., & Bansal, R. C. (2017). A review of multi criteria decision making (MCDM) towards sustainable renewable energy development. *Renewable and Sustainable Energy Reviews*, 69, 596–609.
- Lee, M., Han, H., & Lockyer, T. (2012). Medical tourism—attracting japanese tourists for medical tourism experience. *Journal of Travel and Tourism Marketing*, 29(1), 69–86.
- Loh, C. P. A. (2014). Health tourism on the rise? Evidence from the balance of payments statistics. *European Journal of Health Economics*, 15(7), 759–766.
- Niemira, M. P., & Saaty, T. L. (2004). An analytic network process model for financial-crisis forecasting. *International Journal of Forecasting*, 20(4), 573–587.
- Noree, T. (2015). *The impact of medical tourism on the domestic economy and private health system: A case study of Thailand*. (Doctoral Thesis). London School of Hygiene and Tropical Medicine, London.
- Özdağoğlu, A. (2013). Çok ölçütlü karar verme modellerinde normalizasyon tekniklerinin sonuçlara etkisi: COPRAS örneği. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 8(2), 229–255.
- Phadermrod, B., Crowder, R. M., & Wills, G. B. (2019). Importance-performance analysis based SWOT analysis. *International Journal of Information Management*, 44, 194–203.
- Reddy, S. G., York, V. K., & Brannon, L. A. (2010). Travel for treatment: Students’ perspective on medical tourism. *International Journal of Tourism Research*, 12(5), 510–522.
- Rezaee, R., & Mohammadzadeh, M. (2016). Effective factors in expansion of medical tourism in Iran. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 30(1), 409.
- Saaty, T. L. (2004). Fundamentals of the analytic network process — multiple networks with benefits, costs, opportunities and risks. *Journal of Systems Science and Systems Engineering*, 13(3), 348–379.
- Saaty, T. L. (2008). Decision making with the analytic hierarchy. *International Journal of Services Sciences*, 1(1), 83–98.

- Saaty, T. L., & Vargas, L. G. (2007). Dispersion of group judgments. *Mathematical and Computer Modelling*, 46(7–8), 918–925.
- Sarantopoulos, I., Vicky, K., & Geitona, M. (2014). A supply side investigation of medical tourism and ICT use in Greece. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 148, 370–377.
- Sarwar, A. (2013). Medical tourism in Malaysia: Prospect and challenges. *Iranian Journal of Public Health*, 42(8), 795–805.
- Sevim, E., & Yıldırım, B. F. (2018). Sağlık turizmi ve karar verme. In Önder E. ve Yıldırım B. F. (Eds.), *Sağlık Yönetiminde Karar Verme-I* (pp. 341–378). Bursa, Dora Yayıncılık.
- Sevim, E. (2019). *Medikal Turizm ve Stratejik Analiz*. Ankara, Nobel Yayınevi,
- Shahabi, R. S., Basiri, M. H., Kahag, M. R., & Zonouzi, S. A. (2014). An ANP-SWOT approach for interdependency analysis and prioritizing the Iran's steel scrap industry strategies. *Resources Policy*, 42, 18–26.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı, (2014). Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018), <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/12/Onuncu%20Kalk%20Plan%20Plan%C4%B1.pdf>.
- Tang, C. F., & Lau, E. (2017). Modelling the demand for inbound medical tourism: The case of Malaysia. *International Journal of Tourism Research*, 19(5), 584–593.
- Wu, C. R., Tsai, H. Y., Liao, C. C., & Chen, C. C. (2014). Developing a customer-oriented model for medical tourism alliance management of Taiwanese hospitals. *Journal of Advances in Computer Networks*, 2(2), 155–158.
- Yüksel, I., & Dağdeviren, M. (2007). Using the analytic network process (ANP) in a SWOT analysis - A case study for a textile firm. *Information Sciences*, 177(16), 3364–3382.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

**SAĞLIK SEKTÖRÜNDE YALIN ÜRETİM UYGULAMASI:
TOKAT İLİNDE BİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Ayşegül DAĞCI *
Emre ASLAN **


ÖZ

Yalın üretim, sistemdeki israfın ortadan kaldırılması felsefesi üzerine kurulmuş, değer kavramına odaklanarak en etkin üretim yöntemine ulaşma arayışında olan bir üretim sistemidir. Yalın üretimin uygulama alanı sadece imalat sektörüyle sınırlı kalmamış, hizmet sektörü tarafından da etkinlik iyileştirme amacıyla günümüzde yoğun bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Hastanelerde teşhis, tedavi veya diğer hizmetlerin en kısa sürede yapılması ve sonuçların hastalara en doğru şekilde ulaştırılması gerekir. Fakat diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de değer katmayan faaliyetler nedeniyle gecikmeler yaşanmaktadır, hastaların bekleme süresi uzamakta ve memnuniyetsizlik ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmanın amacı bir devlet hastanesinin dahiliye biriminde bir yalın üretim aracı olan değer akış haritalama tekniğini kullanarak hastaların bekleme sürelerini azaltabilecek önerilerde bulunmaktır. Hastanenin ilgili birimlerinden veriler toplanarak mevcut durum haritası oluşturulmuş, değer katan ve değer katmayan faaliyetler belirlenmiş, değer katmayan faaliyetler düzenlenerek ve elimine edilerek gelecek durum haritası çizilmiştir. Kan alma sekreterliği, kan alma birimi ve röntgen biriminde yapılan iyileştirmeler neticesinde hastaların bekleme sürelerinde %23,4 oranında, sistem içerisindeki geçirdikleri sürelerde ise %19,6 oranında bir iyileştirme sağlanabileceği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yalın, yalın hastane, değer akış haritalama

MAKALE HAKKINDA

* Yüksek Lisans Öğrencisi, Tokat Devlet Hastanesi, aysemdagci@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-8532-7138>

** Dr. Öğr. Üyesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi İİBF İşletme Bölümü, emre.aslan@gop.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1744-8077>

Gönderim Tarihi: 01.06.2020

Kabul Tarihi: 11.11.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Dağcı, A. & Aslan, E. (2020). Sağlık sektöründe yalın üretim uygulaması: Tokat ilinde bir devlet hastanesi örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 623-638

LEAN PRODUCTION APPLICATION IN HEALTHCARE SECTOR: A CASE OF STATE HOSPITAL IN TOKAT

Ayşegül DAĞCI *
Emre ASLAN **

ABSTRACT

Lean production is based on the philosophy of eliminating waste in the system and seeking to reach the most efficient production method by focusing on the concept of value. The field of application of lean production is not only limited to the manufacturing sector but has also been used extensively by the service sector for efficiency improvement. Diagnosis, treatment or other services in hospitals should be performed as soon as possible and the results should be delivered to the patients in the most accurate way. However, as in other sectors, there are delays in the health sector due to activities that do not add value. Accordingly, the waiting time of patients is prolonged and dissatisfaction arises. The purpose of this study is to make suggestions that can reduce waiting times in an internal medicine department of a public hospital by using value stream mapping as a lean production tool. The current-state map was created by collecting data from the relevant units of the hospital, activities of value added and non-value added were determined, and future-state map was drawn by adjusting and eliminating non-value added activities. As a result of improvements to be made in blood collection secretariat, blood collection unit and x-ray unit it has been determined that waiting times of patients may be reduced by 23.4% and total time in system may be reduced by 19.6%.

Keywords: Lean, lean hospital, value stream mapping

ARTICLE INFO

* Tokat State Hospital, aysemdagci@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-8532-7138>

** Tokat Gaziosmanpaşa Uni. Faculty of Econ. & Adm. Sci. Dept. of Business, emre.aslan@gop.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-8532-7138>

Received: 01.06.2020

Accepted: 11.11.2020

Cite This Paper:

Dağcı, A. & Aslan, E. (2020). Sağlık sektöründe yalın üretim uygulaması: Tokat ilinde bir devlet hastanesi örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 623-638

I. GİRİŞ

Yalın, bir sistem içerisindeki israf olarak isimlendirilen gerekli olmayan unsurları ve faaliyetleri elimine ederek gerekli olanlar üzerine odaklanan bir felsefedir. İmalat sistemlerinin yanında hizmet sistemlerinde de başarı ile kullanılmakta ve fayda sağlanmaktadır. 2019 sonu itibarıyla başlayıp (World Health Organization [WHO], 2020), 2020 yılında tüm dünyaya yayılan COVID-19 pandemisi ile sağlık sektörünün önemi daha da anlaşılmıştır. Sağlık sektöründe özellikle zaman israfının azaltılması daha verimli çalışma ve mevcut kapasitenin daha etkin kullanılabilmesini sağlayarak, hastaların bekleme sürelerinin azaltılmasını ve birim zamanda daha çok hastaya hizmet verilmesini sağlayabilecektir.

Bu çalışmada Tokat ilinin bir ilçesindeki devlet hastanesinin dahiliye polikliniğinde bir yalın üretim aracı olan değer akış haritalama tekniği kullanılarak hastaların bekleme sürelerini azaltabilecek önerilerde bulunmak amaçlanmıştır. Çalışmanın iki ayağı olan yalın üretim ve sağlık sisteminden bu bölümde bahsedilecektir.

1.1. Yalın Üretim

Yalın üretim, hata, maliyet, fire, stok, işçilik, üretim alanı, geliştirme süreci, müşteri memnuniyetsizliği gibi unsurların minimize edildiği bir üretim yöntemi olarak tanımlanabilir. Yalın üretimin üretim hızını artırırken akış süresini azaltarak kalite, maliyet ve teslimat performansını aynı anda iyileştirmeyi hedeflemektedir. Yalın üretimde, atölye tipi üretimin esnekliği ile seri üretimin üretim hacmi bir araya getirilmeye çalışılır (Kağnıcıoğlu vd., 2012). Yalın üretimin anahtar kelimesi Japoncada “muda”dır. Muda, israf anlamına gelmektedir. Muda, hiçbir değer ortaya koymadan kaynakları tüketen faaliyetleri gösterir. Muda'nın panzehri yalın dönüşüm uygulamasıdır. Yalın dönüşüm; değer tanımlanması, değer oluşturan süreçlerin en iyi ve en doğru biçimde sıralanması, bu adımların gerektiği anda sıkıntıya uğramadan atılması ve daha yüksek etkinlikle gerçekleştirilmesi süreçlerinin yollarını gösterir (Womack ve Jones, 2017). 1990'larda Amerika'da Massachusetts Teknoloji Enstitüsü (MIT) yaptığı Otomotiv Endüstrisi Programı araştırmasını temel alan *Dünyayı Değiştiren Makine* isimli kitap sayesinde dünya imalatı topluluğu yalın üretim sistemini tanımaya ve keşfetmeye başlamışlardır (Liker, 2004). 1991'den sonra yalın üretim sistemi, batılı şirketler başta olmak üzere tüm dünyada ve farklı sektörlerde uygulanmaya, bilimsel araştırmalara konu olmaya ve üniversitelerde ders olarak okutulmaya başlanmıştır (Meyers ve Stewart, 2002)

Değer kavramı, yalın düşüncenin önemli bir çıkış noktasıdır. Değer, ancak en son müşteri tarafından açıklanabilmektedir ve belirli bir zaman aralığında belirli bir fiyatta müşterilerin ihtiyaçlarını karşılayabilen belirli bir ürün ya da hizmet şeklinde ifade edildiğinde bir anlam kazanmaktadır (Womack ve Jones, 2017). Müşterinin ödeme yapmaya istekli olduğu faaliyetler değer katan, müşterinin ödeme yapmak istemediği, önlenmesi mümkün olan faaliyetler ise değer katmayan faaliyetlerdir (Sarkar, 2007). *Değer akışı*, bir ürünü ortaya çıkarmak için ihtiyaç duyulan değer katan ve katmayan faaliyetler bütünüdür. *Değer akış haritalama*, bir değer akışında yer alan değer, israf ve israf kaynaklarını görmek için başvurulan bir yöntemdir (Rother ve Shook, 1998). *İsraf*, kaynakları kullanan fakat ürüne herhangi bir değer sağlamayan unsurlardır (Seth ve Gupta, 2005). Yalın üretimde yer alan israf sekiz başlıkta ele alınmaktadır (Krajewski vd. 2018):

1. Üretim fazlası
2. Uygunsuz işlem
3. Bekleme
4. Taşıma
5. Gereksiz hareket
6. Gereksiz envanter/stok
7. Hatalı parça üretimi
8. Çalışanlardan yetersiz yararlanma

Yalın üretimin değer akış haritalama, yalın altı sigma, sürekli iyileştirme (kaizen), üretim dengeleme (heijunka), 5S, hata önleme (poka-yoke), kanban, takt zamanı, yerinde kalite, grup teknolojisi ve hücreli imalat, toplam verimli bakım, görsel yönetim, otonomasyon (jidoka) gibi araç ve yöntemleri vardır. Bu çalışmada değer akış haritalama yöntemi kullanıldığı için ileride bu yöntemden bahsedilecek, diğerlerinin detayına değinilmeyecektir.

1.2. Sağlık Sektöründe Yalın Üretim

Sağlık sektörü, sağlığa dolaylı ya da doğrudan etkileri olan mal ve hizmet nitelikli her türlü ürünü üretmek ve talep etmek, tüketmek üzere çok farklı üretim alanlarında kurulmuş bir sistem ve alt sistemler ile bunların içerdiği kişi, statü, kurum, kuruluş, ürün ve benzerlerinin tümünü kapsamaktadır (Sargutan, 2005). Her sağlık sistemi için iyi sağlık hizmeti etkili, güvenli, kaliteli, kişisel ve kişisel olmayan bakım hizmetinin, hizmete gereksinimi olanlara zamanında ve en az israf ile sunulduğu sağlık hizmetidir (WHO, 2010).

Yalın düşünce, israfı (müşteri ya da hasta için katma değer katmayan adımlar; kesinti, bekleme, hata vb.) ortadan kaldırmaya yönelik ve insana saygı duymayı barındıran bir iyileştirme ve geliştirme yaklaşımıdır (Womack ve Jones, 2017). Sağlık hizmetlerinde israf, yalın terminolojisinde; sürekli olarak ortaya çıkan, yapılan işlere ve hasta bakımına engel olan sıkıntılar ve sorunlar olarak tanımlanmaktadır. Hastanelerdeki faaliyetlerde pek çok kesinti, boşa giden hareket, iletişimsizlik ve geçiştirme vardır. Geçiştirmeleri ve alınan önlemleri iş olarak değerlendirmek yerine, israfı azaltmak ya da ortadan kaldırmak için gereken bir şey olarak görmek gerekir. Bu sayede yapılan gerçek işe ve hasta bakımına daha fazla zaman ayrılabilir (Grabana, 2011). Zaman, bir hastanın sahip olduğu en değerli şeylerden birisidir ve çoğunlukla hasta için değerli olan zaman, sağlık sistemi tarafından israf edilmektedir. Hastanın zamanını ön planda tutup, ona yüksek değer vererek ve alınan sağlık hizmeti esnasında gerekli olan aşamaların her biri arasındaki sürenin kısaltılması sağlanarak önemli sonuçlara ulaşılabilmektedir (Decker ve Stead, 2008). Sağlık sektörünün önemli bir parçası olan hastanelerde ortaya çıkan israf türleri yalın üretimdeki tanımlanmış israfların karşılığı olarak Tablo 1'de açıklanmıştır (Grabana, 2011).

Tablo 1. Hastanelerde Sekiz İsrif Türü

İsrif Türü	Kısa Tanım	Hastane Örnekleri
Hatalar	Bir şeyi yanlış yaparak, hataları kontrol ederek ya da hataları düzelterek harcanan zaman	Bir maddenin eksik olduğu cerrahi malzeme arabası; hastaya yanlış ilaç ya da doz verilmesi
İhtiyaçtan fazla üretim	Müşterinin ya ihtiyaç duyduğundan daha fazlasını yapmak ya da ihtiyaç duyulandan daha kısa sürede yapmak	Gereksiz teşhis prosedürleri uygulamak
Gereksiz malzeme hareketi	Bir sistemdeki ürünün (hastalar, numuneler, malzemeler) gereksiz hareketleri	Kateter laboratuvarının acil servisten çok uzak bir mesafede olması gibi kötü bir yerleşim planı
Bekleme	Bir sonraki olayın gerçekleşmesini ya da bir sonraki iş faaliyetini beklemek	İş yüklerinin eşit olmaması nedeniyle bekleyen çalışanlar; randevu için bekleyen hastalar
Fazla stok	Finansal maliyetler, depolama ve hareket maliyetleri, bozulma ve fire nedeniyle aşırı stok maliyetleri	Tarihi geçmiş ilaçlar gibi, imha edilmesi gereken son kullanım tarihi geçmiş gereçler
Gereksiz insan hareketi	Sistemdeki çalışanların gereksiz hareketleri	Kötü yerleşim planı nedeniyle her gün kilometrelerce yürüten laboratuvar çalışanları
Gereğinden fazla işlem	Müşterinin değer vermediği ya da hasta ihtiyaçlarına uymayan kalite tanımlarının yol açtığı işler yapmak	Formların üzerindeki zaman\ tarih damgaları; oysa tarihler asla kullanılmaz
İnsan potansiyeli	Çalışanları dahil etmemek, fikirlerini dinlememek ya da kariyerlerini destekle-memekten kaynaklanan israf ve zarar	Çalışanlar yıpranır ve gelişim önerileri sunmaktan vazgeçerler

Kaynak: Grabana (2011)

Sağlık hizmetlerinde yalın düşüncenin uygulanması ve bu sisteminin temel adımları aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Womack ve Jones, 1996);

- Öncelikli olarak hastayı ele almak,
- Kaliteyi sağlamak,
- Hasta bakımında yetenekli ve kalifiye bir hasta bakım ekibini oluşturmak,
- Hasta bakımı süresince hastanın aktif olarak katılımını sağlamak

Sağlık sektörü 2000’li yıllar ile birlikte yalın tekniklerden faydalanmaya başlamış ve elde edilen iyileştirme sonuçlarının literatüre girmesi ise son zamanlara denk gelmiştir. Merkezinde israfın ortadan kaldırılması olan yalın üretim kavramı, hizmet sektöründe de imalat sektöründe olduğu gibi israfın ortadan kaldırılmasına odaklanmaktadır (Doğan, 2011). Sağlık sektöründe yalın üretim yöntemleri kullanılarak yapılan çalışmalarla ilgili literatürde rastlanılan çalışmalar şöyle özetlenebilir. Jimmerson ve diğerleri (2004) yalın üretim ilkelerinin sağlık sektörüne nasıl uygulanacağı ile ilgili bir proje geliştirip uygulamaya koymuşlardır. İşin yeniden yapılandırılması ve problem çözme tekniklerini hastaneye uygulayarak değer akış haritası çizmişler, süreçteki sorunları ve iyileştirmelerin nerelerde yapılması gerektiğini belirlemişlerdir. Womack ve diğerleri. (2005) bir hastanede yapılan yalınlaşma faaliyetleri sonucunda iki yıl içinde döküm maliyetlerinde %53, alan kullanımında %41, temin süresinde %65, insan taşınmasında %44, malzeme taşınmasında %72, hazırlık süresinde %82 oranında azalma, verimlilikte ise %36 artış sağlanmıştır. Kent (2008) bir hastanenin acil servisinde; darboğaz, çevrim süresi, hemşirelerin fazla çalışması şeklinde bazı mevcut sorunlara odaklanarak bir yalın üretim uygulaması gerçekleştirmiştir. Bunun için durumu ağır olmayan acil servis hastalarının kabul, tedavi ve taburculuk işlemleri için harcadıkları zamanı azaltmak amacıyla bir ekip oluşturulmuş, yalın üretim tekniklerinin uygulanması sonucunda doktorlar daha fazla hastaya bakabilir hale gelmişlerdir. Bir hastanın hastanede geçirdiği ortalama süre 247 dakikadan 139 dakikaya inmiştir. Lodge ve Bamford (2008)’un hastanenin radyoloji bölümünde yaptıkları yalın uygulamalar sonucunda bekleme süresi iyileştirilmiş, bu da dolaylı olarak diğer birimlerdeki bekleme süreleri üzerinde düşüş sağlamıştır. Aytaç (2009) yalın üretim araçlarından değer akışı haritalama, iş standartlaştırma, 5S ve kanbanı ele aldığı çalışmada bir hastanenin dahiliye biriminde hastaların toplam bekleme sürelerinde ve kat ettikleri mesafelerde önemli bir azalma sağlanacağı sonucuna varmıştır. Doğan (2011) bir devlet hastanesinin fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümünde değer akış haritalama ve simülasyon yöntemlerinin beraber kullanıldığı bir uygulama gerçekleştirmiştir. Mevcut ve önerilen durumun simülasyon modelleri karşılaştırılarak değer katmayan sürelerin ortadan kaldırılacağı gösterilmiştir. Graban (2011) sağlık sektöründe yalının gerekliliğinden bahsettiği kitabında gerçek yaşamdan israf ve hata örneklerine yer vermiş ve yalın bakış açısı ile nasıl ortadan kaldırılacağını ayrıntılı olarak ele almıştır. Özen (2015) bir devlet hastanesinde değer katmayan faaliyetlerin tespit edilmesi için değer akış haritalarından faydalanmıştır. Değer akış haritalama analizi sonucunda hizmet sürecinin yavaşlığının hasta memnuniyetinin azalmasına, maliyetlerin yanlış hesaplanmasına, çalışan personelin performansının düşmesine, yanlış tanı ve tedavi yapılmasına, elde bulunan kaynakların gereksiz bir şekilde tüketilmesine sebep olduğu belirlenmiştir. Yıldız ve Yalman (2015) çalışmalarında sağlık işletmelerinde uygulanmış olan yalın üretim ilkeleri ile ilgili literatür taraması yapmışlardır. Sonuçta sağlık hizmetlerinde yalın üretim uygulamalarının genellikle bir süreç iyileştirme yaklaşımı olarak kullanıldığı ve değer akışı haritalama tekniğinin en çok uygulanan yalın araç olduğu belirtilmiştir. Yılmaz ve diğerleri (2017) çalışmalarında yalın bakış açısıyla sağlık kurumlarında israfi azaltmak üzerinde durmuşlardır.

II. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışmada örnek olay incelemesi yapılmıştır. Yöntem olarak yalın üretim araçlarından birisi olan Değer Akış Haritalama kullanılarak Tokat ilinde bir Devlet Hastanesinin Dahiliye biriminde hastaların bekleme ve sistem içerisindeki toplam sürelerini azaltacak önerilerde bulunulmuştur.

2.1.1. Değer Akış Haritalama

Değer akışı haritaları, işletme içerisindeki tüm malzeme ve bilgi akışı sürecinin tanımlanmasına olanak sağlayan araçlardır (Womack ve Jones, 2017). Değer akışı haritalama yöntemi genel olarak aşağıdaki dört adımdan oluşur (Rother ve Shook, 1999):

1. Ürün ailesinin seçimi,
2. Mevcut durumun ortaya konulması,
3. Gelecek durumun tasarlanması,
4. Faaliyet planının hazırlanması ve uygulanması

Değer akış haritalama yöntemi, bir değer akışındaki değer kavramını, israfı ve israf kaynaklarını belirlemek ve tek bir süreçten daha fazlasını ele almak için kullanılan bir yöntemdir. Bakış açısı olarak, sadece parçalar üzerinde değil bütün üzerinde çalışmayı ve bu bütünü iyileştirmeyi hedefler. Değer akış haritalama, akışı oluşturmak için seçilen hizmet ailesinin çok detaylı bir şekilde açıklanmasına olanak sağlayan görsel bir araç olarak kabul edilmektedir (Yurdugül, 2010). Değer Akış Haritalama (DAH) yöntemi mevcut durumda olan işlerin nasıl devam ettiği, gelecek durumlarda ise nasıl devam etmesi gerektiğini açıkça göstermeyi hedefler. Yöntemin sağladığı avantajlardan bazıları aşağıdaki gibidir (Rother ve Shook, 1999):

- DAH üretim esnasında süreç düzeyinden daha fazlasının görsellik kazanması için yardımcı olur. Burada akışı görmek mümkündür.
- DAH ortaya çıkan israfın ve israf kaynaklarının görülmesini sağlar.
- DAH, akış artık bir görsellik kazandığı için, konu hakkında karar almak ve konu hakkında konuşmak için ortak bir dil oluşturur.
- DAH uygulanacak plan için uygun bir temel oluşturur. Kapıdan-kapıya işleyişi içeren ayrıntılı bir plandır.
- DAH bilgi akışı ile malzeme akışı arasında gerçekleşen bağlantıyı gösterir.
- DAH yöntemi kalitatif bir araçtır ve kantitatif birçok araçtan daha üstündür.
- DAH değer katmak için nasıl çalışması gerektiğini ayrıntılı şekilde anlatmaktadır.

Değer Akış Haritalama yöntemi kapsamında hizmet birimi olarak seçilen Dahiliye bölümündeki kapıdan-kapıya hasta akışları haritalandırılarak ilk önce mevcut durum haritası çizilmiştir. Kapıdan-kapıya hasta akışı hastanın hastaneye gelip kaydolması, polikliniklere gidip doktora muayene olması, tetkik aşaması, teşhisi, tedavisi, kontrol, izleme ve hastaneden çıkış aşamasına kadar izlenen yoldur. Mevcut durum haritasındaki değer katan ve katmayan faaliyetler belirlenmiştir. Daha sonra mevcut durumun iyileştirilmiş şeklinin yer aldığı gelecek durum haritası çizilmiş ve gelecek duruma ulaşmak için öneriler ve uygulama planının olduğu adım ile sonlandırılmıştır.

2.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bir hastanedeki bütün birimleri ve süreçlerini çalışmaya dahil etmek bu çalışmanın kapsamını aşacak zaman ve finansal imkanlar gerektirmesi açısından mümkün olmadığı için çalışma sınırlandırılmış ve tek birim olarak dahiliye bölümü (iç hastalıkları) seçilmiştir. Dahiliye bölümünün seçilmesinin nedeni hasta sayısının diğer bölümlere göre fazla olmasıdır.

2.3. Veri Toplama

Araştırmada örnek olay olarak Tokat ilinde bir ilçesindeki Devlet Hastanesinin Dahiliye birimi belirlenmiştir. 2015 yılında hizmete giren ilçe devlet hastanesi 125 yatak kapasitelidir. 2018 yılında hastanenin acil servisine müracaat eden hasta sayısı 117.876 olarak belirlenirken, polikliniklere gelen hasta sayısı 255.202 olarak tespit edilmiştir. Hastanede 2019 yılı itibari ile 20 uzman hekim ve 12 pratisyen hekim hizmet vermektedir. Dahiliye Bölümü poliklinik ve yatan hasta servisi birimlerini kapsamaktadır. Poliklinik aşamasında üç uzman doktor ve doktorların yanında onlara yardımcı olan üç

sekreter görev yapmaktadır. Dahiliye servisi yatan hasta biriminde de görevli olan bir kat sekreteri ve 20 hemşire bulunmaktadır.

Dahiliye bölümü, çocukluk çağını geçmiş olan bireylerin iç organ sistemleri ile ilgili incelemeler yapar. Bu kapsamda üst ve alt solunum yolu hastalıkları, mide ve bağırsak sistemi hastalıkları, karaciğer hastalıkları, hipertansiyon, böbrek hastalıkları, kalp ve damar sistemi hastalıkları, tiroit hastalıkları, kas ve iskelet sistemi hastalıkları, şeker hastalığı, kansızlık ve diğer kan hastalıkları, romatizma hastalıkları gibi birçok hastalık yer almaktadır. Bu ve bunun gibi birçok rahatsızlıkla ilgili teşhis ve tedavi hizmetini vermektedir. Dahiliye bölümü hastalıkların teşhisi için birçok birimle beraber çalışmaktadır. Bu birimler laboratuvar (kan, idrar testleri vb.), radyoloji birimi (röntgen, bilgisayarlı tomografi, ultrason, mamografi, manyetik rezonans görüntüleme, kemik yoğunluğu ölçümü), gerekli görüldüğünde endoskopik incelemeler (endoskopi, kolonoskopi, vb.), elektrokardiyografi, ekokardiyografi şeklinde sıralanabilir.

2.3.1. Dahiliye Bölümündeki Hasta ve Bilgi Akışı

Dahiliye bölümüne gelen hastalar daha önceden 182 Merkezi Hekim Randevu Sistemi numarasını arayarak ya da internet üzerinden randevu almaktadırlar. Randevu almamış fakat o gün muayene olmak isteyen hastalar da hekim inisiyatifinde muayeneye alınabilmektedirler. Hastaneye randevu alan ya da randevu almadan gelen hastalar poliklinik sekreterine kayıt yaptırmaktadırlar. Daha sonra sıraları geldiğinde muayene olup yapılacak tetkik/tahlil varsa onların sonuçlarını beklemektedirler. Sonuçlar çıktığında tekrar polikliniğe gidip sonuçlarını göstererek doktorun önerdiği tedavi ile hastaneden ayrılmaktadır. Bu hasta akışı çok uzun ve kapsamlı olmakla beraber en baştan sona kadar hastanın temasta olduğu tüm birimleri içermektedir. Hastanede bilgi akışı, hastanın hastaneye gelip girişini yaptırması ile başlamaktadır. Bilgi akışı sırasında, bilgi gönderilirken önce ana sunucuya, sonra da alıcı birime ulaşmaktadır. Örneğin, doktor hastadan BT (bilgisayarlı tomografi) tetkiki istediğinde, istenen bu tetkik sekreterin poliklinikte bilgisayara girildiği anda radyoloji birimine ve BT birimine gönderilmektedir. Poliklinikten yapılan tahlil/tetkik istemleri elektronik ortamdan yapılmakta ve ilgili birimlere gönderilmektedir. İlgili birimlerden çıkan sonuçlar da yine sistem üzerinden doktorun bilgisayarına ulaştırılmaktadır. Polikliniklerde çoğunlukla sabah muayene yapılmakta, tahlil/tetkik istenildiyse sonuçlara öğleden sonra bakılmaktadır. Fakat kısa süren bir işlem istenildiyse sabah hastanın sonucu çıktığında hastaya tekrar bakılabilmektedir. Röntgen, kemik ölçümü, ultrasonografi gibi birkaç laboratuvar testi dışında olan tahliller aynı gün içerisinde çıkarken, BT sonuçları üç iş günü içerisinde rapor edilmektedir. Muayene sırasında tetkik ve tahlile gerek görülmediği durumda hastalara sadece reçete yazılarak hastaneden çıkabilmektedirler. Hastadan gerek görüldüğü durumlarda tahlil ve tetkik istenebilmektedir. Hastanede laboratuvar ve radyoloji birimi dışında elektrokardiyografi (EKG) ve solunum fonksiyon testleri (SFT) tetkikleri de yapılabilmektedir. Fakat hasta sayısına bakıldığında bu birimlere yönlendirilen hasta sayısı fazla olmadığı için bu çalışmada yer verilmemiştir. Dahiliye bölümünde kapıdan-kapıya akış boyunca işlem yapılan birimler ve kısa açıklamaları aşağıda verilmiştir.

Hasta Kayıt Kabul: Hastanın hastaneye geldiği anda ilk olarak temasa geçtiği ve ilk işlemleri yaptırdığı birimdir. Kayıt işlemleri sonrasında hastalar muayene olmak için sıralarını beklemektedirler.

Poliklinik İşlemleri: Her poliklinikte bir doktor ve doktora yardımcı olacak bir sekreter görev almaktadır. Sırası gelen hasta polikliniğe alınıp muayene olmaktadır. Sabah saat 08.00-09.00 saatleri arasında doktorlar yatan hastalar için vizite çıkmaktadır. Bu yüzden poliklinik hizmetleri 09.00 da başlamakta ve 16.00'da sona ermektedir.

Röntgen: Dahiliye hastalarından çoğunlukla hasta şikayetine göre akciğer grafisi, ayakta direkt batın grafisi ve direkt üriner sistem grafisi istenebilmektedir. İstemi yapılan hastalar ilk önce radyoloji sekreterine gelerek isimlerini söyleyip barkodu çıkartıldıktan sonra bekleme salonunda beklemektedir. Röntgen çekim işlemi, hasta odaya alındıktan sonra hastanın hazırlanması ve çekimin tamamlanması ortalama 3 dakika gibi bir sürede gerçekleşmektedir. Bu süre hastanın metal kıyafetle gelip

gelmemesine ve yaşına göre kısalabilmekte veya uzayabilmektedir. Hastanın çekimi yapıldıktan sonra bilgisayar ortamından 1 dakika gibi kısa bir sürede doktorunun bilgisayarına gönderilmektedir.

Bilgisayarlı Tomografi (BT): Bilgisayarlı tomografide cihaza bağlı bir bilgisayar yardımı ile kesitsel görüntüler elde edilir. BT biriminde bir teknisyen/tekniker görev almaktadır. Çekim için gelen hasta ilk önce radyoloji sekreterliğine ismini verip çekiminin yapılması için beklemektedir. Yoğunluğa göre bekleme süresi değişmekle birlikte en fazla 15 dakika sürmektedir. Çekime alınan hastanın çekim süresi kontrastlı (ilaçlı) ya da kontrastsız olmasına göre de değişmektedir. Kontrastsız çekimi yapılacak olan hasta çekim süresi hasta hazırlığı dahil olmak üzere 5 dakika kadar sürmektedir. Kontrastlı çekim süresi genellikle 10 dakika kadar sürmektedir. Çekim yapıldıktan sonra görüntüler doktorun bilgisayarına düşmekte fakat rapor okunması acil hastalar dışında 3 iş günü sürmektedir. Raporlar hastanenin anlaşmalı olduğu özel bir görüntüleme merkezi tarafından yazılıp gönderilmektedir.

Kemik Mineral Dansitometri: Kemik mineral yoğunluk ölçümü çekimi yaşın ilerlemesine bağlı olarak hastalar için istenebilmektedir. Bu birimde 1 röntgen teknisyen/teknikeri görev almaktadır. Hafta içi 08.00-16.00 saatleri arasında hizmet verilmekte ve hastanın gün içerisinde çekimi yapılmaktadır. Çekim süresi hasta hazırlığı ile birlikte 10 dakika kadar sürmektedir. Sonuçlar çekim bittiğinde yazıcıdan çıkartılarak hastaya verilir, ayrıca dijital ortamdan da doktorunun bilgisayarına gönderilmektedir.

Ultrason: Ultrason, yumuşak doku ve parankimal organların incelenmesinde uygulanan teşhis amaçlı bir uygulamadır. Hastadan ultrason çekimi için istem yapıldığında ilk önce radyoloji birimi sekreterine gelmekte ve burada hastaya randevu verilmektedir. Randevu verilen günde hasta bu birime gelip çekimini yaptırmaktadır. Çekim odasında doktor ve raporu yazmak için bir sekreter bulunmaktadır. Çekim ortalama 5-10 dakika arasında sürmektedir. Çekim bittiğinde hastaya raporu verilmekte ayrıca dijital ortamdan da doktoruna gönderilmektedir.

Doppler Ultrasonografi: Doppler USG, damarlarda kan akış hızı ve akış karakteristiklerini araştırmak için kullanılan bir teşhis yöntemidir. Doppler USG çekimi istenilen hasta radyoloji sekreterliğine gelip randevu almaktadır. Randevu günü ve saati geldiğinde çekim için hastaneye gelmektedir. Doppler USG çekimi, ultrason odasında aynı doktor tarafından çekilmekte ve işlem 10 dakika kadar sürmektedir. Çekim bittiğinde hastaya raporu verilmekte, ayrıca e-ortamdan da doktoruna gönderilmektedir.

Kan Alma Birimi: Kan tahlili istemi yapılan hasta ilk önce kan alma sekreterine gelmekte ve ismini söyleyip istenilen tahlillerin barkodunu almaktadır. Daha sonra hasta kan alma birimine gitmektedir. Kan alma biriminde 4 kan alma koltuğu ve işlemi yapan 3 hemşire bulunmaktadır. Hasta barkodunu görevli hemşireye verdiği, hemşire çalışılacak olan tüplere bu barkodu yapıştırılmaktadır. Daha sonra görevli hemşire tarafından kan alma işlemi 1-2 dakika gibi bir sürede tamamlanmaktadır. Hastanın kanı vakumlu tüp kan alma iğnesi ile ilgili tüplere alınmakta ve kan alma sekreterine götürülmektedir. Bu tüpler sekreter tarafından pnömatik sistemle laboratuvar bölümüne gönderilmektedir. Gönderilen numuneler laboratuvar teknisyen/teknikeri tarafından analiz edilmektedir. Laboratuvara gönderilen tahlil sonuçlarının çıkma süresi hasta yoğunluğuna ve testin türüne bağlı olarak değişebilmektedir. Analiz edilen numuneler onaylandıktan sonra test sonuçları poliklinik bilgisayarlarına gönderilmektedir. Eğer hasta sonuçların çıktısını isterse poliklinik sekreterinden alabilmektedir.

Araştırma yapılan hastanede gerekli izinler alındıktan sonra 01.03.2018 – 01.03.2019 olarak belirlenen tarihler arasında dahiliye birimine gelen hasta verileri incelenmiştir. Hasta sayısında Ekim ayından itibaren artış olduğu gözlemlenmiş ve en çok hasta gelen aylar Aralık, Ocak ve Şubat olarak belirlenmiştir. Belirlenen tarihler arasındaki hasta sayıları Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. 01.03.2018-01.03.2019 Tarihleri Arasında Dahiliye Birimine Gelen Hasta Sayıları

Dönem	Hasta Sayısı
2018 Mart	2476
2018 Nisan	2005
2018 Mayıs	1880
2018 Haziran	1702
2018 Temmuz	2160
2018 Ağustos	1891
2018 Eylül	1858
2018 Ekim	2658
2018 Kasım	2781
2019 Aralık	3147
2019 Ocak	3243
2019 Şubat	3201
Toplam Hasta Sayısı	29002

Hastalar gerekli görülen durumlarda laboratuvar ve radyoloji birimlerine yönlendirilmiştir. Hastaların bu birimlerde geçirdikleri süreler ise Tablo 3'te verilmiştir. Bu süreler ilgili birimlerdeki personelden elde edilen ortalama sürelerdir.

Tablo 3. Hastaların en çok yönlendirildiği birimler

Birim	Ortalama Süre
Muayene	5 dakika
Röntgen	5 dakika
Tomografi	10 dakika
Ultrason	10 dakika
Biyokimya	50 dakika
Hemogram	40 dakika
Hormon	70 dakika
İdrar	30 dakika

III. BULGULAR

3.1. Mevcut Durum Haritası

Hastanenin ilgili birimlerinden gerekli veriler toplandıktan sonra mevcut durum haritasını oluşturma aşamasında akış ve süreçleri göstermek için bazı semboller ve ikonlar kullanılmaktadır. Semboller dışında belirlenen sistem ölçütleri de bulunmaktadır, bunlar:

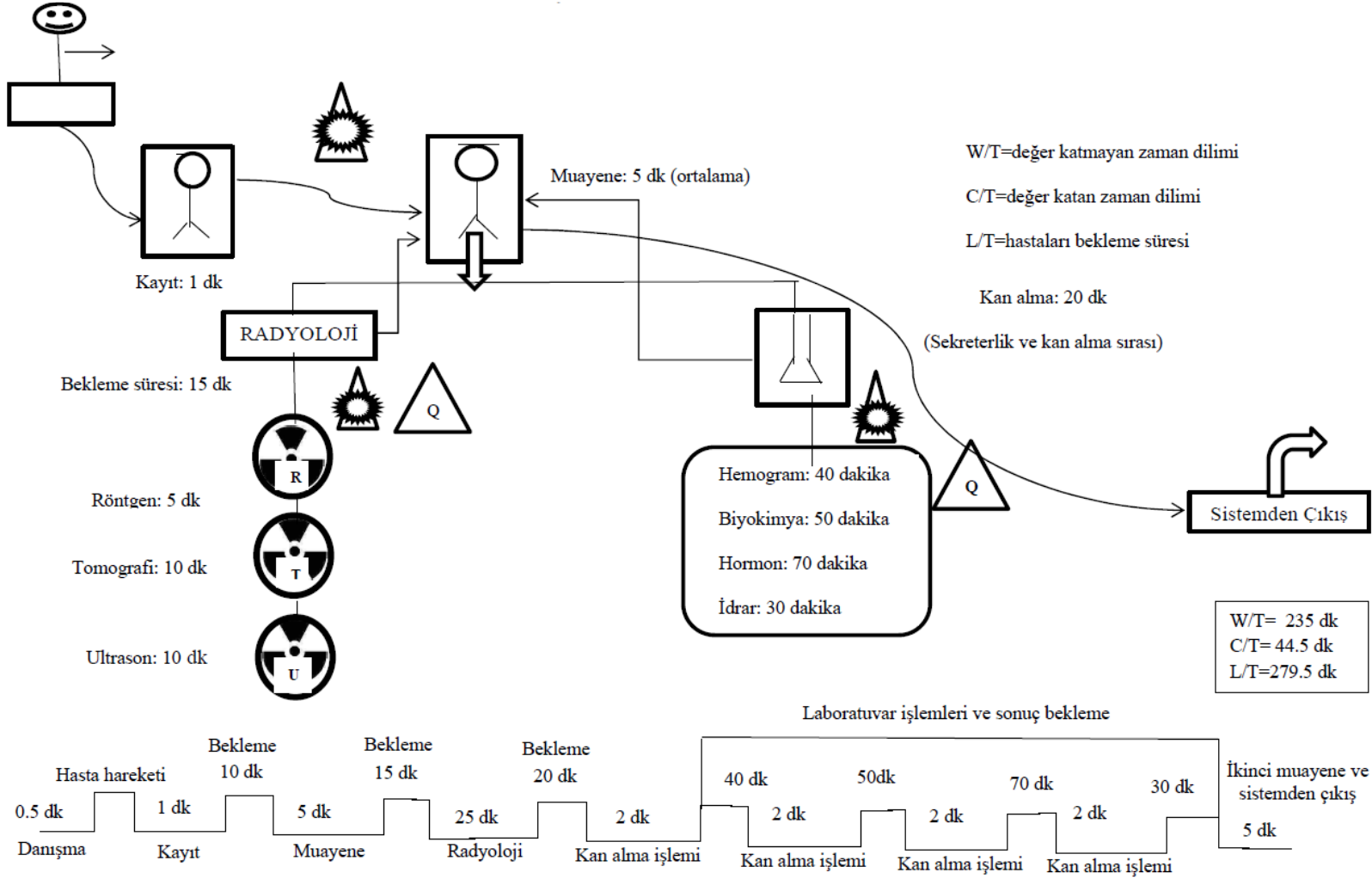
W/T: Bekleme Zamanı. Değer katmayan zaman dilimidir.

L/T: Temin Zamanı. Hastaların sistemde geçirdikleri süre toplamıdır.

C/T: İşlem Zamanı. Değer katan zaman dilimidir.

Dahiliye Birimi mevcut durum haritası Şekil 1'de gösterilmektedir. Harita incelendiğinde, ortaya çıkan israflar ve örnekleri Tablo 4'te gösterilmiştir. Mevcut durum haritasında gösterildiği üzere muayene odaları önünde bekleme olmaktadır. Randevulu hastalar dışında doktor kabul ettiği sürece randevusuz hastaların da alınması kuyruk oluşmasına neden olmaktadır. Randevulu hastalarda muayene süresi 10 dakika olarak verilmektedir. Randevusuz gelen hastalarla beraber hasta muayene süresi hasta yoğunluğuna göre 2 dakikanın altına düşmektedir. Ortalama olarak alındığında hasta muayene süresi 5 dakika olarak hesaplanmıştır.

Şekil 1. Mevcut Durum Haritası



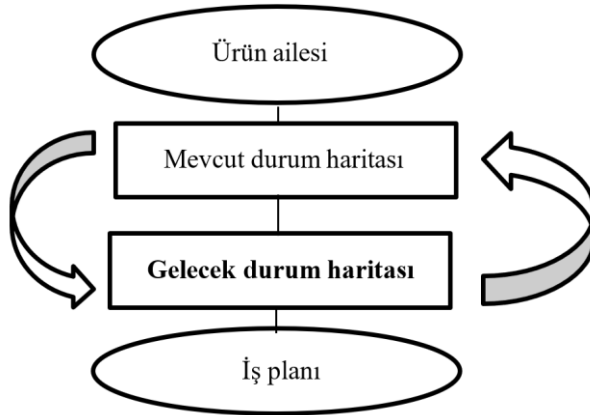
Tablo 4. Mevcut Durum Haritasında Ortaya Çıkan İsrarlar

İsraf	Örnek
Bekleme	Muayene odaları önünde bekleme Radyoloji birimi ve kayıt kısmında bekleme Kan alma biriminde ve kayıt kısmında bekleme Laboratuvar sonuçlarını bekleme Sonuçlar çıktıktan sonra muayene odası önünde bekleme Sistemde oluşan arıza kaynaklı bekleme
Hareket	Numune örneklerinin taşınması.
Hatalar	Hatalı tetkik/tahlil sonuçları Hastanın yanlış yönlendirilmesi Bilgi girişinde yapılan hatalar

3.2. Gelecek Durum Haritası

Gelecek durum haritası mevcut durum haritasının bir kopyası gibidir ve Şekil 2’de gösterildiği gibi etkileşim halindedirler. Mevcut durum haritasında iyileştirme yapılması gereken unsurlar tespit edilmektedir. Yapılacak olan iyileştirmeler tespit edildikten sonra gelecek durum haritası oluşturulmaktadır. Sonunda elde edilen gelecek durum haritası aslında sürekli iyileştirilmesi gereken bir mevcut durum haritası şeklindedir (Wolniak ve Zasadzien, 2014).

Şekil 2. Değer Akış Haritalama Süreci



Kaynak: Rother ve Shook (1999: 57)

Şekil 1’deki mevcut durum haritası incelendiğinde, verilen hizmetin değer akışında 44,5 dakika değer katan faaliyet (C/T) olduğu hesaplanmıştır. Toplam değer katmayan faaliyet (W/T) süresi 235 dakika ve hastaların sistem içerisinde geçirdiği toplam süre de (L/T) 279,5 dakika olarak hesaplanmıştır. Dolayısıyla değer akışı %84,08 oranı ile değer katmayan faaliyetlerden oluşmaktadır.

Bu çalışmada oluşturulacak olan gelecek durum haritasının amacı, değer katmayan faaliyetleri yani meydana gelen israfları ortadan kaldırmak ya da en aza indirmektir. İsrarların en aza indirilebilmesi için kan alma biriminde, kan alma sekreterliğinde ve röntgen biriminde yapılan iyileştirmeler sonucunda hasta bekleme sürelerinde kısaltmaların meydana geleceği öngörülmektedir. Yapılan bu iyileştirmeler Şekil 3 gelecek durum haritasında ayrıntılı olarak gösterilmiştir. Gelecek durum haritası oluşturulurken ilgili birimlerdeki kişilerin görüşleri alınarak aşağıdaki çözüm önerileri getirilmiştir.

Dahiliye polikliniğinden yapılan istemlerin en çok laboratuvar tahlilleri olduğu bir yıl içinde yapılan hasta istem sayısının hesaplanmasıyla tespit edilmiştir. Bu nedenle hasta akışı yoğunluğu kan alma sekreterliği ve kan alma birimine daha fazla olmaktadır. Kan alma sekreterliğinde tespit edilen problemin sekreter ve bilgisayarın yetersiz olmasından kaynaklı olduğu tespit edilmiştir. Kan alma birimi sekreterliğinde bulunan sekreter ve bilgisayar sayılarının artırılmasının gerekliliği ve sayının 2

sekreter ve 2 adet bilgisayara çıkarılması durumunda hasta bekleme süresinin yarı yarıya azalacağı öngörülmüştür. Sekreterlik önünde oluşan kuyruğun ve bekleme süresinin azalması hasta memnuniyetinin de artmasını sağlayacaktır.

Kan alma biriminde bulunan 4 adet kan alma koltuğunda 3 tane hemşire görev almaktadır. Bu birimde boş kalan 1 adet kan alma koltuğuna 1 hemşirenin daha görevlendirilmesi sayesinde hastaların bekleme süresinin azalacağı öngörülmüştür. Bu birimde yapılması düşünülen diğer bir iyileştirme pnömatik cihazının sekreterlik kısmından kan alma birimi içine alınması olacaktır. Numuneler alındıktan sonra gereksiz hareket olan sekreterliğe kadar yürüme mesafesinin ortadan kaldırılmasıyla beraber numunelerin laboratuvara daha kısa sürede ulaşması sağlanacaktır. Buna bağlı olarak tahlil sonuçlarının çıkma süresi kısaltacak ve bekleme süresinde azalma sağlanacaktır.

Radyoloji bölümünün röntgen biriminde hasta hazırlığı için bulunan 1 adet kabine 1 adet daha kabin eklenmesi ile hasta bekleme süresinin ve birim dışında oluşan hasta kuyruğunun da azalacağı belirlenmiştir. Hasta hazırlığı röntgen birimi için önemlidir çünkü hasta üzerinde çekim yapılacak bölgede metal herhangi bir materyalin bulunmaması gereklidir. Hazırlık yapılmadan gerçekleştirilen çekimler tekrar edilmekte ve bu da zaman israfına yol açmaktadır. Bu yüzden kabin sayısının artırılması röntgen birimi için önemli bir iyileştirme olacaktır. Bu birim için bir diğer iyileştirme hastaların sıra beklerken hangi sırada oldukları, isimlerinin görünüp görünmediği, kaç kişi sonra çekim odasına alınacakları gibi zaman israfına neden olan ve röntgen teknisyen/teknikerinin işini yapmasını yavaşlatan gereksiz soruları ortadan kaldırmak için bir hasta çağırma monitör sistemi kurulmasıdır. Bu sistem kurulduğunda hastaların gereksiz soruları ortadan kalkacak ve bu sayede röntgen biriminde geçirdikleri süre de kısaltacaktır.

Gelecek durum haritası ile laboratuvar sonuçlarının bekleme süresinin, 190 dakikadan 150 dakikaya inebileceği, 40 dakika iyileştirme sağlanabileceği, kan alma sırasında da bekleme süresinin 20 dakikadan 10 dakikaya inebileceği öngörülmektedir. Bu iyileştirmeler sonucunda tahlil sonuçlarını bekleme süresi mevcut durum haritasındaki $190+20=210$ dakikadan gelecek durum haritasında $150+10=160$ dakikaya indirilebileceği ve %23,8 oranında bir iyileştirme sağlanabileceği öngörülmektedir.

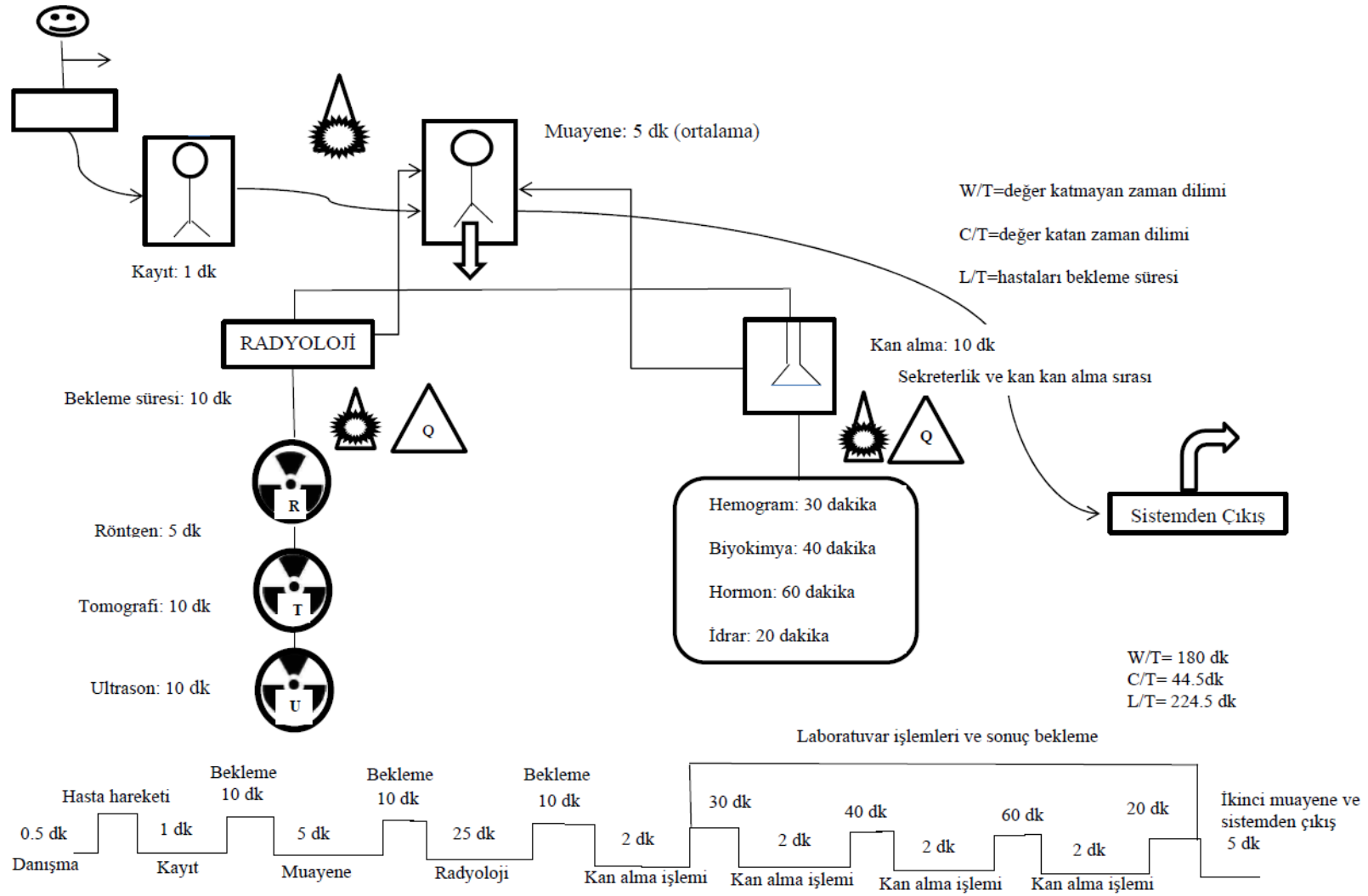
Röntgen biriminde yapılan iyileştirmeler sonucunda hasta bekleme süresinin 20 dakikadan 10 dakikaya inebileceği gelecek durum haritasında öngörülmektedir. Burada gerçekleştirilen iyileştirme oranı %50 olarak hesaplanmıştır.

Mevcut durum haritasında 235 dakika olan değer katmayan faaliyetler, gelecek durum haritasına bakıldığında 180 dakika olarak hesaplanmıştır. Yapılan toplam iyileştirme 55 dakikadır ve %23,4 oranındadır.

IV. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yalın üretim ve yönetim araçlarının sağlık sektöründeki israfları azaltma amacıyla kullanılması hastaların bekleme sürelerini azaltmayı sağlayabilecek, bu da hastane içinde beklemeleri, yığılmaları ve sistem içerisinde geçirilen toplam süreyi azaltarak hasta memnuniyetini artırmaya katkıda bulunacaktır. Bu çalışmada bir devlet hastanesinin dahiliye biriminde bir yalın üretim aracı olan değer akış haritalama tekniği kullanılarak hastaların bekleme sürelerini azaltabilecek önerilerde bulunmak amaçlanmıştır. Bu amaç için ilgili birimlerden veriler toplanmış, mevcut durum haritası ile değer katmayan faaliyetler tespit edilmiştir. Bu faaliyetlerin nasıl düzenleneceği ve elimine edilebileceği ile ilgili gerekli birimlerin görüşleri dikkate alınarak önerilerde bulunulmuş ve bu doğrultuda gelecek durum haritası çizilmiştir. Kan alma sekreterliği, kan alma birimi ve röntgen biriminde yapılan iyileştirmeler neticesinde 235 dakika olan hastaların bekleme sürelerinin 180 dakikaya indirilebileceği ve %23,4 oranında bir iyileştirme sağlanabileceği belirlenmiştir. Bu sayede değer katan faaliyet sürelerinde herhangi bir değişiklik olmadan bekleme sürelerindeki iyileştirme ile mevcut durumda 279,5 dakika olan hastaların sistem içerisinde geçirdikleri sürenin ise 224,5 dakikaya indirilebileceği ve %19,6 oranında bir iyileştirme sağlanabileceği tespit edilmiştir.

Şekil 3. Gelecek Durum Haritası



Yapılan bu uygulama sonucunda literatürde pek çok örnekte (Jimmerson vd., 2004; Womack vd., 2005; Kent, 2008; Lodge ve Bamford, 2008; Aytaç, 2009; Doğan, 2011; Graban, 2011; Özen, 2015; Yılmaz vd., 2017) olduğu gibi yalın üretim felsefesi ve araçlarının sağlık sektörüne uygulanması ile israfların azaltılabileceği, hasta bekleme sürelerinin azaltılabileceği bu sayede hasta memnuniyeti ve verilen hizmet kalitesinin artırılabilceği ortaya konmuştur.

Bu çalışmanın kısıtı bir ilçedeki devlet hastanesinin sadece dahiliye biriminin ele alınmış olmasıdır. Prosedürler, iş yapma tarzları hastaneden hastaneye, hatta bir hastane içindeki farklı birimlerde değişiklik gösterebilir. Bu açıdan gelecekteki çalışmalarda, diğer birimleri de ele alan kapsamlı çalışmalar yapılabilir. Hastanenin farklı birimleri için belli periyotlarda mevcut durum haritaları çizilip nerelerde iyileştirmeler yapılabileceğini tespit etmek ve buna göre gelecek durum haritaları oluşturup bunları uygulamak sürekli iyileştirmenin bir gerekliliği olarak hayata geçirilebilir.

Değer Akış Haritalama, mevcut durumun fotoğrafını çekmeyi ve gelecekte olması istenen durumu resmetmeyi sağlayan bir nitel bir araçtır. Her ne kadar bekleme süreleri, işlem süreleri gibi nicel değerler hesaplınsa ve mevcut ile gelecek durum arasında ne oranda iyileştirme olabileceği hesaplınsa da bu değerler genel bir fikir vermek içindir. Dolayısıyla önerileri hayata geçirmeden önce bir fayda maliyet karşılaştırması yapmak yerinde olur. Bu amaçla da daha detaylı bir analiz için mevcut durum ve gelecek durumun simülasyon modelleri kurularak bunların karşılaştırılması daha isabetli nicel sonuçlar verecektir. Gelecekteki çalışmalarda simülasyon yönteminden de faydalanılabilir.

KAYNAKLAR

- Aytaç, Z. (2009). *Hastanelerde yalın yönetim sistemleri*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Teknik Üniversitesi, İstanbul.
- Decker, W. W. & Stead, L.G. (2008). Application of lean thinking in health care: a role in emergency departments globally. *International Journal of Emergency Medicine*, 1(3), 161–162.
- Doğan N. Ö. (2011). *Sağlık sektöründe etkinliğin iyileştirilmesi: bir yalın üretim uygulaması*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Graban, M. (2011) *Yalın hastane*. Çeviri: Pınar Şengözer, İstanbul: Optimist Yayınları.
- Jimmerson, C., Weber, D. & Sobek, D.K. (2004). Reducing waste and errors: piloting lean principles at intermountain healthcare. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 31(5), 249-257.
- Kağncıoğlu, H., Aydın, S., Hasgöl, S. & Anagün, S. (2012). *Üretim yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Kent, A. (2008). Leaning towards efficiency: a Georgia medical center introduces lean processes to streamline workflow. *Health Management Technology*, 29 (4), 20–23.
- Krajewski, L. J. R., Malhotra, M.K., & Ritzman, L.P. (2018). *Operations management: processes and Supply chains*. 11th Ed. New Jersey: Pearson Prentice–Hall.
- Liker, J.K. (2004), *Toyota tarzı: 14 yönetim ilkesi*. Çev. Ümit Şensoy. İstanbul, Optimist Yayınları.
- Lodge, A. & Bamford, D. (2008). New development: using lean techniques to reduce radiology waiting times. *Public Money and Management*, 28 (1), 49–52.
- Meyers, F.E. & Stewart, J.R. (2002). *Motion and time study for lean manufacturing*. Prentice Hall.

- Özen, İ. (2015). Yalın düşünce uygulaması: hastanelerde değer katmayan faaliyetlerin ortadan kaldırılması. *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*, 11(44), 205-219
- Rother, M. & Shook, J. (1998). *Learning to see*. Brookline, Massachusetts: The Lean Enterprise Institute Inc.
- Rother, M. & Shook, J. (1999). *Değer yaratmak ve israfı (muda) ortadan kaldırmak için değer akışı haritalandırma*. Brookline, MA: The Lean Enterprise Institute.
- Sarkar, D. (2007). *Lean for service organizations and offices: a holistic approach for achieving operational excellence and improvements*. ASQ Quality Press.
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428.
- Seth, D. & Gupta, V. (2005). Application of value stream mapping for lean operations and cycle time reduction: an indian case study. *Production Planning and Control*, 16(1), 44-59.
- World Health Organization (WHO). (2010). <http://www.who.int>
- World Health Organization (WHO). (2020). *Q&A on coronaviruses (COVID-19)*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>.
- Wolniak, R. & Zasadzien, B.S. (2014). The use of value stream mapping to introduction of organizational innovation in industry. *Journal Of Metalurgija*, 53(4), 709-712.
- Womack, J. P. & Jones, D. T (1996), *Lean thinking: banish waste and create wealth in your corporation*, New York: Simon and Schuster.
- Womack, J.P., Byrne, A.P., Fiume, O.J., Kaplan, G.S. & Toussaint,J., (2005). *Going lean in healthcare*, IHI Calls to Action Inovation Series 5, White Paper
- Womack, J.P. & Jones, D.T. (2017), *Yalın düşünce*. Çev. Oygur Oymak. İstanbul: Optimist Yayınları.
- Yıldız, S. & Yalman, F. (2015). Sağlık işletmelerinde yalın uygulamalar üzerine genel bir literatür uygulaması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1(1), 5-20.
- Yılmaz, M., Alıcı, H. & Karaman, M. (2017), Sağlık kurumlarında israf giderme yöntemleriyle yalın düşünce. *İÜ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 1-16.
- Yurdugül, U. (2010), *Değer akış haritalandırma yöntemi ve bir uygulama*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Teknik Üniversitesi, İstanbul.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

**DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ BELİRLENMESİ:
KARMA YÖNTEM ARAŞTIRMASI ¹**

Kubilay ÖZER *
Şebnem ASLAN **

ÖZ


Dünyada değişen ekonomi politikaları çerçevesinde sağlık politikaları ve sistemleri de zaman içerisinde değişmektedir. Geçtiğimiz 15-20 yıla baktığımızda ülkemizde sağlık alanında kapsamlı değişimler yaşandığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin hasta merkezli ve kanıta dayalı tıp modelleriyle verilmeye başlanması, hasta-hekim ilişkisini alışılmadık dışına taşımıştır. Siyasi söylemler, hasta haklarındaki gelişmeler, Türk Ceza Kanunundaki değişiklikler, zorunlu mesleki hekimlik sigortasının hayata geçirilmesi ve basının olumsuz tutumu malpraktis davalarının sayılarını artırarak, tazminat tutarlarında hekim gelirleriyle orantısız artışlar oluşturmuştur. Bu ortamda hekimlerin kendilerini koruma güdüsü ile defansif tıp uygulamalarına yöneldiği görülmektedir. Araştırmada defansif tıp uygulamalarının derinlemesine araştırılması amaçlanmıştır. Çalışma, kesitsel, tanımlayıcı, nicel ve nitel yaklaşımların bir arada kullanıldığı karma yöntemle yürütülmüştür. Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan anket ve derinlemesine görüşme formları ile toplanmıştır. Haziran 2018- Ocak 2019 tarihlerinde aşamalı olarak yürütülen çalışmada 253 hekimle anket, 30 hekimle derinlemesine görüşme yapılmış ve derinlemesine görüşmelerde 596 hasta dosyası defansif uygulamalar kapsamında doküman incelemesine tabi tutulmuştur. Verilerin analizinde SPSS 13.00, Rqda ve Excel programları kullanılmıştır. Araştırmanın nicel bölümünde hekimlerin defansif tıp uygulamalarına yönelik tutumlarının yüksek olduğu görülmektedir. Seçilen iki parametrede laboratuvar istemlerinde tutum puanının %40,3 uygulama oranının %10,6; görüntüleme ise tutum puanının %37,9 uygulama oranının %14,20 olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin defansif tıp uygulamaların yönelik tutumlarının çok yüksek olduğu ancak yüksek tutumun uygulamalara henüz düşük oranda yansıdığı sonucuna varılmıştır. Derinlemesine görüşmelerde poliklinik önündeki yığılma, kargaşa ve hasta yoğunluğunun hekimleri defansif tıp uygulamalarına yönelttiği belirlenmiştir. Ayrıca defansif tıp uygulamaların hekimlik mesleğinin rutininde yeni tedavi protokolü olarak yer aldığı sıklıkla ifade edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Defansif tıp, malpraktis, laboratuvar, görüntüleme, tetkik

MAKALE HAKKINDA

¹Bu çalışma Kubilay ÖZER'in "Defansif Tıp Uygulamalarına İlişkin Hekim Görüşleri Ve Maliyetin Belirlenmesi" isimli Doktora tezinden üretilmiştir.

*Dr. Öğretim Üyesi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, kubilayozer@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4043-5047>

**Prof. Dr. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, sebnemaslan27@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2135-242X>

Gönderim Tarihi: 16.06.2020

Kabul Tarihi: 02.11.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Özer, K. & Aslan, A. (2020). Defansif tıp uygulamalarının belirlenmesi: karma yöntem araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 639-664

DETERMINATION OF DEFENSIVE MEDICINE APPLICATIONS: MIXED METHOD RESEARCH ¹

Kubilay ÖZER *
Şebnem ASLAN **

ABSTRACT

When economic policies change in the world, health policies and health systems systems also change. When we look at the past 15-20 years, it is seen that there are extensive changes in the field of health in our country. The introduction of health services with patient-centered and evidence-based medicine models has taken the patient-physician relationship beyond the ordinary. Political discourses, developments in patient rights, changes in the Turkish Criminal Law, the implementation of compulsory occupational health insurance and the negative attitude of the press have increased the number of cases of malpractice, making disproportionate increases in compensation amounts with physician income. In this environment, it is seen that physicians tend to defensive medicine practices with the motivation to protect themselves. In the research, it was aimed to investigate defensive medicine applications in depth. The study was designed as a mix that used cross-sectional, descriptive, quantitative and qualitative approaches together. The data were collected through questionnaires and in-depth interview forms created by the researcher in line with the literature. In the study carried out gradually between June 2018 and January 2019, a survey was conducted with 253 physicians, and in-depth interviews with 30 physicians, and 596 patient files were subjected to document analysis within the scope of defensive applications. SPSS 13,00, Rqda and Excel programs were used to analyze the data. In the quantitative part of the study, it is seen that physicians have high attitudes towards defensive medicine practices. In the two parameters selected, it was determined that the attitude score in laboratory requests was 40.3%, the application rate was 10.6%, and in imaging, the attitude score was 37.9%, and the application rate was 14.20%. It was concluded that physicians' attitudes towards defensive medicine practices were very high, but high attitudes were reflected in practice at a low rate, yet. In in-depth interviews, the accumulation in front of the outpatient clinic, turmoil and patient density has led physicians to defensive medicine practices. It has also been frequently stated that defensive medicine practices are included in the routine of the medical profession as a new treatment protocol.

Keywords: Defensive medicine, malpractice, laboratory, imaging, examination

ARTICLE INFO

¹This study was produced from Kubilay ÖZER's PhD thesis entitled "Physician Views on Defensive Medicine Practices and Determination of Cost".

* Dr. Faculty Member, Karamanoğlu Mehmetbey University Faculty of Health Sciences, kubilayozer@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4043-5047>

** Prof. Dr. Selcuk University Faculty of Health Sciences Health Management Department, sebnemaslan27@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2135-242X>

Received: 16.06.2020

Accepted: 02.11.2020

Cite This Paper:

Özer, K. & Aslan, A. (2020). Defansif tıp uygulamalarının belirlenmesi: karma yöntem araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4): 639-664

I. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin mutlaka karşılanması gereken sosyal hizmet olması ekonomik kuralların ve ilkelerin sağlık sektörü için geçerli olmayacağı pek çok tartışmanın konusudur. Sağlık sektörü doğası gereği sağlık personellerinin kendilerine verilen kaynakları kullanırken nasıl davrandıkları ve niye öyle davrandıklarının anlaşılması pek de kolay anlaşılammaktadır (Çelik, 2016).

Son zamanlarda nüfusun artması, şehirleşme, kalkınmışlık ve hastalıkların çeşitlenmesi sağlığa olan talebi arttırmış, sağlık hizmetlerine olan yoğun talebin beklentileri karşılamaındaki güçlükler hoşnutsuzlukları da beraberinde getirmiştir. Bunun yanı sıra toplumdaki bilinçlenme ve hak arama çabaları sağlık sektöründeki davalarda artışa yol açmıştır (Doğan, 2007).

Dünya’da hekimler ve sağlık kuruluşları aleyhine açılan davalar nedeniyle hekimlerin kendilerini korumak üzere uygulamalar geliştirdiği, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde 1970’li yıllarda akademik ve hukuki sahada yeni uygulamaların Defensive Medicine (Defansif Tıp) ismiyle tartışılmaya başladığı görülmektedir (Chang, 1991). Daha çok sağlık sistemi gelişmiş ülkelerde tartışılan Defansif Tıp (DT) ülkemizde 2000’li yıllardan sonra Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile yapılan bir dizi sağlık reformu ile zemin bulmuş ve 2005 yılında Türk Ceza Kanununda (TCK) yapılan yeni düzenlemelerle dikkat çeken bir konu haline gelmiştir. Özellikle 2010 yılında zorunlu mesleki hekimlik sigortasının hayat bulması, tıbbi malpraktis iddiaları nedeniyle yüksek tazminat istenen dava sayısındaki artışa yol açmıştır. Son yirmi yılda yaşanan gelişmelerin akademik ve profesyonel sahada DT’ye ilginin artarak tartışılmasına neden olduğu görülmektedir (Aydaş, 2014; Selçuk, 2015).

DT kavramı, hekimlerin dava edilebilme endişesi ile tetkik, konsültasyon ve çeşitli uygulamaları gereksiz yere istemesi veya kendisine başvuran riskli hastalardan kaçınması şeklinde tanımlanmaktadır (Aynacı 2008). Uygulamaya ilişkin diğer tanımlardan birine göre DT, hekimlerin kanıta dayalı uygulamalar içerisinde hareket ederken tıbbi uygulama hatası ve davadan korunma maksadıyla olağan tıbbi uygulamalardan sapmasıdır (Kesler ve Mc Clellan, 1996). Bir diğeri ise tanı ve tedavi ile ilgili uygulamaların hastadan ziyade, hekimin kendisi için yapılması şeklindedir (Hermer ve Brady, 2010).

Sağlık hizmetlerine olan talebin yükselmesi, hasta hekim ilişkilerinde karşılıklı önyargular, basın yayın organlarının malpraktis davalarını önemsemesi, hekimin davalık olma endişesi, DT uygulamaların nedenleri arasında yer almaktadır (Hancock, 2006). Oysaki hekimlerin temel görevi, sağlık hizmetlerini hukuk ve tıp etiği çerçevesinde yürütmektir. DT uygulamaları bu iki kritere de uymamakta, hasta yararından ziyade, hekim yararı ön plana çıkmaktadır (Yılmaz, 2012). Hekimliğin etik değerleriyle çelişen işlemleri belirlemek çoğu zaman problemlili bir konudur. Tedavi standartlarını belirlemenin güçlüğü yanında, DT uygulamalarının farklı kişiler tarafından farklı vakalarda farklı yollarla yapıldığının ve tespitinin güçlüğünü ortaya koymaktadır. Aynı hastalık ve sağlık sorunu için hekimler farklı görüşlere sahip olabilmektedirler (Hakeri, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü’nün yaklaşımına göre, insanların sosyal, psikolojik ve biyolojik iyilik durumlarından vatandaşı oldukları ülkelerin sağlık politikası ve sağlık düzeni sorumludur (WHO, 2018). Ülkemiz açısından durum değerlendirildiğinde ise diğer ülkelerde olduğu gibi, bireylerin sağlığı ve sağlık düzeninden devletin sorumlu olduğu görülmekte, bu durum Türkiye Cumhuriyeti Anayasasında da yer bulmaktadır. Anayasa’nın 56’ncı maddesinde herkesin sağlıklı yaşama hakkının olduğuna vurgu yapılarak sorumluluğun devlete ait olduğu, 58’nci maddesinde gençlerin sağlığa zarar verici maddelerden korunması yönünde tedbirler alınması, 59’ncü maddede tüm sporun teşvik edilmesi ile vatandaşlarımızın beden ve ruh sağlığının korunması, 61’nci maddesinde şehit, malul ve gaziler ile dul ve yetimlerin hayat seviyelerinin sağlanması gerektiği belirtilmiştir (Giray ve Çimen, 2018; Resmi Razete, 1982).

1.1. Defansif Tıp Uygulamalarının Dinamikleri

Ülkeler ekonomik ve politik iklimlerine göre sağlık hizmetlerini vatandaşlarına anayasal bir hak olarak sunmaktadırlar. Politik zeminde sunulan bu haklar hasta hekim ilişkisini düzenlemektedir (Tecim, 2018). Sağlıklı bir toplumun oluşturulması ya da mevcut sağlıklı ortamın devamının sağlanması bir anlamda bu politize edilmiş hasta hekim ilişkisinin nitelikleriyle yakından ilgilidir (Cirhinlioğlu, 2016). Hekim hasta ilişkisinin işleyebilir ve iyi düzenlenmesi kapsamında yapılacak tüm yasal düzenlemelerin temeli, sağlık çalışanları ile hasta ve yakınlarının kendini güvende hissettiği dengeli, ekonomik, sürdürülebilir bir atmosfer oluşturmaktır (Çelik, 2016; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2015).

DT konusuyla ilişkisi olan uygulamaların son yirmi yılda aşama aşama ortaya çıkan düzenlemelerle gerçekleştiği görülmektedir. 2002 yılından sonra uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programında (SDP) hasta-hekim ilişkileriyle sistemin yeniden düzenlenmesine yönelik bir dizi yasal düzenleme barındırmaktadır. DT uygulama dinamiklerine aşağıda üç başlık altında toplanarak değinilecektir.

a. Sistemsel Dinamikler

Ülkemizde 2005 yılında sağlık çalışanlarına verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu özendirilerek, yumuşak bir geçişle bir yandan kurumsal performans ölçümü çalışmaları başlatılırken, diğer yandan Sosyal Güvenlik Kurumu Bütçe Uygulama Talimatında paket işlem fiyatı uygulanmaya konulmuştur. 2007 yılında performans sistemi bütün devlet hastanelerinde uygulanmaya başlanmıştır. Paket işlem fiyatıyla hekimlerin olası performans kaygıları nedeniyle gereksiz tıbbi istemlerin önüne geçilmesi hedeflenmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumunun hastalığın durumu ve kliniğe göre paket fiyatı uygulaması paket fiyat aşımında negatif DT uygulamalarına, paket sınırının olmadığı durumlarda pozitif DT uygulamalarına yol açabileceğine değinilmektedir (Aydın, 2011; Beylik vd., 2015).

Yataklı sağlık kurumlarında dönüşümlü olarak çalışılan birimlerinde yaşanan yoğunluk, iletişim kopmalarını neden olmaktadır. İletişim eksikliğinden önceki hekimin yaptığı işlemlerle ilgili tam olarak bilgi sahibi olunmaması nedeniyle, eksik yapıldığı düşünülen girişim ve tetkiklerin yeniden istenmesi (Cervellin, 2015), sonuçları geç çıkabilecek tetkiklerin önceden talep edilmesi (Aydaş, 2014), konsültan hekimlerin isteyeceği tetkik ve istemleri öngörerek istemler yapılması (Selçuk, 2015), hatta bazı durumlarda sonraki hekimin eleştirisine maruz kalmamak için hastaların sevk edilmesi (Hakeri, 2012) DT'ye yol açmaktadır.

Hekimler görevlerini yaparken hukukun izin verdiği ölçüde tedavi işlemlerini yürütmekte olup sağlık sistemi ve sağlık kurumunun işletilmesinden sorumlu değildir (Sert, 2015). Sağlık kurumuna tedavi amacıyla gelen hastalar ise genel olarak hekimlerin idari işler konusunda söz sahibi olduğunu düşünerek olumsuzluklardan hekimleri sorumlu tutmaktadır. Zaman zaman sağlık kuruluşlarında hasta-sağlık çalışanı arasında anlaşmazlıklar, yanlış anlaşılmalarda olduğu görülmektedir (Aynacı, 2008). Basın yayın kuruluşlarının iyi niyetten uzak, haber değerini önceleyen tutumu, henüz kesinleşmemiş sağlık haberlerinin "sağlıkta skandal" başlığı altında abartılarak sunmasıyla birleşince; basın-yayın kuruluşlarının etkisinde kalan toplumun belli kesimleri, sorgulama gereği bile duymadan hekimlere hukuksal ve fiziksel zorlamalarda bulunabilmektedir (Ovalı, 2010).

b. Hekime Bağlı Dinamikler

Hasta hekim ilişkisi bakımından en önemli aktörlerden biri hasta ise diğeri hekimdir ve hekim merkezi konumda yer almaktadır. Verilerin toplanması, teşhis ve tedavi planının yapılmasında anahtar role sahip olan hekimler (Alexander vd., 2012) DT dinamiklerinden önemli bir kısmında etkili olmaktadır (Aynacı, 2008). Hekimlerin içinde bulunduğu bütün şartlardan bir kısmını oluşturan yargılanma korkusu, maddi çıkar dürtüsü, ünlenme ve kusursuz olma çabası DT uygulamalarının hekim tarafındaki dinamiklerini oluşturmaktadır (Goold ve Lipkin, 1999).

c. Hastaya Bağlı Dinamikler

Sağlık hizmetlerinin hasta merkezli verilmesi hastanın bu ilişkideki rolünü anahtar pozisyonuna getirmiştir. Hastaların bedensel, ruhsal, dinî, etnik, kültürel, sosyo-ekonomik statüsü, eğitim düzeyleri ve tıbbi geçmişlerindeki farklılık ve eşitsizlik tutumsal çeşitliliğe yol açmaktadır. Sayılan değişkenler hasta hekim ilişkisinde karmaşıklığı beraberinde getirmektedir. Bu nedenle öğretilerde hastalık yoktur hasta vardır söylemiyle sık sık karşılaşılmaktadır (Gittelsohn, 2014; Nasrallah, 2010). DT uygulamalarının dinamikleri arasında hasta etkin rol oynamaktadır. Bu dinamikler iletişim bozuklukları, eşitler arasında olmayan ilişki ve şiddet gelmektedir (Aydaş, 2014).

1.2. Defansif Tıp Uygulama Şekilleri

DT uygulamaların tespiti ve tanımını yapmak bir hayli güç olmakla birlikte literatür incelemelerinde uygulamaların farklılık gösterdiği, birden fazla olabileceği gibi hekimin içinde bulunduğu tüm durumlardan etkilenebileceği göz önünde bulundurularak iki merkezde toplandığı yönündeki bulgular ağır basmaktadır. Bu bağlamda DT uygulamalarının iki ana çerçevede pozitif ve negatif DT terimleri kullanılarak değerlendirilmesi genel kabul görmektedir (Aynacı, 2008; Catino, 2011).

a. Pozitif Defansif Tıp (Güvence Davranışı)

Hekimin ihtiyaç olmadığı halde fazladan uygulamalara yönelmesidir. Gereğinden fazla laboratuvar, görüntüleme tetkiki ve konsültasyon isteme, kayıtları daha detaylı tutarak hasta ve yakınlarına gereğinden fazla zaman ayırma, girişimsel olmayan işlemlere yönelme, tedavi sonrası takipleri artırma, müşteri memnuniyeti faaliyetlerinin geliştirilmesi olarak sayılmaktadır (Aydaş, 2014; Catino, 2011; Saruhan vd., 2018).

b. Negatif Defansif Tıp (Kaçınma Davranışı)

Gerekli olan işlemleri yapmama, riski yüksek tanı ve tedavi yöntemlerini uygulamaktan kaçınma yoluyla gerçekleşir. Komplikasyon riski yüksek tedavi yöntemlerinin uygulanmasından kaçınma, dava etme olasılığı yüksek ve kompleks medikal problemleri olan hastaları kabul etmeme, şiddete eğilimli hasta ve yakınlarından çekinme, riskli hastaları sevk etme uygulamaları başlıca negatif DT davranışlarıdır (Aynacı, 2008; Chen ve Yang 2014; Selçuk, 2015).

1.3. Defansif Tıp Uygulamalarının Hekimlere ve Hastalara Etkileri

DT uygulamalarının hastalar ve hekimler üzerinde farklı etkileri bulunmaktadır. Hekimlerin ülkemizde malpraktis riski ve dava edilme endişesi ile hastaya daha fazla zaman ayırabilmekte, hastalığın alternatif yöntemleri ve riskleri konusunda fazladan bilgi vermektedir. Hastalar için memnuniyet ve tatmin düzeyine olumlu yönde katkıda bulunmaktadır (Selçuk, 2015). Hasta memnuniyetindeki artış hekimler tarafından mesleki ve ekonomik tatmin düzeyini artırmaktadır (Studdert vd., 2005).

Bilgi verme yönündeki bu tutum iyi yönetilmediği bazı durumlarda hekim-hasta iletişimi bozulabilmekte karşılıklı anlaşmazlıklar yaşanabilmektedir. Bu noktada ne yapabileceği kestirilemeyen, duygusal ve talepkâr davranan bazı hastaların hekimleri DT yönlendirdiği görülmektedir (Mello vd., 2010). Zaten iş yükü fazla olan hekimlerin belli hastalara gereğinden fazla zaman ayırması diğer hastaların hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. İş gücü kaybı ve maliyet artışlarına sebep olmaktadır (Aynacı, 2008).

Hekim hasta ilişkisinin yoğunlaştığı benzer durumlarda hekimlerin tedavisini üstlendiği aynı konulardaki şikâyetlerini yineleyen hastaları reddettikleri durumlar görülmektedir. Bu duruma tedavinin zor ve karmaşık olmasının eşlik etmesi ile hekimler, itaatsiz hastalardan kaçınarak sevk edebilmektedir. Böyle durumlarda hastanın dava açma olasılığı artmaktadır (Studdert vd., 2005).

Aydınlatılmış onamlar anlayacağı bir dilde hastaya anlatılarak okumasına zaman tanınmalı ve kayıt altına alınması sağlanmalıdır. Yargıtay'ın, komplikasyon olarak kabul ettiği ancak, aydınlatılmış onam alınmadığı için hekimin sorumlu tutulması gerektiğine dair kararı (13. Hukuk Dairesi, E. 2008/4519, K. 2008/10750, T. 18.09.2008) bulunmaktadır (Akbaba ve Davutoğlu, 2016)

DT nedeniyle hastalara fazladan görüntüleme tetkiklerinin uygulanması bazı ölümcül veya kronik hastalıkların erken teşhis edildiği durumlar söz konusu olabilmektedir. Ancak ABD'de fazladan görüntüleme yöntemlerine başvurulması kanser vakalarında, başka bir kanserden ölme konusunda etkili olduğu çalışmalardan anlaşılmaktadır. ABD'de gereksiz yere kullanılan Bilgisayarlı tomografinin (BT) yılda fazladan 500 kanser olgusundan sorumlu olduğu ve toplam kanser vakalarının % 1,5-2'sine neden olduğu bildirilmektedir (Cankorkmaz vd., 2009; Selçuk, 2015; Williams, 2011).

Günlük tıp pratiğinde hastalar tarafından çok talep gören radyolojik tetkiklerin tehlikeleri hakkında bilinç düzeyini ölçmeye yönelik Güdük ve diğerleri (2018) yaptıkları çalışmada radyolojik tanı ve tedavi işlemleri uygulanan hastaların işlemler hakkında bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve bilgilerini medyadan dolayı yollarla elde ettiklerini belirlemişlerdir. İstemi yapan hekim ve işlemi yapan personelin hastaları yeterince bilgilendirmediklerini tespit etmişlerdir (Güdük vd., 2018). Cankorkmaz ve diğerleri (2009) Stajyer hekimlerin hastalara radyolojik tetkiklerde maruz kaldıkları iyonizan radyasyon dozu hakkında bilgi düzeylerini araştırdıkları çalışmada, stajyer hekimlerin bu konuda bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu saptamaları dikkat çekici olarak tehlikenin boyutlarını göstermektedir (Cankorkmaz vd., 2009).

Radyolojik tetkikler kadar tehlikeli olmamakla birlikte temelde hasta beklentilerinin karşılanması, bilgi ve güven eksikliği nedeniyle fazladan laboratuvar tetkiklerine başvurulmasının bazı kronik hastalıkların teşhisinde ve tedavi sürecinde faydaları olabilmektedir. Gelişen teknoloji ile laboratuvarlar hastalık tanı ve tedavisinde önemli bir etkinliğe sahiptir (Terry, 2010). Tanı ve tedavilerde %70 oranında kararlara katkısı bulunmaktadır. Ancak laboratuvar testleri %95 güvenilirlikle hesaplanan referans aralığında sonuçları göstermektedir. Yani sağlıklı bir insanda %5 oranında sonuçların referans aralığı dışını çıkma ihtimali vardır (Blanckaert, 2010). Gereğinden fazla laboratuvar tetkiklerine müracaat etmek bu orana giren sağlıklı birey sayısını artırmaya neden olacaktır. Bu nedenle bireylerin strese girmesine, faydaların yanında gereksiz tedavi protokollerine, takip ve kontrol süresinin artmasına ve dolayısıyla maliyetlerin yükselmesine neden olabilmektedir (Greenberg ve Green, 2014). Ayrıca yatan hastalarda ve yoğun bakımlarda gereğinden sık tekrarlanan kan alınmalarının anemiye neden olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır. Bunların yanında maliyet artırıcı etkisi bulunan bu işlemlerden hekimler kaynakların verimli kullanılmaması yönünde idari ve mesleki yaptırımlarla karşılaşabilirler (Çuhadar ve Köseoğlu, 2014). Diğer bir araştırmada gereksiz istemde bulunan laboratuvar tetkiklerinin genel istemlere oranı %13,5 olarak hesaplanmıştır (Fidan, 2016).

DT fazladan ilaç yazılması ve gereksiz antibiyotik kullanımını artırmaktadır. Tebano ve diğerleri (2018), uluslararası düzeyde yürüttükleri çalışmada, katılımcıların %85'inin defansif nedenlerle antibiyotik reçete ettiklerini bildirmişlerdir. Antibiyotiklerin gelişigüzel ve sık kullanımına bağlı olarak bakterilerin etkilenmeyerek direnç oluşturması güncel bir sorun olarak görülmektedir. Türkiye OECD ülkeleri arasında en fazla antibiyotik tüketen ülkeler arasında yer almaktadır (OECD, 2018). Akılcı ilaç kullanımı ve farkındalık sempozyumunda (2014) aile hekimleri tarafından çocuklara yazılan her üç reçeteden birinin antibiyotik içerdiği bilgisi verilmiştir. Yanlış, gereksiz ve aşırı kullanımdan kaynaklı antibiyotik direnci gelecekte insan sağlığını olumsuz olarak etkilemesi eldeki verilere göre kaçınılmaz olacaktır (Soysal, 2014). Günümüzde antibiyotik kullanımının azaltılmasına yönelik etkin çalışmalar yürütülerek kullanım azalmaya başlamıştır. OECD raporuna göre önlem alınmadığı takdirde dünyada 2050 yılından sonra antibiyotik direnci nedeniyle her yıl 10 milyon kişinin hayatını kaybedeceği tahmin edilmektedir (OECD, 2018).

Dünyada yataklı tedavi kurumlarından hizmet alan her on hastadan birinin hizmete bağlı zarar gördüğü tahmin edilmektedir (Vural vd., 2014). Bütün dünyada hastaların hastaneye yattıkları süre

yanlış ilaç, yataktan düşme, hastane enfeksiyonu, yanlış beslenme, transfüzyon, yanlış taraf cerrahisine maruz kalma gibi bir takım risklere maruz kaldıkları araştırmalardan anlaşılmaktadır (Ardahan ve Alp, 2015; Null vd., 2005). Tıbbi hataların tahmin edilenden daha sık olduğuna dikkat çeken Ovalı (2010), uçağa binen bir kişinin kaza nedeniyle ölme riskini 1/1000000, sağlık kuruluşunda sağlık hizmeti alan kişinin zarar görme riskini 1/300 olduğunun belirterek bu riskin dağcılık yapan kişinin riskine eşit olduğunu bildirmiştir (Ovalı, 2010).

Hekimlerin riskli vakalardan korunmak için hastaları başka hekime veya sağlık kuruluşlarına sevk etmeleri bir takım komplikasyonların oluşmasına, en kötüsü zaman kaybı nedeniyle telafisi mümkün olmayan zararlara neden olabilmektedir. Ancak genellikle bir üst birime sevk işlemi gerçekleştiği için hasta için daha iyi sağlık hizmeti alacağı düşünülerek olumlu görülebilir. Her iki bakımdan defansif nedenlerle hastayı sevk etmek tıbbi etik dışı davranış olarak görülmektedir (Bilgin ve Küçükhasar, 2018; Selçuk, 2015).

DT uygulamalarında yağmurdan kaçarken doluya tutulmak olarak hicvedilen ikilem, hekimlerin davalardan korunmak için yaptıkları gereksiz uygulamalarla veya kaçınarak hastaya zarar vermek suretiyle hukuki davalarla yüzleşmesidir (Selçuk, 2015). Hekimlerin kasti olmayan davranışları sonucu oluşan malpraktis nedeniyle taksirden dava açılırken, bilinçli defansif uygulamalar nedeniyle kast sebebiyle suçlanacak ve daha ağır yaptırımlarla karşılaşabileceklerdir (Altun ve Yorulmaz, 2010).

Ülkemiz sağlık alanında 2003 yılından başlayarak bir dizi yapısal reformlarla değişiklikler olduğu gözlemlenmektedir. Değişikliklerin hekimleri ilgilendiren en önemli taraflarından biri malpraktis davaları, diğeri sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddet olaylarıdır. Bu nedenle, bu durumun hekimlerin tıpta uzmanlık tercihlerine yansıdığı görülmektedir (Ersoy, 2014; Öner, 2015). Hekimlerin branş tercihlerinin 2007-2017 yılları arasında aile hekimliği, acil tıp, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları, kardiyoloji, çocuk cerrahi, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum branşlarının taban puanlarının yıllar içerisinde düşüş trendine girdiği temel tıp bilimlerindeki branşlarda ise belirgin bir yükselme trendinin olduğu belirlenmiştir (Öztürk ve Gençtürk, 2018).

Batı (2015) son yıllarda tıpta uzmanlık tercihlerinin değiştiğini, TUS'ta ilk 100'e giren hekimlerden kadın doğum ve genel cerrahi branşlarının tercih edilmediğini en çok dermatoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, göz ve radyoloji branşlarını tercih edildiğini ve acil tıp, göğüs cerrahisi branşlarının boş kaldığına dikkat çekmiştir. Milletvekili Arık (2018) TBMM'de hiçbir hekimin mevcut şartlarda sorumluluk almak istemediğini "10 yıl sonra ameliyat yapacak cerrah bulamayacağız" şeklinde dile getirerek, sağlıktaki şiddet, medya haberleri ve malpraktis davaları nedeniyle kadın doğum, genel cerrahi ve beyin cerrahisi branşlarının artık tercih edilmediğini basın toplantısında dile getirmiştir (Arık, 2018).

Yüksek riskli branşlardan hastaya dokunulmayan ve riski düşük branşlara doğru TUS tercihlerindeki değişim ve branşlarda oluşan dengesizlik gelecekte sağlık hizmetinin sunumunda aksaklıklara neden olacağı bu eğilimlerin doğru analiz edilmesi ve gerekli tedbirlerin alınması gerekmektedir (Kaya vd., 2014).

1.4. Literatür Araştırması

Çalışmanın yapıldığı döneme kadar DT uygulamalarının araştırıldığı çalışmaların anketler yoluyla veri toplandığı, hekimlerin DT'ye yoğun olarak başvurduğunu görülmektedir. Literatür taraması sonucunda ulaşılan veriler yılı, ülke ve uygulama yaygınlığı parametrelerinde özetlenerek Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Literatürde Defansif Tıp Uygulamaları

Araştırmacılar	Yıl	Ülke	Yaygınlık
Tancredi ve Barondess	1978	ABD	% 70
Summerton	2000	İngiltere	% 90
Studdert vd.	2005	ABD	% 93
Hymaia vd.	2006	Japan	% 98
Massachusetts Medical Society	2008	ABD	% 83
Aynacı	2008	Türkiye	% 78,4
Catino ve Cellotti	2009	İtalya	% 77,9
O'Leary vd.	2012	ABD	% 96
Asher vd.	2012	İsrail	% 60
Moosazadeh vd.	2014	İran	% 99,8
He	2014	Çin	% 70
Başer vd.	2014a	Türkiye	% 70,3
Başer vd.	2014b	Türkiye	% 78,8
Selçuk	2015	Türkiye	% 84
Zhu vd.	2018	Çin	% 62,9
Özata vd.	2018a	Türkiye	% 67,3
Özata vd.	2018b	Türkiye	% 61,8

Kaynak: Tancredi ve Barondess, 1978; Summerton, 1995; Summerton, 2000; Studdert vd., 2005; Catino ve Cellotti, 2009; Hiyama vd., 2006; Massachusetts Medical Society, 2006; Asher vd., 2012; O'Leary vd., 2012; He, 2014; Moosazadeh vd., 2014; Zhu vd., 2018; Aynacı, 2008; Başer vd., 2014a; Başer vd., 2014b; Selçuk, 2015; Özata vd., 2018a; Özata vd., 2018b kaynaklarından faydalanılarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 1'e göz attığımızda Dünya genelinde hekimlerin DT'ye başvurduğu izlenmektedir. Araştırmalarda 1978-2018 yılları arasında tutumların %60'dan %99,8'e kadar değişen oranlarda olduğu görülmektedir. DT'nin hukuk ve sağlık sistemi gelişmiş ülkelerden başlayarak dünya geneline yayılarak tartışıldığı görülmektedir.

1978 yılında yapılan ilk yayında Tancredi ve Barondess DT hakkında ellerinde çok az sağlam bilgi olduğunu ve çalışmaların istatistiksel zorluklarla dolu ve kesin bilgilere ulaşmakta zorlandıklarını belirterek, DT'nin hekimler arasında yaygınlığını %70 olarak tahmin etmişlerdir (Tancredi ve Barondess, 1978).

DT'nin en düşük olduğu İsrail'de Asher ve diğerleri (2012) tüm tıp disiplinlerinde günlük hekim uygulamalarında DT'nin çok yaygın olduğunu (%60) bildirmişlerdir. Gereksiz testler ve prosedürler nedeniyle hastaların komplikasyonlara maruz kalacağı, bakım kalitesini ve maliyetleri etkileyeceğini ve hekim-hasta ilişkilerini baltalayacağını rapor etmişlerdir.

Yayınlar değerlendirildiğinde hekimlerin DT ölçen parametrelerin birine dahi katılması durumunda uygulamaya yansdığı yönünde oransal tahminlerde buldukları ve ölçme araçlarında standart olmadığı görülmektedir.

II. YÖNTEM VE UYGULAMA

Bu çalışma kesitsel, tanımlayıcı, nicel ve nitel yaklaşımlara dayalı yöntem ve tekniklerin bütüncül düşünülerek bir arada kullanıldığı, karma (mix) olarak kurgulanarak iki üniversite hastanesinde yüz yüze hasta hekim ilişkisi olan hekimlerle aşamalı olarak yürütülmüştür. Bu çalışmada iki desenin bir arada tercih edilmesinin amacı nicel ve nitel desenlerin avantajlarını kullanarak DT olgusunun daha detaylı ve kapsamlı anlaşılmasını sağlamaktır (Alkan, 2001; Alkan vd., 2019).

2.1. Evren ve Örneklem

Anket çalışmasının örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde “evreni bilinen olayın ortalamasını incelemek için örnekleme alınacak birey sayısını saptamaya” yönelik olarak formülden faydalanılmıştır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2004). Araştırma kapsamında Konya il merkezinde faaliyet gösteren Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan 390 hekimden, birebir hastayla ilişkisi olan 253’ü ile anket yapılmıştır.

Görüşme yönteminde örnekleme alınacak birey sayısı kuramsal örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Araştırma sorusunun yanıtı olabilecek kavramların ve süreçlerin tekrar etmeye başladığı aşamaya (Doyum noktası) kadar veri toplamaya devam edilerek yürütülmüştür (Yıldırım ve Şimşek, 2011). Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan 717 hekimden Zorunlu Hekimlik Mesleki Sorumluluk Sigortası Yönetmeliğine göre 3. ve 4. risk grubundaki 350 hekimden tabakalı örnekleme yöntemine göre randomize çekilen 30’u ile, 596 hasta dosyası üzerinden yarı yapılandırılmış görüşme kılavuzu ile derinlemesine görüşme yapılarak yürütülmüştür.

2.2. Veri Toplama Araçları ve Analizler

Araştırmada yurt içi ve dışı literatür taranarak uzman görüşleriyle hazırlanan anket formu ile veriler toplanmıştır (Aynacı, 2008; Başer vd., 2014a; Catino, 2011; Selçuk, 2015; Kesler ve McClellan, 1996; Studdert vd., 2005). Anket formunda 5 adet demografik bilgileri sorgulayan ve DT uygulamalarına yönelik 15 adet soru bulunmaktadır. Sorulardan 9’u pozitif, 8’i negatif DT tutumlarını ölçmek için 5’li likert ifadeden oluşmaktadır. Beşli likert derecelendirmesinde en yüksek 5 puan “her zaman”, en düşük 1 puan “asla” arasında yer alan ifadelerle yer verilmiştir. Veriler SPSS 13.0 programında değerlendirilmiştir. Sorulara verilen cevapların puanlarının aritmetik ortalaması alınarak defansif tıp uygulamalarının yaygınlığı ve hekimlerin tutumları belirlenmek istenmiştir.

Literatür doğrultusunda hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme kılavuzunda demografik bilgiler için 5, DT’ye yönelik 5 soru bulunmaktadır. Yarı yapılandırılmış görüşme tekniğinde önceden planlanan sorular için hazırlanan protokol üzerinden görüşmenin akışına göre katılımcının yanıtlarını ayrıntılandırmak üzere yan ya da alt sorularla görüşmenin akışı belirlenmiştir. DT konusunda yapılan derinlemesine görüşmeler sonrasında hekimlerin bir önceki gün muayene ettikleri hasta dosyaları Hastane Bilgi Yönetim Sisteminden (HBYS) çekilerek DT uygulamaları vaka bazında değerlendirilerek çalışma yürütülmüştür. Nitel verilerin tematik olarak işlenip değerlendirilmesi RQDA, istatistik analizler SPSS 13.0 ve EXCEL programları kullanılarak yapılmıştır. Her iki yöntemle elde edilen verilerin nedenselliği ve ilişkiselliği göz önünde bulundurularak tümevarımcı değerlendirmeye tabi tutulmuştur (Yıldırım ve Şimşek, 2011).

Araştırmanın veri toplama ve analizine Selçuk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Koordinatörlüğü maddi destek sağlamıştır.

2.3. Araştırmanın Etiği

Araştırma Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul 2018/102 kararı sonrasında ilgili kurumlardan izinler alınarak yürütülmüştür.

2.4. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırmacıların hekimlerin DT’ye yönelik tutumlarının belirlenmesi için anket yöntemi kullandıkları literatürde bu amacı gerçekleştirmek için standart ölçme aracı bulunmadığı görülmektedir. Bununla birlikte araştırmacılar hekimlerin ölçme aracındaki parametrelerin birine dahi katılması durumunda uygulamaya yansdığı çıkarımında bulunarak “defansif tıp uygulamalarının yüksekliği” sonucuna ulaştıklarını açıkladıkları görülmektedir. Anketlerle elde edilen verilerin uygulamaya yansması yönünde çalışma bulunmamaktadır. Bu araştırmada anketlerle ölçülen DT

tutumlarının derinlemesine araştırılarak belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu yönüyle literatüre katkı vermesi bakımından önemlidir.

2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Konya ilinde faaliyet gösteren iki üniversite hastanesinde Haziran 2018-Ocak 2019 tarihlerinde yapılmıştır. Selçuk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi olarak desteklenmiştir. Belirlenen konu, zaman, saha ve ölçme araçlarıyla araştırmacının zaman, emek, maddi imkânları araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

III. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde demografik özellikler ve DT uygulamaları nicel ve nitel veriler birleştirilerek sunulmuştur. Nicel ve nitel örneklemeleri oluşturan katılımcıların demografik özellikleri Tablo 2’de görülmektedir.

Tablo 2. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Sosyo-Demografik Özellikleri.

Araştırma Deseni		Nicel n:253		Nitel n:30		
	Değişken	n	%	Değişken	n	%
Cinsiyet	<i>Erkek</i>	154	60.9	<i>Erkek</i>	24	80
	<i>Kadın</i>	99	39.1	<i>Kadın</i>	6	20
Yaş aralığı	≤ 29	134	53.0	≤ 29	21	70
	<i>30-39</i>	57	22.5	<i>30-39</i>	9	30
	<i>40-49</i>	46	18.2	<i>40-49</i>	0	0
	≥ 50	16	6.3	≥ 50	0	0
Unvan	<i>Profesör</i>	26	10.3	Risk grubu	1	0
	<i>Doçent</i>	28	11.1		2	0
	<i>Dr.</i>	43	17.0		3	18
	<i>Asistan</i>	156	61.7		4	12
Branş	<i>Cerrahi</i>	119	47.0	<i>Cerrahi</i>	15	50
	<i>Dahili</i>	134	53.0	<i>Dahili</i>	15	50
Hekimlik Süresi	≤ 9	183	72.3	≤ 9	30	100
	<i>10-19</i>	44	17.4	<i>10-19</i>	0	0
	≥ -20	26	10.3	≥ -20	0	0

Tablo 2’de görüldüğü gibi araştırmanın nicel bölümüne katılan hekimlerin %60,9’u erkek, %39,1’i kadınlardan, nitel bölümde ise %80’i erkek, % 20’si kadınlardan oluşmaktadır. Örneklem cerrahi ve dahili branşlara eşit dağıldığı, 29 yaş ve daha genç olan ve dokuz yıldan daha az çalışan hekimlerden oluştuğu görülmektedir. Nicel örnekleme çoğunluğun asistan hekimlerden oluştuğu Profesör ve Doçent düzeyinde katılımın düşük olduğu %21.4, nitel örnekleme 3. ve 4. risk grubundan asistan hekimlerin araştırmaya katıldığı görülmektedir.

DT uygulamalarının belirlenmesine yönelik nicel yöntemle elde edilen veriler aşağıda Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Nicel Bulgular

Sorular	Cevaplar					İstatistikler		
	1-Asla	2-Nadiren	3-Arasıra	4-Çoksık	5-Herzaman	\bar{x}	S	
POZİTİF DEFANSİF TIP UYGULAMALARI								
1	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla aydınlatılmış onam belgelerine daha çok özen gösteriyorum.	6	10	14	125	98	4,18	0,056
2	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla daha ayrıntılı kayıt tutuyorum.	3	10	24	124	92	4,15	0,53
3	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla hasta ve yakınlarına daha detaylı açıklamalar için daha fazla zaman ayırıyorum.	6	17	36	117	77	3,96	0,061
4	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla normal durumda istemeyeceğim konsültasyonları istiyorum.	36	52	60	85	20	3,00	0,75
5	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla normal durumda istemeyeceğim laboratuvar tetkikleri istiyorum.	48	48	55	89	13	2,89	0,77
6	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla normal durumda istemeyeceğim görüntüleme tetkiklerini istiyorum.	49	53	55	80	16	2,85	0,078
7	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla tıbbi gereklilik (endikasyon) dışındaki nedenler ile (normalde yatış istemeyeceğim) hastaları yatırıyorum.	94	84	43	27	5	2,07	0,67
8	Hukuki yaptırımlardan korunmak için gereksiz invaziv işlem istediğim oluyor.	95	88	46	21	3	2,01	0,063
9	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla normal durumda yazmayacağım ilaçları yazıyorum.	115	72	35	19	12	1,98	0,072
NEGATİF DEFANSİF TIP UYGULAMALARI								
1	Hasta ve hasta yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için hastalardan kaçındığım oluyor.	28	79	73	45	28	2,87	0,073
2	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla şikâyet/dava etme olasılığı yüksek hastalardan (hasta yakınlarından) kaçınıyorum.	46	69	65	49	24	2,75	0,077
3	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla komplikasyon olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.	58	82	47	54	12	2,53	0,75
4	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla girişimsel yöntemler yerine girişimsel olmayan yöntemleri tercih ediyorum.	53	85	51	55	9	2,53	0,072
5	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla tanı ve tedavisi güç karmaşık hastalardan kaçınıyorum.	66	82	48	48	9	2,42	0,073
6	Hukuki yaptırımlardan korunmak amacıyla tıbbi gereklilik (endikasyon) dışındaki nedenler ile (normalde sevk etmeyeceğim) hastaları sevk ediyorum.	83	88	48	31	3	2,14	0,066

Tablo 3’de araştırmaya katılan hekimlerin hukuki yaptırımlardan korunmak için başvurdukları uygulamalar pozitif ve negatif DT olmak üzere iki grupta toplanarak ortalaması yüksek olandan başlanarak sunulmuştur. Hekimlerin $\bar{x}=4,18$ ile en fazla “Aydınlatılmış onam belgelerine özen gösterdikleri”, $\bar{x}=4,15$ ile “Kayıtları daha ayrıntılı tuttukları”, $\bar{x}=3,96$ “Detaylı açıklamalar için daha fazla zaman ayırdıkları”, $\bar{x}=3,00$ “fazladan konsültasyon istedikleri”, $\bar{x}=2,89$ “fazladan laboratuvar tetkikleri istedikleri”, $\bar{x}=2,85$ “fazladan görüntüleme tetkikleri istedikleri”, $\bar{x}=2,07$ ile “normalde yatış istemeyecekleri hastaları yatırdıkları”, $\bar{x}=2,01$ ile “gereksiz invaziv işlem istedikleri” ve $\bar{x}=1,98$ ile “normalde yazmayacakları ilaçları yazdıkları” görülmektedir. Negatif defansif tıp uygulamalarına ise en fazla $\bar{x}=2,87$ “Sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için”, $\bar{x}=2,75$ ile “şikayet/dava etme olasılığı yüksek hasta ve yakınlarından”, $\bar{x}=2,53$ “komplikasyon olasılığı yüksek hastalardan kaçındıklarını”, $\bar{x}=2,53$ ile “girişimsel işlemler yerine girişimsel olmayan işlemleri tercih ettiklerini”, $\bar{x}=2,42$ “tanı ve tedavisi güç, karmaşık vakalardan kaçındıklarını”, $\bar{x}=2,14$ “hastaları sevk ettikleri” belirlenmiştir.

Araştırmanın nitel yöntemle yürütülen ikinci aşamasında hekimlerle konu hakkında derinlemesine görüşme yapılmıştır. Derinlemesine görüşme sürecinin sonunda hekimlerin bir önceki gün muayene ettikleri hastalar üzerinden konu araştırılarak görüşme sona erdirilmiştir. Elde edilen veriler Defansif Tıp Teması başlığında sunulmuştur.

3.1. Defansif Tıp Teması

Yapılan görüşmelerde hasta, hekim ve medikal işlem ilişkisi ve bu ilişkiyi doğrudan etkileyen sistem alt temaları belirlenmiştir. Hasta tutumu, sağlıkta dönüşüm, kanıta dayalı tıp, dava güven, mahremiyet, stres, taciz, zorunlu sağlık sigortası, sağlık okuryazarlığı, teknoloji, yüz yüze iletişim, kültür, sözlü şiddet kodları konuyla alakalı olarak öne çıkmıştır. Görüşmelerde elde edilen veriler literatür bilgisi doğrultusunda sistem, hasta ve hekim kaynaklı dinamikler olarak betimleyici olarak aşağıda sunulmuştur.

Sistemden Kaynaklı Dinamiklere Yönelik İfadeler

Hekimlerin DT uygulamalarını 2003 yılında başlayan SDP ile sağlık hizmetlerinin hasta merkezli sunulmaya başladığını ve 2005 yılında yapılan TCK değişikliğine bağlayarak Malpraktis/Komplikasyon ayrımının iyi yapılmadığını belirttikleri aşağıdaki ifadelerden anlaşılmaktadır. “Sağlıkta Dönüşüm Programı sistemde bir paradigma değişikliğine sebep oldu. Sağlık hizmetleri hasta merkezli verilmeye başlandı. Bu değişikliklerle beraber hasta haklarında gelişmeler oldu. Türk Ceza Kanunu değişti böylece malpraktis davaları patladı. (G27, Erkek, Cerrahi). Malpraktis-komplikasyon ayrımı iyi yapılmıyor” (G18, Erkek, Cerrahi). Malpraktis davalarına konu olan tazminat miktarlarının hekimlerin gelirleriyle karşılaştırıldığına çok yüksek olduğunu düşündükleri “Aylık ortalama 10 bin TL kazanan doktor milyonluk tazminat davaları ile nasıl başa çıkacak?” (G8, Kadın, Dâhili) ifadelerinden anlaşılmaktadır.

DT uygulamalarını sistemin getirdiği yönünde yaygın bir görüş barındıran ifadeler bulunmaktadır. Katılımcıların çoğu hasta merkezli, kanıta dayalı tıp tekniklerinin, karar destek mekanizmalarının olmadığı ve 1. basamak sağlık kuruluşlarının yetersiz olduğu sistemlerde DT’nin doğal karşılanması gerektiği yönünde görüşleri, “Bu sistemde sizin defansif tıp dediğiniz uygulamalar bence yapılması gereken uygulamalar. Bu sistemin getirdiği bir şey. Bunda şaşılacak veya kınanacak bir şey yok. Sadece bu sistem iyi yürütülemiyor. Avrupa ve Amerika örnekleri var. Karar destek sistemleri olmalı. Bunlar konseylerde sürekli güncellenmeli hasta tarafı bilinçlenmeli. 1. basamak aile hekimliği gerçek işlevine kavuşmalı.” (G16, Erkek, Cerrahi) bir diğer katılımcı “Aile hekimleri hastaların sağlık koçu gibi hareket etmeli.” (G13, Erkek, Cerrahi) ifadelerinden anlaşılmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki sevk zinciri ile ilgili bir katılımcı “Sistemde sevk zinciri olsa bu kez sevk kotası olur. Kota aşımı hekimde maddi kayıplara neden olur. Bu kez hastalar

hekimlere sevk baskısında bulunur. 1. ve 2. basamaklarda defansif uygulamalar artar. En sağlıklı hekimin hastasının iyi tanınmasından ve hastaya ait nitelikli geçmiş sağlık verisinden geçer.” (G1, Bayan, Dâhili) ifadelerini kullanmıştır.

DT konusundaki sistemsel sorunlarda Malpraktis-Komplikasyon ayırımının iyi yapılamaması, sistemi kısır bir döngüye sürüklediği ve bu döngüden çıkarak sistemin çalışan risk ve hastanın güven algısının dengesi üzerine kurulması gerekliliği ifade edilmiştir. Katılımcı görüşü şu şekildedir, “Bu davalar nedeniyle öyle bir yere geldik ki... Hasta aleyhine sonuçlanan davalarda tıbbi hatalar, hekim aleyhine sonuçlanan davalarda defansif uygulamaları artırıyor. Malpraktis yasaları öyle düzenlenmeli ki sağlık çalışanlarının risk algısı hastanın güven algısı dengesi kurmalıdır.” (G4, Erkek, Cerrahi).

Hekimden Kaynaklı Dinamiklere Yönelik İfadeler

Meslektaşlarının malpraktis yasalarından korunmak için gereksiz istemlerde bulduklarını ya da hasta tedavisinden kaçındıkları “Doktorlar istiyor da istiyor. Kendisini korumak için. Gereksiz laboratuvar, görüntüleme, konsültasyon... Bunu herkes biliyor.” (G14, Erkek, Dâhili) ifadelerinden anlaşılmaktadır. Defansif uygulamalara ilişkin “İçinde bulunduğumuz şartlar içinde defansif uygulamalar yeni tedavi protokolü oldu.”(G12, Erkek, Cerrahi) “Defansif uygulamalar diye adlandırdığınız uygulamalar bugün rutin muayene protokolüdür.” (G18, Erkek, Cerrahi) ifadeleriyle defansif uygulamaların kanıksanarak yeni tedavi protokolü yerini aldığı görülmektedir.

Katılımcı hekimlerin ifadelerinde “Her hasta mahkemeye yansıyacak bir dava dosyası olarak değerlendiriliyor. Yarın adli süreç başlarsa bunları yaptım. Hastaya anlattım. Bak kendisi kabul etti. Onam verdi. Ben de uyguladım. Komplikasyon çıkmış ama beraber karar verdik. ...Hekimler kendini garantiye almak için doktrindeki uygulamaları yapıyorlar.” (G8, Kadın, Dâhili) “Hekim ne yapacak mecburen her hastada kendini kollayacak ileride oluşabilecek davalar için ortaya kanıt koyacak işler yapıyor. Kayıtları detaylı tutuyor. Hasta kliniği ile alakalı tetkikler konsültasyonlar istiyor. Bunu istemese abes olur zaten.”(G11, Erkek, Cerrahi), her hastayı potansiyel bir dava konusu olarak gördükleri özellikle vurgulanmıştır. Tedavide dava edilme ihtimaline karşı hastayı sürece dâhil etmektedirler. Sürece dâhil ederken aydınlatılmış onamlar başvurarak bir takım fazladan notlar aldıkları anlaşılmaktadır. Defansif uygulamalara çözümsüzlük içinde kendilerini mecbur hissettikleri görülmektedir.

Hekimden kaynaklı dinamiklerden Malpraktis yasalarına ilişkin katılımcılardan biri “Malpraktis yasalarının olmadığı bir sağlık sistemi düşünemiyorum” (G13, Erkek, Cerrahi), bir diğeri “Malpraktis yasaları hepimiz için çok için iyi mükemmel yasalar. Hepimiz için fayda var aslında ancak yargı süreçleri iyi işlemiyor doktorlar linç ediliyor.” (G8, Kadın, Dâhili) ifadelerini kullanmışlardır. Katılımcılardan diğer ikisi sigorta şirketlerinin poliçe düzenlemediği dönemler olduğuna dikkat çekerek şu ifadeleri kullanmışlardır. “İnsanların hepsi bir değil art niyetlisi var, fırsatçılar var. Bir de hukuk büroları var krizi fırsata çeviriyor. Hastalara doktora bir şey olmaz sigorta şirketinden alırsın deyip dava açmaya teşvik ediyorlar. (G18, Erkek, Cerrahi)” Dava tutarları milyonların üzerine çıktı. Sigorta şirketlerinin poliçe düzenlemek istemediği dönemler oluyor. Üzerine Radyo televizyon, sosyal medyadaki olumsuz uyarıları katarsak ortaya kriz ortamı çıkıyor” (G11, Erkek, Cerrahi).

Yargı mensuplarının bazı durumlarda ön yargılı olabileceğini ifade eden katılımcı ise “Geçmiş mahkeme tecrübem var. İhale nedeniyle yargılanmıştım. Şartnamede imzam vardı. Bazı arkadaşlar tutuklandılar 6 (altı) aydan fazla yatanlar oldu. Şimdi o kararları veren hâkimden iddianameyi hazırlayan savcıya görev yapan polise kadar hepsi ihraç oldu. Yargı mensupları hekimlere karşı önyargılı. Yargı konusunda güvenim zayıf. O nedenle düşmemek lazım yargıya...” (G6, Erkek, Dâhili) ifadesini kullanmıştır.

Hasta Kaynaklı Dinamiklere Yönelik İfadeler

Katılımcıların defansif uygulamaların branşa ve hastalık boyutuna göre değişeceğini ve defansif uygulamalara hasta davranışlarının yol açtığı yönündeki görüşleri bulunmaktadır. Katılımcılardan biri “Defansif uygulamalar branşa ve hastalık boyutuna göre değişir. Hasta en önemli etken.” (G7, Erkek, Dâhili) ifadelerini kullanmıştır.

Çalışmaya katılan hekimlerden biri “Hasta geliyor defaten tomografi çekilmiş, tetkikler yapılmış yanında bir klasör sonuç bir torba ilaç var. Doktor doktor gezmiş.” (G3, Erkek, Dâhili); bir diğeri “Poliklinik hizmetlerinde yoğunluk nedeniyle hasta ile ilgilenme süresi az. Hastalar doktoru taciz ediyor beklemek istemiyor. Daha az sayıda hasta bakılmalı. Performans sistemi nedeniyle çok hasta bakan iyi doktor olarak düşünülüyor. Daha çok ücret alıyor. Niteliğe değil niceliğe bakılıyor. Bunlara çözüm bulunmalı.” (G9, Erkek, Cerrahi) ifadeleriyle performans sistemi, sevk sisteminin olmayışı ve diğer nedenlerle çok fazla hasta bakma ve poliklinik hizmetlerindeki yoğunluktan yakınmışlardır. Hastaların bekleme sürelerinde sabırsız oldukları bu nedenle sergiledikleri davranışlardan (taciz olarak nitelendirmişler) huzursuz oldukları anlaşılmaktadır.

Katılımcılardan birinin şu ifadesinden “Migren için doktor MR istememiş. Hastanın kliniği migren. Hasta yıllar sonra beyin tümörü olmuş. Dava açılmış. Hasta 1.5 milyon tazminat kazanmış. Hekimler arasında iletişim kanalımız var (Watsapp) bu haberi görünce şimdi migren için gelen her hastaya MR istenmez mi?” (G2, Erkek, Cerrahi) anlaşılabileceği üzere defansif uygulamalardan bazı durumlarda kaçış yollarının kalmadığı görülmektedir.

Diğer bir katılımcı üniversite hastanesini kast ederek “Bizden kaynaklı pek defansif uygulama olmaz. Hastadan kaçamazsın zaten 3. basamaksın. Boş yatağını 112 görüyor. Sevkle geleni alıyorsun. Tabi zor hastalar oluyor. Ancak bizde çoğu iş konseyle yapılır o nedenle pek hata riski kalmaz. Hasta ve yakınları da işin içine katılır.” (G2, Erkek, Cerrahi) ifadelerinde 3. basamak sağlık kuruluşlarında defansif tıp uygulamalarının daha az olabileceğini, negatif defansif tıp uygulamalarından hastayı başka bir sağlık kuruluşuna sevk edemediklerini bildirmişlerdir. Zor hastaların tedavilerinin de bu kurumlarda yapıldığını multidisipliner bir yaklaşımla konseyle karar verildiğini konseylerin hata riskini azalttığını belirtmişlerdir. Defansif tıp uygulamalarının üniversite hastanelerinde az uygulandığı hatta bazen defansif uygulamaların bu kuruluşlarda son bulduğunu ifade etmiştir. “Hatta bazen defansif tıp uygulamalarını biz üçüncü basamak hastanesi olarak durduruyoruz ya da azaltıyoruz diyebiliriz.” (G3, Erkek, Dâhili).

Derinlemesine görüşme ile araştırılan DT uygulama özet verileri Tablo 4’te sunulmuştur.

Tablo 4. Son bir ay içinde başvuru defansif uygulamaların yüzdeleri dağılımı

Defansif Uygulamalar		< %5	%20	%40	%60	>%80	TOPLAM
1. Aydınlatılmış onamlara daha fazla özen gösterme	Sayı	4	5	5	8	8	30
	%	%13	%16	%17	%27	%27	%100
2. Hastaya gereğinden fazla zaman ayırma eğilimi.	Sayı	6	9	5	6	4	30
	%	%20	%30	%17	%20	%13	%100
3. Gereksiz yere konsültasyon isteme	Sayı	10	8	4	5	3	30
	%	%33	%27	%13	%17	%10	%100
4. Fazladan görüntüleme tetkikleri isteme	Sayı	13	6	5	4	2	30
	%	%43	%20	%17	%13	%7	%100
5. Fazladan laboratuvar tetkikleri isteme	Sayı	12	5	6	4	3	30
	%	%40	%17	%20	%13	%10	%100
6. Kaçınma davranışları	Sayı	14	5	6	3	2	30
	%	%46	%17	%20	%10	%7	%100
7. Başka bir kuruma veya hekime sevk	Sayı	22	3	3	1	1	30
	%	%73	%10	%10	%3	%3	%100

Tablo 4'ü incelediğimizde çalışmaya katılan hekimlerin %80 ve daha fazla oranda başvurdukları uygulamalar en fazla %27 oranında aydınlatılmış onamlara daha fazla özen gösterme, %13 hastaya gereğinden fazla zaman ayırma eğilimi, %10 fazladan laboratuvar tetkiki ve gereksiz yere konsültasyon %7, fazladan görüntüleme tetkiki isteme olduğu görülmektedir. %5 ve daha az oranda başvurdukları uygulamalar ise %73 başka bir kurum veya hekime sevk, %46 kaçınma davranışları, %43 fazladan görüntüleme tetkikleri, %40 fazladan laboratuvar tetkikleri, %33 gereksiz yere konsültasyon isteme olduğu belirlenmiştir.

Araştırmanın son bölümünde araştırmaya katılan hekimlerle bir önceki gün muayene ettikleri hasta verileri HBYS üzerinden laboratuvar ve görüntüleme istemleri DT uygulaması yönünden birlikte incelenmiştir. DT uygulamaları hekim ve hasta ilişkisinde her iki tarafın içinde bulunduğu sayısız değişkenden etkilenmekle, birlikte hasta yoğunluğunun DT uygulamalarını artırdığı görülmektedir. Fazla hastanın bakıldığı laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerine başvurunun arttığı belirlenmiştir. Ayrıca laboratuvar ve görüntüleme istemlerine DT aynı anda başvurulduğuna rastlanmamıştır. Her iki parametrede branşlara göre DT uygulamaları Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Dokuman incelemesi (Acil Servis Kapsam Dışı)

	İncelenen Hasta Dosyası	Laboratuvar			Görüntüleme			Toplam	Defansif oran
		İstemi	Defansif işlem	Defansif Oran	İstemi	Defansif işlem	Defansif Oran		
Dahili	327	208	22	10,58	116	15	12,93	37	11,31
Cerrahi	269	45	5	11,11	222	33	14,86	38	14,12
Toplam	596	253	27	10,67	338	48	14,20	75	12,58

Tablo 5'de dahili ve cerrahi branşlarda laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri baz alınarak 596 hasta dosyası DT uygulaması yönünden incelenmiştir. Dahili branşlarda 327 hastaya bakıldığı 208 laboratuvar isteminden %10,58'inin, 116 görüntüleme isteminden %12,93'ünün defansif nedenlerle yapıldığı belirlenmiştir. Toplamda dahili branşlarda %11,31, cerrahi branşlarda %14,12 oranında defansif işlem yapıldığı görülmektedir. Defansif uygulamalar genel olarak ele alındığında %12,58 oranında defansif nedenlerle istem yapıldığı belirlenmiştir.

IV. TARTIŞMA

Bu bölümde nicel ve nitel yöntemlerle ulaşılan DT uygulamalarına yönelik bulgular birlikte sunularak literatürle tartışılmıştır. Selçuk Üniversitesinden elde edilen veriler nicel, Necmettin Erbakan Üniversitesinden elde edilen veriler nitel olarak anılacaktır.

Araştırmanın nicel yöntemle yürütülen kısmına hekimlerin demografik özellikleri, %39,1 kadın %60,9 erkek olup %33,1 yaş ortalamasındadır. Cerrahi branşlardan %47,0 dahili branşlardan %53,0 katılım sağlanmış, kurumda çalışma süresi 4,65 olduğu belirlenmiştir. Nitel yürütülen kısmında katılımcıların %20'si kadın, %80'i erkek ve yaş ortalaması 28,03'tür. Cerrahi ve dahili branşlardan %50,0'lik katılımı, kurumda ortalama çalışma süresi 2,13 yıl olup, katılımcıların %60'ünün 3. ve %40'ünün 4. risk grubunda yer aldığı görülmektedir. Literatürde aynı kapsamda yapılan çalışmalarda yaş ortalaması Aynacı (2008) 42, Selçuk (2015) 38,69 olarak belirlenmiştir. Çalışma grubunu oluşturan hekimlerin her iki çalışma ile karşılaştırıldığında daha çok genç hekimlerden oluştuğu görülmektedir.

Araştırmanın nicel bölümüne katılan 253 hekimden sadece 3 (% 0,01) hekim defansif uygulamalara başvurmadığını belirtmiştir. Bu bağlamda araştırma grubundaki hekimlerin mesleklerini icra ederken %99'u en az bir veya birden fazla uygulamaya başvurdukları ve uygulama yaygınlığının %55,4 olduğu tespit edilmiştir. Nitel bölümde ise 30 hekimden 24'ünün (%80) DT uyguladığı belirlenmiştir. DT uygulanmayan 6 hekimin o gün içinde 5'ten daha az hasta muayene ettiği dikkat çekmektedir. Aynacı (2008) yılında yaptığı çalışmada defansif uygulamaların yaygınlığını %78, Yılmaz (2012) %83, Özata ve diğerleri (2018) %93,6 olarak belirlemişlerdir. Literatürde Saruhan ve diğerleri (2018) diş hekimliği alanında yaptıkları çalışmada dünyada ve Türkiye'de malpraktis davalarının artma trendinde olduğunu ve defansif tıp uygulamalarının arttığına yönelik bulgular yer almaktadır (Aynacı, 2008; Özata vd., 2018a; Saruhan vd., 2018; Yılmaz, 2012). Yurtdışı yayınlarda İsrail'de %60, ABD'de 70, İngiltere'de %90 ve İran'da %99.8 oranında uygulandığı görülmektedir (Asher vd., 2012; Moosazadeh vd., 2014; Summerton, 2000; Tancredi ve Barondess, 1978). Literatürdeki araştırmalarla karşılaştırıldığında araştırmanın bulguları benzerlik göstermektedir.

Pozitif DT öne çıkan uygulamalardan aydınlatılmış onamlara ilişkin verilere ayrıştırma yöntemi kullanarak göz attığımızda, %88,14 çok sık/her daha fazla dikkat ettiklerini, %85,37 çok sık/her zaman daha ayrıntılı kayıt tuttukları, %76,67 çok sık/her zaman detaylı açıklamalar için daha fazla zaman ayırdıkları görülmektedir. Nitel bölümde ise kanıta dayalı tıp teknikleri yoğun olarak kullanmakta hastaları mümkün olduğunca teşhis-tedavi sürecine dâhil etmek istemekte oldukları belirlenmiştir. Bu süreçte özellikle aydınlatılmış onamlara özen göstermekte %80 bununla yetinmeyip hastalara daha fazla zaman ayırarak bir takım fazladan notlar aldıkları ifadelerden anlaşılmaktadır. Çalışmanın literatürdeki çalışmalarla kıyaslandığında Aynacı %72,96, Selçuk %74,1 oranında aydınlatılmış onamlara daha fazla önem verdikleri yönünde bulgular görülmektedir (Aynacı, 2008; Selçuk, 2015). Nitel olarak ulaşılan veriler araştırmanın nicel bölümündeki bulgularla örtüşmektedir. Çalışma Aynacı ve Selçuk'un çalışmasıyla karşılaştırıldığında hastaya bilgi verme, kayıtlara özen gösterme ve özellikle aydınlatılmış onamlara daha fazla dikkat etme yönündeki davranış eğilimlerinde artış olduğu görülmektedir. Bu eğilim artışına malpraktis davalarındaki artış ve konunun basında işlenişinde olumsuz tutumunun neden olduğu görülmektedir.

Tıbbi uygulamalarda hastalara bilgi verme ve bunu imza altına alarak oluşabilecek davalardan korunmaya çalışmanın tarihi 1914 yılında ABD'de yargıç Cadrozo tarafından verilen "*yetişkinlik çağına ve sağlam zihni becerileri olan her insanın, kendi bedeni ile ne yapılacağını belirleme hakkına sahip olduğu ve hastasının rızası olmadan ameliyat yapan bir cerrahın sorumlu olduğu ve bir saldırı gerçekleştirdiği*" yönündeki kararından beri tıbbi müdahalelerde ve gündemde yer almaktadır (Bolsin ve Suanders, 2012; Rebers vd., 2016). Aydınlatılmış onamlar yurt içi ve yurt dışı yayınlarda defansif uygulamaların ilk sırasında yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda aydınlatılmış onam almanın öğretilerdeki diğer defansif uygulamaları azalttığı yönünde bulgulara rastlanmamıştır (Ratkowitz, 2012).

Danıştay 15. Daire (2018) 2013/ 12134 esas sayılı dosyada davacıların çocuğuna yapılan enjeksiyonun yanlış yere yapıldığı bahisle enjeksiyon yapılan kuruma maddi manevi toplam 70.000TL tazminat davası açılmıştır. Danıştay'ın 330 sayılı kararında enjeksiyonun sonuçları ve olası komplikasyonları anlatıldığına ve davacıların bu işleme rıza gösterdiklerine dair yazılı imzalı aydınlatılmış onam alınması gerektiği üzerinde durmuştur (Danıştay, 2018). Dava konusu olan tıbbi işlemlerde aydınlatılmış onamlar çok önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir (Danıştay, 2017). Aydınlatılmış onamların hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösterilerek yapılması, bilgilerin hastanın anlayacağı şekilde verilmesi yönünde Danıştay kararları bulunmaktadır (Danıştay, 2008). Bilgilendirme sonrasında hastanın yazılı olarak anladığının ve kabul ettiğini belirten ifadelerle yapılacak müdahaleye yazılı onay vermesi aranmakta, aydınlatılmış onam ispat yükünü mahkemeler hekimlere yüklemekte olduğu görülmektedir (Danıştay, 2014).

DT uygulamalarından öne çıkan ve maliyetleri etkisi yönünden akla ilk gelen hususlar fazladan laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerine başvurma olarak görülmektedir. Çalışmanın nicel bölüme katılan hekimlerin %40,3'ü laboratuvar, %37,9'u görüntüleme istemlerine yüksek oranda başvurdukları anlaşılmaktadır. Bulgular Aynacı (2008)'nin çalışmasında fazladan laboratuvar tetkiki

isteme %30,31, gereksiz görüntüleme tetkiklerine başvurma %39,11 olarak belirlenmiştir. Defansif tıp uygulamaları konusunda bir diğer tez çalışmasında Selçuk (2015) İzmir ili merkezli çalışmasında gereksiz tetkiklere başvurma %41,4 olarak tespit etmiştir (Aynacı, 2008; Selçuk, 2015). Literatürde bulunan iki çalışmanın bulguları benzerlik göstermektedir. Ancak araştırmanın nitel bölümünde ise hekimler %13 laboratuvar, %20 oranlarında görüntüleme istemlerinde bulduklarını ifade etmişlerdir. İki parametrede hasta dosyaları üzerinden yapılan derinlemesine incelemede ise %10,6 laboratuvar, %14,20 görüntüleme istemi yapıldığı görülmüştür. Derinlemesine görüşmede laboratuvar ve görüntüleme istemlerinin oranı anket yöntemlerinde elde edilen verilere kıyasla daha düşük olduğu görülmektedir. Aradaki farka birden fazla bileşen etki etmektedir. Bunlardan ilki derinlemesine görüşmelerde acil servis ve yataklı servislerin kapsam dışı tutularak poliklinik hastalarının değerlendirilmeye alınmasıdır. İkincisi 3. basamak sağlık kurumlarında hasta için bütün imkânlarının seferber edilerek DT daha az uygulandığı, hatta son bulduğu görüşünün hâkimiyetidir. Üçüncüsü tedavilerin multidisipliner bir yaklaşımla konseyle karar verildiğini için hata riskini en aza indirdiği yaklaşımıdır. Dördüncüsü ve en önemlisi, DT uygulamalarının zaman içerisinde kanıksanarak kanıt dayalı tıbbi uygulamalar kapsamında rutin uygulamalara dönüşmesinin yaygın olarak ifade edilmesidir.

Sağlık Bakanlığı istatistikleri ile OECD verileri karşılaştırıldığında ülkemizde 1000 kişiye düşen MR görüntüleme sayısının 157 ile bütün ülkelerden daha fazla olduğu görülmektedir. BT işlem sayısına göre ülkeler değerlendirildiğinde ise 1000 kişide 188 BT görüntülemesi ile Türkiye ülke sıralamasında yedincidir (Güdük vd., 2018; Sağlık Bakanlığı, 2016).

Dünya çapında gereksiz laboratuvar testlerini azaltmak için yapılan girişimler bulunmaktadır (Hauser ve Shirts, 2014). Laboratuvar istem sebeplerinin yeniden sorgulanması ile istemlerde %50' ye varan düşüş kaydedildiği çalışmalar bulunmaktadır (May vd., 2006). Hekimlere klinik laboratuvarın rasyonel kullanımı konusunda tavsiyede bulunmanın etkili olduğunu ancak yeterli olmadığını çalışmalarda doğrulamıştır (Khalifa ve Khalid, 2014). Yatan hastalardan ve özellikle yoğun bakım ünitelerinde uzun süreli yatışlarda toplamda 1000 ml kan alınmış hastalar olduğu akademik çalışmalarda belirlenmiştir. May ve diğerleri (2006) günlük hekimlik uygulamalarında laboratuvar istemlerine küçük farkındalıklar yaratma ile yatan hastalarda %12 daha az müracaat edildiği ve %21 oranında kan transfüzyonunda azalmalar olduğunu bildirmişlerdir (May vd., 2006). Ülkemizde defansif nedenler dışında laboratuvar istemlerinin bilinçli yapılmadığı gereksiz test istemlerinin yapıldığını bildirilen akademik çalışmalar bulunmaktadır (Çuhadar ve Köseoğlu, 2014; Fidan, 2016; Özbek ve Öktem, 2010).

DT uygulamalardan kaçınma davranışlarında dikkat çeken ilk üç uygulamada her zaman ve çok sık seçeneklerini birleştirerek incelediğimizde hekimlerin %28,85'i hasta ve yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından korunmak için ve şikayet/dava etme olasılığı yüksek hasta ve yakınlarından korunmak için, %26,08 oranında hekim de komplikasyon olasılığı yüksek hastalıklardan dava edilme endişesiyle kaçındıklarını bildirmişlerdir. Aynacı (2008) hasta ve yakınlarının sözlü ve fiziksel şiddet saldırılarından dolayı defansif uygulamaları araştırmamıştır. 2008'li yıllarda sağlık çalışanlarına şiddet vakalarının sayısının az olması nedeniyle incelemeye alınma durumu söz konusudur. Selçuk (2015) %46,30 olarak hasta ve yakınların sözlü ve fiziksel saldırıları nedeniyle defansif uygulamalara başvurduklarını belirtmişler bu çalışmadan daha yüksek oranda belirlenmiştir. Diğer dava etme olasılığı yüksek hasta ve yakınları ve kompleks uygulamalar nedeniyle defansif tıp uygulamaları Aynacı ve Selçuk'un çalışmalarıyla uygun bulgulara ulaşılmıştır (Aynacı, 2008; Selçuk, 2015). Saruhan ve diğerleri (2018) diş hekimliğinde defansif tıp çalışmaları kapsamında katılımcılara "İçinde bulunduğunuz sağlık sistemi hekime şiddeti önlemede gerekenleri tam olarak yapmış mıdır?" sorusuna her zaman %1,7; çoğu zaman %1,7 cevabını vermişlerdir. Başka bir deyişle çalışmaya katılan hekimlerin %96,6'sı sağlık sisteminin şiddeti önlemek için sistemin üzerine düşeni yapmadığını düşünmektedir (Saruhan vd., 2018). Sağlık sektöründe merakla beklenen şiddet yasası 17 Nisan 2020 tarihli Resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (Resmi Gazete 2020). Yasal düzenlemenin sağlık çalışanına şiddet olaylarını azaltacağı böylelikle şiddet kaynaklı DT uygulamaların oranının düşmesi beklenmektedir.

Çalışmaya katılan hekimler performans sistemi, sevk sisteminin olmayışı gibi nedenlerle çok fazla hasta bakma ve poliklinik hizmetlerindeki yoğunluktan yakınmışlardır. Hastaların bekleme sürelerinde sabırsız olduklarını, bu nedenle sergiledikleri davranışlardan (taciz) olarak nitelendirilerek çalışma ortamında huzursuz olduklarını ifade etmişlerdir. Literatürde sevk sistemi ile ilgili yayınlar bulunmaktadır. Ülkemizde sosyalizasyon politikalarının uygulandığı (1961) döneminde zorunlu sevk uygulanmaya çalışılmış kısa sürede politik tercihlere yenik düşmüştür. SDP ile yeniden gündeme gelen sevk sistemi yine politik nedenlerle uygulanma alanı bulamamıştır (Bulut ve Uğurluoğlu, 2018).

Sevk zinciri sisteminin işlemeyişi üniversite hastanelerinde hasta yığılmasına neden olduğunu bildirirken, sevk sisteminin kendi başına çözümde yetersiz kalacağı görüşü öne çıkmaktadır. Sevk sisteminin olması durumunda sevk kotalarının gündeme alınacağı görüşüne sahip olan katılımcılar bu kez de 1. ve 2. basamak sağlık kuruluşlarında defansif uygulamaların daha yoğun olacağını görüşünü paylaşmıştır. Hekimlerin hastalarını iyi tanıması ve geçmişe yönelik hastaya ait nitelikli sağlık verisinin hekimlerin daha rahat karar vereceğini bu nedenle 1. basamak hizmetlerinin önemi ortaya çıkmıştır.

Sağlıkta sevk zinciri nasıl olmalı ve nasıl işlemelidir. Sistemin çalışabilmesi için öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplum tarafından güvenilir, kabul edilir ve toplum tarafından kullanılabilir olması gerekmektedir (Bulut ve Uğurluoğlu, 2018). Bu ortamda bireylerin yeni bir sağlık sorunu ile karşılaştığında birinci basamak sağlık hizmetlerini kullandıklarında hekim hastanın sağlık sistemini diğer aşamalarını kullanımında rehberlik ve kontrol etmelidir. Bu düzenlemeye literatürde kapı tutuculuk denmektedir (Başer vd., 2015a). Kapı tutuculuk, hastaların sevk isteklerine bariyer olmak değil, bireylerin sağlık sorunlarında danışmanlık yapan, tedaviyi uygulayan, gereğinde sevk ederek sevk izleyen ve sonuçları değerlendiren sağlık hizmetlerini içermelidir (Öcek vd., 2006). Ancak piyasa unsurlarının geçerli olduğu sistemlerde sevk kararını belirleyen temel unsurun tüketici (hasta) kararı olduğu ve sevk sisteminin zorunlu tutulmasının krizlerle sonuçlandığı görülmektedir (Carlsen ve Norheim, 2005).

Katılımcılarda defansif tıp uygulamalarını sistemin getirdiği yönünde yaygın bir görüşün bulunmakta olduğu tespit edilmiştir. Defansif tıp uygulamalarından yana olumlu görüş belirten bir katılımcı bu uygulamaların mevcut şartlar altında doğal karşılanması gerektiğini belirtmiştir. İçinde bulunulan sağlık ortamı ve kanıta dayalı tıp dinamikleri nedeniyle uygulamaların neredeyse standart tedavi protokolü olduğu sıkça ifade edilmiştir. Defansif tıp uygulamalarının branş ve hastalık boyutuna göre değişeceği, ancak hasta davranışının merkezi rolü olduğu görüşünü katılımcılar tarafından araştırmanın nitel bölümünde yaygın olarak paylaşılmıştır. Meslektaşlarının malpraktis yasalarından korunmak için gereksiz istemlerde bulduklarını ya da hasta tedavisinden kaçındıklarını bildiren katılımcılar, defansif uygulamaların yeni tedavi protokolü olduğu yönünde bildirimlerde bulunmuşlardır. Bu bildirim tartışmanın en çarpıcı bulgulardan biri olarak karşımıza çıkmıştır. Assing ve diğerleri (2017) Danimarka birinci basamak sağlık kuruluşlarında genel pratisyen hekimlerle yaptıkları çalışmada defansif tıp uygulamalarının yeni tedavi protokolü olduğu yönünde bulguları bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Assing vd., 2017).

Çalışmaya katılan hekimlerin önceki yaşantıları ve meslektaş tecrübeleri nedeniyle hukuk sistemi ve hukukçulara karşı güvenlerinin zayıf olduğu yönünde ön yargılı oldukları ifadelerden anlaşılmaktadır. Sağlık çalışanlarına karşı şiddete başvuranlara yaptırımların yeterli olmayışı bu algıyı pekiştirmektedir.

Arıkan ve diğerlerinin (2015) tıp ve hukuk fakülteleri öğrencileri üzerinden yaptıkları çalışmada hukuk fakülteleri öğrencilerinin hâkim olarak mesleğini icra ettiklerinde hastaların mağdur olduğunu düşündükleri davalarda hekimlere karşı %65 oranında objektif davranabileceklerini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hekimler kendilerine karşı açılan davalarda hakimlerin %84 oranında objektif davranmayacakları yönünde bildirimde bulunmuşlardır (Arıkan vd., 2016). Hukuk fakültesi öğrencilerinin %100 objektif davranamayacakları olgusu %65'lik oranının adil yargılanma tartışmalarını akla getirmektedir. Hekimlerin kendilerine adil davranılmayacağı görüşü mesleklerini

icra ederken defansif uygulamalara müracaat edeceklerinin belirleyicisi olarak görülmektedir. Hekimlerin ve hakimlerin iletişim kanallarını daha açık tutacağı bir dizi faaliyet gerçekleştirilmelidir.

Tazminat davası tutarlarının hekimlerin kazançları ile doğru orantılı olmayışı, malpraktis davalarıyla yüzleşen meslektaşlarının haberlerinin görsel ve sosyal medyada abartılarak işlenmesi kaygı düzeyinin artışına yol açtığı katılımcılar yaygın olarak ifade edilmiştir. Bu nedenle hekimlerin defansif uygulamalara başvurmak durumunda kaldıkları ifade edilmiştir.

Hekimlerden Malpraktis davaları medyada fazlaca yer buldukça tedirginlik hissetmekte oldukları Selçuk (2015) %77,8, Başer ve diğerleri (2014) aile hekimlerinde %98,5, diğ hekimlerinde %78,1 olarak bildirilmektedir (Başer vd., 2014a; Başer vd., 2014b; Selçuk 2015). Medyada popülerliği artırmaya yönelik olarak sıradan, hekimlerin bilgisini yeteneğini sorgulayan, sonuçları henüz kesinleşmemiş sağlık haberlerinin “sağlıkta skandal” başlığı altında abartılarak sunulmaktadır. Sağlık çalışanlarını zor durumda bırakan bu eylemler hastalar hakkında önyargı oluşmasına neden olmaktadır. Sağlık sisteminin işleyişine olumsuz katkı vermektedir (Aslan ve Özer, 2018; Aydaş, 2014; Gökşen, 2014; Selçuk, 2015).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde 2003 yılında başlayan yapısal değişim hekimlerin tıpta uzmanlık tercihlerinin değişmesine neden olduğu akademik çalışmalarda dikkat çekmektedir. Acil tıp, çocuk sağlığı hastalıkları, göğüs hastalıkları, kardiyoloji ve cerrahi branşlardan çocuk cerrahi, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum branşlarının taban puanlarının yıllar içerisinde düşüş trendine girdiği görülmektedir. Sağlıktaki şiddet olayları, medya haberleri ve malpraktis davaları riskli branşlardan hastaya dokunulmaya riski düşük branşlara yönelime neden olmaktadır. Uzun vadede sağlık sisteminde köklü problemlere yol açacağı ileri sürülen trend değişiminin sürecin yönetilmesinde sorunların göstergesi olarak ele alınmaktadır.

V. SONUÇ ve ÖNERİLER

Ülkelerin ekonomik ve politik iklimine göre sunulan sağlık hizmetlerinde DT uygulamaları ilk olarak gelişmiş ülkelerden öncelikle ABD’de fark edilerek akademik sahada konuşulmaya başlamıştır. Sağlık sistemi gelişmiş ülkelerde tartışılan DT günümüzde dünya genelinde akademik alanda araştırılmakta olduğu görülmektedir. Akademik çalışmalardan DT uygulamalarının sağlık sistemi, hekim ve hastanın içinde bulunduğu her durumdan etkilendiği anlaşılmaktadır.

Hekimlerin DT uygulama yönündeki tutumları hayli yüksek görülmektedir. Çalışmalarda hekimlerin olası malpraktis davalarından kendilerini korumak için etik öğretiler doğrultusunda aydınlatılmış onamlara özen göstererek ve hastalara daha fazla zaman ayırdıkları belirlenmiştir. Bununla birlikte fazladan konsültasyon, laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerine yüksek oranlarda müracaat ettiklerine yönelik bulguları yurt dışı ve yurt içi çalışmalar desteklenmektedir.

Literatürde yer alan bilgilerden hareketle defansif nedenlerle gereksiz yere görüntüleme ve laboratuvar istemleri derinlemesine görüşme ve doküman incelemesi ile araştırıldığı çalışmada görüntüleme ve laboratuvar istem tutum oranlarının uygulamaya daha düşük oranda yansıdığı belirlenmiştir.

Hasta merkezli ve kanıta dayalı tıp yöntemiyle verilen sağlık hizmetlerinde kurumun bütün imkânları hasta için seferber edilmektedir. Bu nedenle istenen tetkik ve tahlillerin büyük kısmının hekimler tarafından DT uygulaması olarak algılanmadığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan köklü değişiklikler ve malpraktis davalarının artmasıyla başlangıçta DT olarak nitelendirilen uygulamaların kanıksanarak günümüzde rutin protokol haline geldiği anlaşılmaktadır.

DT’nin tespit edilmesinde yaşanan güçlüklerin aşılmasında, teşhis ve tedavi işlemlerinde hastaya fiziksel, psikolojik yarar ve mali yük dengesi gözetilerek sınırların belirlenmesi yol gösterici olabilir. Karar destek sistemlerinin oluşturulması hem gereksiz istemlerin önleyecek hem de malpraktis ve

komplikasyon ayrımının yapılması olumlu katkı vererek DT uygulamalarını azaltacağı düşünülmektedir.

Poliklinik hizmetlerinde hasta sayısının yoğun olduğu saatler, poliklinik önündeki yığılmaların DT uygulamalarını tetiklediği görülmektedir. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi sevk sistemi uygulanması ile yataklı tedavi kurumlarına yığılmanın önlenmesi DT uygulamaların azaltılması yönünden de önem arz etmektedir.

Hasta ve yakınlarının şiddetine yönelik yapılan son yasal düzenleme sağlık çalışanına şiddeti büyük ölçüde ortadan kaldıracığı beklenmektedir. Böylelikle şiddetten kaynaklanan DT uygulamaların azaltacağı düşünülmektedir.

Medyada haber değeri öne alınarak hasta ve sağlık çalışanında olumsuz etki bırakacak habercilik uygulamalarından vazgeçmelidir. Hastaları ön yargıya sürükleyen ve hekimlerin endişe düzeyini artıran haberlerin denetlenmesi DT uygulamalarının azalması yönünde olumlu katkı verecektir.

Yüksek riskli branşlardan hastaya dokunulmayan riski düşük branşlara doğru TUS tercihlerindeki yönelimin branşlarda oluşturacağı dengesizlik gelecekte sağlık hizmetinin sunumunda aksaklıklara neden olacaktır. Bu eğilimlerin doğru analiz edilmesi ve gerekli tedbirlerin alınması gerekmektedir.

Sağlık çalışanlarının ve özellikle hekimlerin risk kazanç dengesi kurularak hasta ve yakınlarının güvende hissettiği dengeli, ekonomik, sürdürülebilir bir atmosfer için yeni düzenlemelere ihtiyaç olduğu görülmektedir. Yasal düzenlemelerle DT uygulamalarına başvurusu yönünden hekim tercihinin değiştirilmesi, böylelikle sağlık hizmeti sunumunda başta zaman olmak üzere psikolojik ve ekonomik kayıpların önüne geçileceği sistem oluşturulması beklenmektedir.

KAYNAKLAR

- Akbaba, M. & Davutoğlu V. (2016). Sağlık ve hukuk kıskacında hekim: Ne yapmalı? *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 44(7), 609-616.
- Alexander, J.A., Hearld, L., Mittler, J.N., & Harvey, J. (2012). Patient–physician role relationships and patient activation among individuals with chronic illness. *Health Services Research*, 47(3 Pt 1), 1201-1223. doi: 10.1111/j.1475-6773.2011.01354.x
- Alkan, H. (2001). İşletme başarısında maliyet yönetiminin rolü ve maliyet yönetiminde yeni yaklaşımlar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi*, 2(1), 177-192.
- Alkan, V., Şimşek, S., & Armağan, E. B. (2019). Karma yöntem: Öyküleyici alanyazın incelemesi. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*, 7(2), 558-581.
- Altun, G., & Yorulmaz, A. Ç. (2010). Yasal değişiklikler sonrası hekim sorumluluğu ve malpraktis. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 7-12.
- Ardahan, M., & Alp, F. Y. (2015). Hasta güvenliği ve hasta güvenliğini sağlamada sağlık çalışanlarının ve yöneticilerin rolü. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 85-89.
- Arık, Ç. (2018). 10 yıl sonra ameliyat yapacak cerrah bulamayacağız. *Medimagazin*. <https://www.medimagazin.com.tr/ozel-saglik/tr-10-yil-sonra-ameliyat-yapacak-cerrah-bulamayacagiz-9-12-79530.html>
- Arıkan, M., Kalkan, E., Erdi, F., Deniz, M., & İzci, E. (2016). Tıp hukukunda olgularla malpraktis-komplikasyon ayrımı: Tıp fakültesi ve hukuk fakültesi son sınıf öğrencilerinin konuya bakış açısı, sorunlar ve çözüm önerileri. *Türk Nöroşirurji Dergisi*, 26(1), 40-48.

- Asher, E., Dotan, S. G., Halevyi, J., Glick, S., & Reuveni H. (2012). Defensive medicine in Israel-A Nationwide Survey. *Plos One*, 7(8), e42613.
- Aslan, Ş., & Özer, K. (2018). İnternet gazetelerinde yer alan tıbbi hatalı uygulama (malpraktis) haberlerinin incelenmesi. 2. *Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiri Kitabı* (ss. 1887-1897). Muğla.
- Assing, H. E., Lykkegaard, J., Pedersen, L. B., Pedersen, K. M., Munck, A., & Andersen, M. K. (2017). How is defensive medicine understood and experienced in a primary care setting? A qualitative focus group study among Danish general practitioners. *BMJ Open*, 7(12): e019851.
- Aydaş, S. (2014). *Hekimlerde malpraktis kaynaklı defansif tıp davranışları*. (Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Aydın, S. (2011, Mart 20). *Performansa göre ödeme sistemlerinin zorlukları*. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu. <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/266/Performansa-gore-odeme-sistemleri-ve-zorluklari.aspx>.
- Aynacı, Y. (2008). *Hekimlerde defansif tıp (çekinik) uygulamalarının araştırılması*. (Tıpta Uzmanlık Tezi), Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Konya.
- Başer, A., Kolcu, G., Çıgırgil, Y., Kadıncız, B., & Öngel, K. (2014a). İzmir Karşıyaka ilçesinde görev yapan aile hekimlerinin defansif tıp uygulamaları ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi*, 3, 16-24.
- Başer, A., Kolcu, M. İ. B., Kolcu, G., Tuncer, Ö., & Altuntaş, M. (2014b). Diş hekimlerinin defansif diş hekimliği konusundaki görüşleri: Kesitsel bir çalışma. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 24(2), 103-109.
- Başer, D. A., Kahveci, R., Koç, E. M., Kasım, İ., Şencan, İ., & Özkara, A. (2015). Etkin sağlık sistemleri için güçlü birinci basamak. *Ankara Medical Journal*, 15(1), 26-31.
- Batı, F. (2015, Mayıs 6). *Tıpta uzmanlık sınavında tercih edilmeyen branşlar!* Medimagazin. <https://www.medimagazin.com.tr/hekim/tip-egitimi-tus/tr-tipta-uzmanlik-sinavinda-tercih-edilmeyen-branslar-2-22-69244.html>
- Beylik, U., Yılmaz, A., & Akça, N., (2015). Hastanelere geri ödemede Sağlık Uygulama Tebliği ile teşhis ilişkili grupların karşılaştırması: Kolesistektomi vakası örneği. *İşletme Bilimi Dergisi*, 3(2), 39-53.
- Bilgin, R., & Küçükhasar, M. (2018). Türkiye’de kamu sağlık kuruluşlarında yaşanan etik dışı davranışlar ve uygulamaların genel görünümü. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(1), 139-154.
- Blanckaert, N. (2010). Clinical pathology services: Remapping our strategic itinerary. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*, 48(7), 919-925.
- Bolsin, S., & Saunders, K. (2012). Informed consent in medical practice. *Trends in Urology & Men’s Health*, 34-36. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/tre.288>
- Bulut, S., & Uğurluoğlu, Ö. (2018). Aile hekimlerinin bakış açısı ile sevk zincirinin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(3), 118-132.

- Cankorkmaz, L., Özşahin, S. L., Arslan, M. Ş., Gümüş, C., & Köylüoğlu, G. (2009). Radyolojik görüntüleme yöntemlerinde hastaların maruz kaldığı iyonizan radyasyon dozu hakkında dönem IV tıp öğrencilerinin bilgi düzeyi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 31(3), 226-230.
- Carlsen, B., & Norheim, O. F. (2005). "Saying no is no easy matter" A qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. *BMC Health Services Research*, 5(1), 70.
- Catino, M., & Celotti, S. (2009). The problem of defensive medicine: Two Italian surveys. *Stud Health Technol Inform*, 148, 206–221.
- Catino, M. (2011). Why do doctors practice defensive medicine? The side effects of medical litigation. *Safety Science Monitor*, 1(15), 1-12.
- Cervellin, G. (2016). Defensive medicine in the emergency department. The clinicians' perspective. *Emergency Care Journal*, 12:5615(1), 20-22.
- Chang, T. T. Y. (1991). An economic assessment of defensive medicine. (Doctoral Thesis), University of Hawaii, ABD.
- Chen, K. B., & Yang, Y. C. (2014). Increased perception of malpractice liability and the practice of defensive medicine. *Journal of Empirical Legal Studies*, 11(3), 446–476. doi: /10.1111/jels.12046
- Cirhinlioğlu, Z. (2016). *Sağlık sosyolojisi* (6. Bs.). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Çelik, Y. (2016). *Sağlık ekonomisi* (3. Bs.). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çuhadar, S., & Köseoğlu, M. (2014). Sağlıkta ekonomi dönemi: laboratuvarların yeni politikaları neler olmalı? *Türk Klinik Biyokimya Dergisi*, 13(1), 35-42.
- Danıştay, (2008). 13. Daire, 2008/4519 esas, 2008/10750 kararı.
- Danıştay, (2014). *Hastadan aydınlatılmış onam alındığını ispat yükü doktora aittir*. T.C. Danıştay 15. Daire esas no:2013/11061karar no:2014/2456.
- Danıştay, (2017). 13. Daire, 2016/7750 esas, 2017/8617 kararı.
- Danıştay, (2018). 15. Daire 2013/12134 esas, 2018/330 kararı.
- Doğan, M. (2007). Hukuki sorumluluk bakımından hekimin kusuru ve ispatı. *Sağlık Hukuku Sempozyumu*. Ankara: Yetkin yayınları.
- Ersoy, L. V. (2014). Tıbbi Malpraktis. *Toraks Cerrahisi Bülteni*, 5(1).
- Fidan, Y. (2016). *Akılcı laboratuvar kullanımı açısından gereksiz tetkik istemlerinin retrospektif analizi: Seroloji laboratuvarı örneği*. (Yüksek Lisans Tezi), Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Giray, F., & Çimen, G. (2018). Sağlık harcamalarının düzeyini belirleyen faktörler. Türkiye ve OECD ülkeleri analizi. *Sayıştay Dergisi*, 211, 142-171.
- Gittelsohn, C. (2014). *Each patient is a unique human being, not a disease or a group of symptoms*. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. <https://www.mskcc.org/news/each-patient-unique-human-being-not-disease-group-symptoms>.

- Goold, S.D., & Lipkin, M. (1999). The doctor–patient relationship challenges, opportunities, and strategies. *Journal of General Internal Medicine*, 14(Suppl 1), 26-33.
- Gökşen, Ö. (2014). *Defansif tıp ve tıbbi malpraktis uygulamalarının hukuki boyutu, çözüm önerileri ve mesleki sorumluluk sigortası*. (Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi, İstanbul.
- Greenberg, J., & Green J. B. (2014). Over-testing: Why more is not better. *The American Journal of Medicine*, 127(5), 362-363.
- Güdük, Ö., Kılıç, C. H., & Güdük, Ö. (2018). Radyasyonun zararlı etkileri hakkında hastaların bilgi düzeyinin değerlendirilmesi: Bir hastane örneği. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 874-889.
- Hakeri, H. (2012). *Tıp hukuku*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Hancock, C. R. (2006). Medical tort reform: A novel approach. *Journal of the American College of Radiology*, 3(11), 829-831.
- Hauser, R. G., & Shirts, B. H. (2014). Do we now know what inappropriate laboratory utilization is? An expanded systematic review of laboratory clinical audits. *Pubmed*, 41(6), 774-783.
- He, A. J. (2014). The doctor-patient relationship, defensive medicine and overprescription in Chinese public hospitals: Evidence from a cross-sectional survey in Shenzhen city. *Social Science & Medicine*, 123, 64-71.
- Hermer, L. D., & Brady, H. (2010). Defensive medicine, cost containment, and reform. *Journal of General Internal Medicine*, 25(5), 470-473.
- Hiyama, T., Yoshihara, M., Tanaka, S., Urabe, Y., Ikegami, Y., Fukuhara, T., & Chayama, K. (2006). Defensive medicine practices among gastroenterologists in Japan. *World Journal of Gastroenterology*, 12(47), 7671-7675.
- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2015). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi* (4. Bs.). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya, A., Aktürk, Z., Çayır, Y., & Taştan, K. (2014). 2007-2013 arası tıpta uzmanlık sınavları: Bir trend analizi. *Ankara Medical Journal*, 14(2), 53-58.
- Kesler, D., & McClellan, M. (1996). "Do doctors practice defense medicine?," *Quarterly Journal of Economics*, 111(2), 353-390.
- Khalifa, M., & Khalid, P. (2014). Reducing unnecessary laboratory testing using health informatics applications: A case study on a tertiary care hospital. *Sciencedirect*, 37, 253-260.
- Massachusetts Medical Society (2008). *Investigation of defensive medicine in Massachusetts*. <http://www.massmed.org/defensivemedicine/>
- May, T. A., Clancy, M., Critchfield, J., Ebeling, F., & Enriquez, A. (2006). Reducing unnecessary inpatient laboratory testing in a teaching hospital. *American Society for Clinical Pathology*. 126(2), 200-206.
- Mello, M. M., Chandra, A., Gawande, A. A., & Studdert, D. M. (2010). National costs of the medical liability system. *Healthaffairs*, 29(9):1569–1577.

- Moosazadeh, M., Movahednia, M., Movahednia, N., Amiresmaili, M., & Aghaei, I. (2014). Determining the frequency of defensive medicine among general practitioners in Southeast Iran. *International Journal of Health Policy and Management*, 2(3), 119-123.
- Nasrallah, H. A. (2010). Treat the patient, not the disease: Practicing psychiatry in the era of guidelines, protocols, and algorithms. *Current Psychiatry*, 9(8), 13-14.
- Null, G., Dean, C., Feldman, M., Rasio, D., & Smith, D. (2005). Death by medicine. *Journal of Orthomolecular Medicine*, 20(1), 21-34.
- OECD (2018). *OECD health policy studies. Stemming the superbug tide just a few dollars more*. OECD publishing. <http://www.oecd.org/health/stemming-the-superbug-tide-9789264307599-en.htm>
- O'Leary, K. J., Choi, J., Watson, K., & Williams, M. V. (2012). Medical students' and residents' clinical and educational experiences with defensive medicine. *Academic Medicine*, 87(2), 142-148.
- Ovalı, F. (2010). Hasta güvenliği yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(1), 33-44.
- Öcek, Z. A., Çiçeklioğlu, M., & Türk, M. (2006). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kapitutuculuk nedir? Türkiye'de uygulanabilir mi? *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 15(8), 144-148.
- Öner, C. (2015). Tıpta uzmanlık mevzuatında aile hekimliği uzmanlığının evrimi. *Aile Hekimliği Dergisi*, 19(4), 165-169.
- Özata, M., Özer, K., & Akkoca, Y. (2018a). Konya il merkezinde çalışan hekimlerde defansif (Çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 132-139.
- Özata, M., Terlemez, A., Özer, K., & Akkoca, Y. (2018b). Diş hekimliğinde defansif tıp: Konya örneği. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 4(2), 179-188.
- Özbek, Ö. A., & Öktem, İ. M. A. (2010). Hepatit B aşıları kişilerden gereksiz test istekleri. *Mikrobiyoloji Bülteni*, 44(2), 285-90.
- Öztürk, N., & Gençtürk, M. (2018). Hekimlerin branş tercihlerinin trend analizi yöntemi ile incelenmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 4(19), 2193-2022.
- Ratkowitz, J. J. (2012). *The role of informed consent in defensive medicine*. https://www.martindale.com/medical-malpractice-law/article_John-J-Ratkowitz_1435118.htm
- Rebers, S., Aaronson, N. K., Leeuwen, F. E. V., & Schmidt, M. K. (2016). Exceptions to the rule of informed consent for research with an intervention. *BMC Medical Ethics*, 17(1), 9.
- Resmi Gazete, (09.11.1982) 17893 sayılı "Türkiye Cumhuriyeti Anayasası".
- Resmi Gazete, (17.04.2020). 7243 sayılı "Yükseköğretim kanunu ile bazı kanunlarda değişiklik yapılmasına dair kanun".
- Sağlık Bakanlığı, (2016). *Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016*. Ankara: SAGEM.
- Saruhan, N., Altındış, S., & Gojayeva, G. (2018). Diş hekimlerinin defansif tıp uygulamaları konusunda tutumlarının değerlendirilmesi. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 2(3), 165-173.

- Selçuk, M. (2015). *Çekinik (defansif) tıp*. (Yüksek Lisans Tezi), İzmir Üniversitesi, İzmir.
- Sert, S. (2015). Türk hukukunda kadın doğum hastalıkları hekimlerinin gerçekleştirdiği müdahaleler ve hekimlerin yükümlülükleri. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 6(3), 149-65.
- Soysal, A. (2014). Çocuklarda akılcı antibiyotik kullanımı. 'Akılcı İlaç Kullanımı ve Farkındalık'' Sempozyumu Kitapçığı (ss. 33-38). İstanbul.
- Studdert, D. M., Mello, M. M., Sage, W. M., Desroches, C. M., Peugh, J., Zapert, K., & Brennan, T. A. (2005). Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*, 293(21), 2609-2617.
- Summerton, N. (1995). Positive and negative factors in defensive medicine: A questionnaire study of general practitioners. *BMJ*, 310(6971).
- Sümbüloğlu, V., & Sümbüloğlu K. (2004). *Sağlık bilimlerinde araştırma yöntemleri* (5. Bs.). Ankara: Hatiboğlu Basım ve Yayım.
- Tancredi, L. R., & Barondess, J. A. (1978). The problem of defensive medicine. *Science*, 200(4344), 879-882.
- Tebano, G., Dyar, O. J., Beovic, B., Beraud, G., Thilly, N., & Pulcini, C. (2018). Defensive medicine among antibiotic stewards: The international ESCMID AntibioLegalMap survey. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 73(7), 1989-1996.
- Tecim, E. (2018). *Sağlık sosyolojisi* (1. Bs.). İstanbul: Çizgi Kitabevi.
- Terry, N. R. (2010). *Physicians are talking about: The culture of defensive medicine*. <https://www.medscape.com/viewarticle/718665>
- Vural, F., Çiftçi, S., Fil, Ş., Aydın, A., & Vural, B. (2014). Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği iklimi algıları ve tıbbi hataların raporlanması. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 152-158.
- WHO (2018). *Constitution of WHO: Principles*. <http://www.who.int/about/mission/en/>.
- Williams, S. (2011). On the defensive. *United Kingdom Casebook*, 19(1), 8-11.
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2011). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri* (8. Bs.). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yılmaz, K. (2012). *Defansif tıbbi uygulamaların hukuki açıdan değerlendirmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Zhu, L., Li, L., & Lang, J. (2018). The attitudes towards defensive medicine among physicians of obstetrics and gynaecology in China: A questionnaire survey in a national congress. *BMJ Open*, 8(2), e019752.

COMPARISON OF THE “LAISSEZ-FAIRE” AND “STATE INTERVENTION” APPROACH IN GERMANY AND ITALY IN COMBATING COVID-19

Rıdvan KARACAN *
Mehmet Emin YARDIMCI **

ABSTRACT

Privatization policies have been the subject of debate for a long time in the economic literature. In this context, Classical View in solving economic problems, while defending the “Laissez-Faire” thesis, Keynesian view; he supported “State Intervention”. These policies are generally accepted as they can produce solutions according to the conditions of the day. The Covid-19 virus, which first appeared in Wuhan, China in December 2019 and affected the world, causes many cases and deaths day by day. Many countries have to fight this disease. While some countries give a lot of casualties, some countries can overcome the disease with the least damage. In this context, it was aimed to compare Italy with the highest number of cases and deaths, and Germany health systems, where the number of cases were high, but the death rates were less, under the policies of “Laissez-Faire” and “State Intervention”. Also, compared in Turkey to similar phenomena in Italy and Germany. Our aim is to reveal the benefits of economic activities in terms of private sector and statism. Therefore, the importance of public institutions, which profit is not their primary objective in health issues was emphasized. It is intended to explain that non-profit public institutions and private sector healthcare should work collaboratively in this kind of struggle. In this context, a message was intended to be conveyed to health policy-makers and experts.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Laissez-Faire, government intervention, Germany and Italy

ARTICLE INFO

* Assoc Prof. Dr., Kocaeli University, rkaracan@kocaeli.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4148-0069>

** Assist. Prof. Dr., Kocaeli University, emin.yardimci@kocaeli.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-2896-8342>

Received: 30.06.2020

Accepted: 11.11.2020

Cite This Paper:

Karacan, R.. & Yardımcı, M. E.. (2020). Comparison of the “laissez-faire” and “state intervention” approach in Germany and Italy in combating covid-19. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 665-680

COVID-19 İLE MÜCADELEDE “LAISSEZ-FAİRE” YAKLAŞIMI İLE “DEVLET MÜDAHALESİ” ANLAYIŞININ ALMANYA VE İTALYA ÖZELİNDE KARŞILAŞTIRILMASI

Rıdvan KARACAN *
Mehmet Emin YARDIMCI **

ÖZ

Ekonomik literatürde özelleştirme politikaları öteden beri tartışma konusunu olmuştur. Bu bağlamda, ekonomik sorunların çözümünde Klasik Görüş; “Laissez-Faire” (Bırakınız Yapsınlar) tezini savunurken, Keynesyen Görüş; “Devlet Müdahalesini” desteklemiştir. Bu politikalar günün koşullarına göre çözüm üretebildikleri için genel kabul görmüştür. İlk olarak Aralık 2019 yılında Çin’in Vuhan kentinde ortaya çıkan ve tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 virüsü her geçen gün çok sayıda vaka ve ölümlere yol açmaktadır. Birçok ülke bu hastalıkla mücadele etmek zorunda kalmaktadır. Bazı ülkeler çok zayıf verirken, bir takım ülkeler en az zararlı hastalığın üstesinden gelebilmektedir. Bu bağlamda en çok vakanın ve ölümlerin görüldüğü İtalya ile vaka sayısı çok olmakla birlikte ölüm oranlarının daha az yaşandığı Almanya sağlık sistemleri “Laissez-Faire” ve “Devlet Müdahalesi” politikaları özelinde karşılaştırılmak istenmiştir. Amacımız ekonomik faaliyetlerin sağlık sonuçları açısından özel sektör ve devletçilik anlayışı özelinde faydasını ortaya koymaktır. Böylece sağlık sorunları ile mücadelede öncelikli amacı kar olmayan kamu kuruluşlarının önemi vurgulanmak istenmiştir. Bu tür mücadelede kamu menfaati açısından kar amacı olmayan kamu kurumları ile özel sektör sağlık kuruluşlarının organize bir şekilde çalışmalarını gerektirdiği anlatılmak istenmiştir. Bu bağlamda sağlık politika yapıcıları ve uzmanlara mesaj verilmek istenmiştir.

Keywords: Covid-19, Laissez-Faire, Devlet Müdahalesi, Almanya ve İtalya

MAKALE HAKKINDA

* Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi, Hereke Ö.I.Uzunyol MYO, rkaracan@kocaeli.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4148-0069>

** Dr. Öğr. Üyesi, Kocaeli Üniversitesi, İİBF, emin.yardimci@kocaeli.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-2896-8342>

Gönderim Tarihi: 30.06.2020

Kabul Tarihi: 11.11.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Karacan, R. & Yardımcı, M. E.. (2020). Comparison of the “laissez-faire” and “state intervention” approach in Germany and Italy in combating covid-19. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 665-680

I. INTRODUCTION

Coronavirus disease 2019 (COVID-19) is an infectious disease caused by severe acute respiratory syndrome coronavirus. This disease first appeared at the end of December 2019 in Wuhan, China, in Hubei province. It became an epidemic in China in January 2020 and spread all over the world. Pandemic has been announced. Therefore, in many countries, it continues to cause an economic crisis both in public life and in the private lives of its citizens. Therefore, the fight against Covid-19 continues intensely in the world. It is possible to divide the fight against Covid-19 into two as direct and indirect. Factors such as treatment methods applied in the fight against the disease, owned intensive care unit, other health equipment and sufficient number of specialist health personnel can be expressed as a direct method of struggle. The structure of a country's health sector (private and public), measures taken (curfew, wearing a mask, holiday schools, social distance, etc.) are examples of indirect methods of struggle.

The European continent is among the regions most affected by the virus. In continental Europe, one of the countries most affected by this process was Italy, and one of the least affected countries was Germany. Although they are located in the same geography; In fact, the struggle of these two countries, which have common borders, was tried to be evaluated from a different perspective. In terms of treatment techniques, all the countries of the world apply almost the same methods, incomplete or more. However, different results may arise in the fight against the virus. Undoubtedly, there are many factors in the emergence of these different results.

The reason for choosing specifically Italy and Germany as the subject of study is that public services in Germany are supported and supervised by the state more than Italy. For example, in the Italian education system, schools managed by local governments are accepted as private schools (Barone, 2009), while in Germany, it is more related to the public sector. The power of the state tradition and public sector in Europe is seen in three main countries. Germany (%19,2), United Kingdom (%15,8) and France (%14,2) take place at the top of these countries. About a quarter of public sector employees in Europe are mainly German nurses, public servants, and teachers, English teachers and nurses, and French teachers (Hugrée et al., 2015). Italy is hardly taking place in this ranking. The quality of Italian healthcare provided by the state is disputable. For this reason, private healthcare is preferred in Italy. In this case, individuals with higher income can take advantage of health services. In Germany, health services continue operating under the control of the state. Therefore, almost the entire society benefits from efficient and quality health services (AETNA, 2020).

Observed that due to quantitative measurements made for healthcare financing and service dimension in Italy since the 1970s, the state has regressed relatively due to decentralization processes and internal market mechanisms. There are significant differences in regional healthcare organization and delivery in Italy (Doetter and Götze, 2011). Public healthcare spending has a low share of gross GDP; although the tax resources used to fund Servizio Sanitario Nazionale (SSN) provide access to primary healthcare, it shows that lower-income groups face barriers accessing specialist care (France et al., 2005). (Foley and Gërxhani, 2020), In studies, including China, Italy, and South Korea, it was determined that individuals with Covid-19 symptoms are less likely to receive medical treatment if they have a lower income. The authors also concluded that governments in these countries are less effective in combating the pandemic. The authors found that laissez-faire policies impose the burden of action on the individual, stimulate fundamental differences in agency between social classes, and reduce (higher) low-income individuals (more) probability to seek medical assistance. (Granozio, 2020), conducted a study on the problem of comparing Covid-19 mortality rates. According to this; the heavily debated difference in death rate between Italy and other major European countries (except Germany) could occur at a later stage of the Italian epidemic. (Mitra et al.,2020), Data on age-specific deaths due to Covid-19 were evaluated in three countries: the USA, Italy, and Germany. According to this; Compared to Germany, potential years of life lost (PYLL) in Italy were four times higher. The rates in the USA were 23, 25, and 18 times higher using the upper age limits of 70, 75, and 80,

respectively. Standardized PYLLs in New York were two times higher than rates in Italy and 7-9 times higher than PYLLs in Germany. (Shehzad et al., 2020), using the Asymmetric Power GARCH model in their study, revealed that COVID-19 affected the volatility of the US, German and Italian stock markets more than the Global Financial Crisis (GFC). (Varabyova et al., 2017), conducted a study on hospital efficiency in Italy and Germany. Results shows that there are significant differences in the production opportunities of Italian and German hospitals. Ownership and specialization are significantly associated with differences in efficiency performance analyzed in the hospitals.

I further compare in Turkey to similar phenomena in Italy and Germany, concluding that the practice has both economic and political logics. Country data is taken mainly from their official statistics websites. Economic views advocating primarily privatization and expropriation policies in the study; Classical Theory (Laissez-Faire) and Keynesian Theory (State Intervention) are given respectively. Afterwards, it was evaluated in terms of policies against Covid-19 in Italy and Germany's private and public health institutions.

II. THEORETICAL FRAMEWORK (STATISM AND LAISSEZ-FAIRE)

It is possible to gather the policies put forward in the solution of the problems in the economic life under two headings. The first is those who favour state intervention. Accordingly, the state makes the decision regarding production and distribution. The main purpose of the state is to serve. Because public interest is of primary importance. The second is advocates of free market economy. The most important feature of the free market economy is the understanding of private property. Production and distribution are under the control of private property (firms). The priority is to make a profit, social needs are eliminated while making a profit (Homo Economicus¹). In this model, the first degree of importance is personal interests. The ones in the first group are expressed as "Keynesian views and extensions" and those in the second group are called "Classic views and extensions".

2.1. Classical Theory

An absolutist rule reigned in Europe in the 17th and 18th centuries. This form of government, where the basic powers and powers of the state are gathered in one hand, has not been generally accepted by the public because it limits the freedom of the people. Therefore, more liberal currents have started to emerge against the absolutist style of administration. Liberalism is a management approach that defends the rights of personal responsibility and free development of personality. In this management model, government or other interventions should be reduced or prevented. The adaptation of this view to the economy was made by the Scottish scientist Adam Smith. This view has taken its place in the economic literature as "Laissez Faire" (Smith, 1909). The "Laissez Faire" Theory is one of the important issues discussed by today's important economists. This view, which is used to mean "Laissez-Faire"; it envisages an economic environment where commercial transactions between the parties have sufficient regulations to protect property rights only. Accordingly, the economy should be freed from intrusive government restrictions, tariffs and subsidies (Gaspard, 2004).

Under the influence of classical economists, "Laissez-Faire" has become an economic policy model that focuses on private enterprise freedom and tries to limit the role of the state to what is absolutely necessary. (Starbatty, 1985) "Laissez-Faire" has been defined as a form of liberalism (Manchester liberalism) that increases economic development and the welfare level of the people without intervention of the state. An economic policy based on the principles of "Laissez-Faire" was implemented especially in the 19th century in Western Europe and the USA. Laissez-Faire is in times of economic crisis, unemployment and poverty; It is an opinion that, without government intervention,

¹ The term "economic man" was used for the first time in the late nineteenth century by critics of John Stuart Mill's work on political economy (Persky, 1995). Homo economicus: Bases its choices on a consideration of its own personal "utility function".

efficiency in trade, industry and agricultural production will increase, thus increasing the welfare level of the people spontaneously (Albers and Zottmann, 1981).

In general, Smith advocates a free labour market where supply and demand set wages. The state should only intervene in a way that guarantees the enrolment of people as well as internal and external security, a functioning judiciary, transport and communication infrastructure. In addition, the state should be responsible for ensuring the enforcement of private property, such as John Locke, which some philosophers of the time advocated (Smith, 1909). Smith described the free market economy here. According to the free market economy, wages and prices determined by supply and demand also include profit margins. What matters to the private sector is the phenomenon of profit. Production will increase as the profit margin increases. However, if the profit margin is reset or decreases, the supply front will prefer to suspend production.

2.2. Keynesian Theory

In essence, John Maynard Keynes's theory assumes that the market's self-regulation does not automatically achieve full employment. Therefore, according to Keynes, the stability of general economic development and compensation for economic fluctuations are the duties of the state (Davidson, 1994). According to John Maynard Keynes, the state should promote general economic demand. The Keynes economy advocates a mixed economy in which the private sector is dominant but the state and public sector play a big role. According to the Keynesian economy, decisions made by the private sector sometimes cause inefficient macroeconomic results. For this reason, the state should play an active role and stabilize the business cycle (Sullivan and Steven, 2003).

In an economy, according to Keynes, if demand remains low, the government should implement demand-stimulating policies. Thus, the economy comes alive and employment increases. For this, the debt policy that accepts higher inflation can be followed. Targeted subsidies, tax cuts and investments aim to compensate for the economic downturn. In times of good economic indicators, reserves should be created and debts should be paid. In this way, the state will overcome crisis fluctuations very easily (Keynes, 1980).

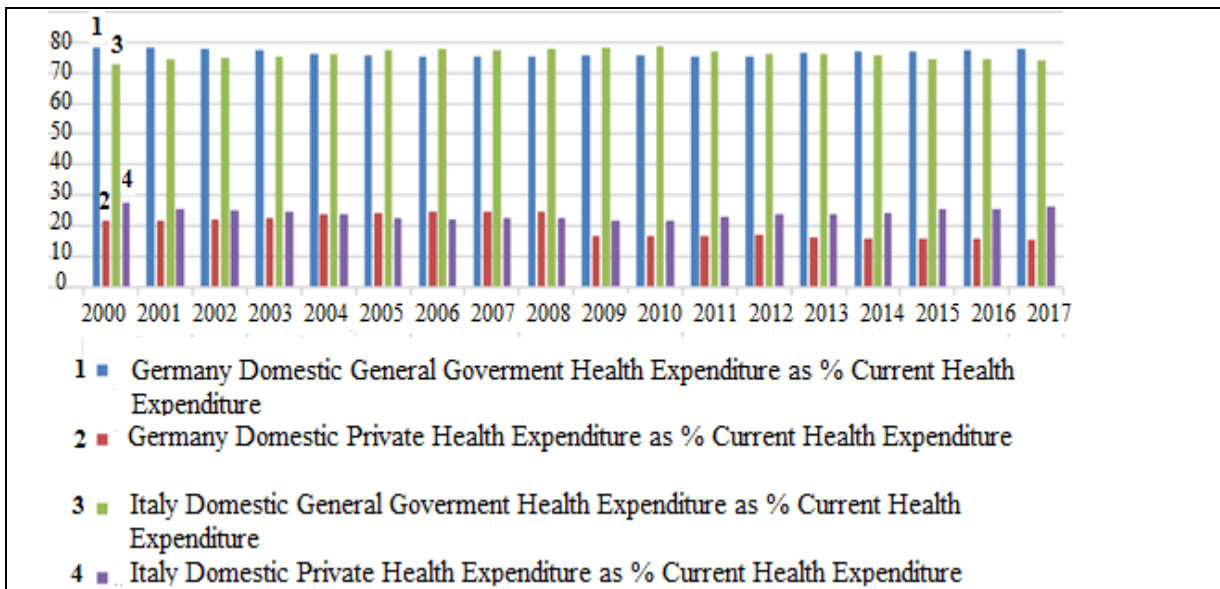
According to John Maynard Keynes, the investor bases his decision on the market conditions and most importantly, the expected return. Keynes describes this state of the dependence of investments on market conditions as the starting point of instability or economic fluctuations. (Skidelsky, 2009) Household demand for consumer goods is larger in quantity, but household purchasing power; It is determined by the income from wages / salaries, interest income and transfer payments. This income is mainly due to economic fluctuations that are significantly affected by the demand for industrial goods in an economy. Any decrease in demand will result in a decrease or loss of income for the relevant economic assets, which reduces the demand for consumer goods. A downward spiral is created, which forces other manufacturers and service providers to reduce their supply, resulting in the release of production resources. Household income will decrease and if there is no government intervention to cover the investment gap, the downward economic trend will continue to increase. (Krol and Schmid, 2002). Therefore, Keynes states that the private sector, acting with the principle of maximum profit in times of economic crises, will suspend its activities if the prospective expectations are negative. Accordingly, the state's intervention in economic life is essential for the markets to recover (Keynes et al., 1932). On the basis of these two theories, in the fight against Coronavirus, Germany and Italy were compared with respect to health systems.

III. PUBLIC AND PRIVATE HEALTH EXPENDITURES IN GERMANY AND ITALY

One of the geographies where coronavirus was most effective was continental Europe. While Italy was one of the countries with the highest number of deaths, deaths in Germany were at the lowest level compared to many other countries. Undoubtedly, the health system (public and private sector) and health policies implemented in the emergence of this situation were of great importance.

In the wake of the financial and economic crisis of 2008, total public healthcare expenditure in Italy has suffered a drastic decline. Total public health care expenditure in nominal terms increased by only 5.3% in Italy, term in Germany it increased by 46.8% (Bramucci et al., 2020). In Figure 1, the ratio of the health expenditures of Germany and Italy to the Gross Domestic Product between 2000-2017 is shown on the basis of public and private sectors.

Figure 1. Domestic General Government Health and Private Health Expenditure as % Current Health Expenditure, (Germany and Italy)

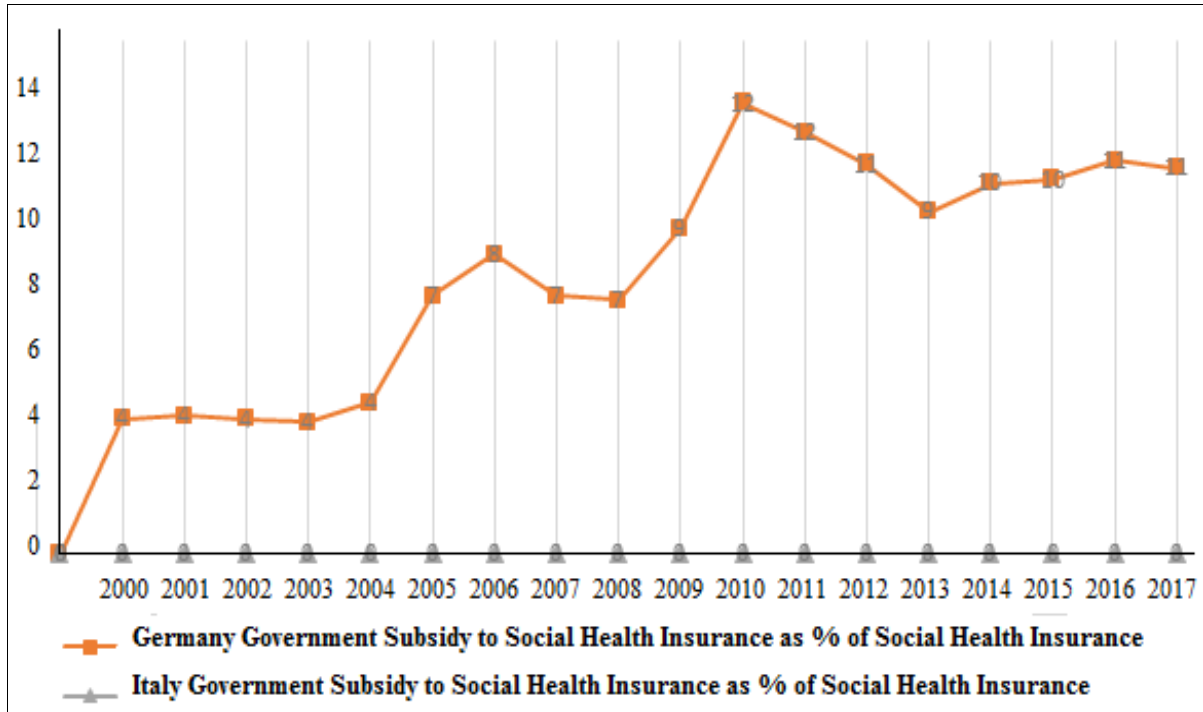


Source: World Health Organization (WHO), <https://www.who.int/>

As can be seen in Figure 1, in the period 2000-2004, Germany made more public health expenditures than Italy. In the period between 2005 and 2012, it is striking that Italy is superior in this sense. In the period after 2012, Germany took over the public health spending again. In the field of private health spending for the same period, Italy has a clear advantage over Germany, especially in the period after 2009. In other words, it is noteworthy that while the ratio of public health expenditures to GDP decreased in Italy in the specified period, private health expenditures increased.

In addition, the curve (Figure 2) that appears as a State Incentive (TRAN) for Social Health Insurance (SHI) in% only belongs to Germany. Since Italy does not have any incentive activity (zero), it is lying along the correct x axis of Italy. It is thought that one of the underlying reasons for Germany's being more successful than Italy in the fight against Covid-19 is public and private sector applications in health.

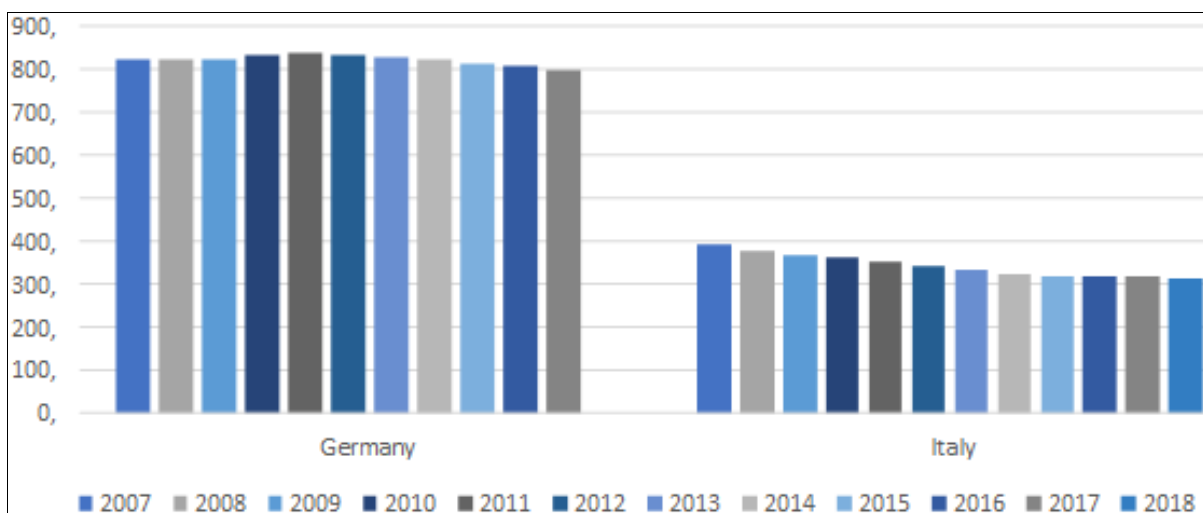
Figure 2. Government Subsidy to Social Health Insurance (TRAN) as % of Social Health Insurance (SHI)



Source: World Health Organization (WHO), <https://www.who.int/>

In this perspective, although an evident trend towards reducing acute care beds can be observed in many European countries, few European countries have reduced the number of present beds as much and to such a low level as Italy (Hope, 2018).

Figure 3. Care Beds per 100.000 Inhabitants, Germany and Italy Countries



Source: Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/home>

In 2007, Italy had about 400 beds per 100.000 inhabitants, in 2018, the number of care beds had dropped to about 300 per 100000 inhabitants. Significantly inferior to in Germany with about 800 beds present per 100000 persons (Figure 3).

3.1. Combating the Health System and Covid-19 in Germany

The foundations of the German health system date back to the Middle Ages. In the Middle Ages, artisans were organized in lodges. All members of the lodge would contribute to a common fund. An individual would be supported through funds if needed due to illness. It has been the health insurance of factory workers since the beginning of industrialization in Germany. Various forms of social protection were standardized by the social policy, called Bismarck social legislation, at the end of the 19th century. Health insurance started operating in 1883 for the first time. Thus, employees in industry, crafts and small businesses are protected against disease. In addition, all politicians have the right to legally free medical treatment and medication, as well as sickness and death benefits. At that time, about 10 percent of the population was covered by health insurance- today this rate is almost 100 percent (Bundeszentrale für politische Bildung, 2020). As of January 1, 2009, health insurance obligations have been imposed on everyone living in the country. Considering the organizational structure of health services in Germany, the Ministry of Health is the first one. The German health system has a pluralistic and autonomous structure. Hospital services are offered in three groups. These are public hospitals, independent-non-profit hospitals and private hospitals (Çevik and Yüksel, 2019).

While the number of public and non-profit hospitals decreased by 26% and 18.3%, respectively, in Germany between 2004 and 2015, the number of private hospitals increased. The number of private hospitals increased by 25.6%, especially between 2004 and 2012. However, the tendency to privatization has decreased significantly since 2012 (Herr et al., 2018). The superiority in terms of the number of beds belongs to public hospitals (Buba, 2019). While 62.9% of the total bed capacity of the country belongs to public and non-profit health institutions, the bed capacity of private hospitals is 37.1% (Bölt, 2018). (Table 1)

Table 1. Public and Private Hospital Numbers and Functions in Germany

Hospital Types	Number of Hospitals	Percent (%)	Folded Beds	Number of Cases
State-owned and Non-Profit Hospitals	1256	62.9	408.219	16.022.160
Private Hospitals	700	37.1	91.132	3.217.415

Source: Hospital-Report 2018, <https://www.wido.de>

Private or non-profit healthcare organizations in Germany; it is supervised and supported by government, municipalities or social security institutions. The status and legal positions of these hospitals are guaranteed under constitutional law. (Kluth, 2018). Very large institutions, including university clinics, are publicly funded. Private institutions, on the other hand, serve at the level of small clinics (Bölt, 2018).

In Germany, the Robert Koch Institute (RKI), which is affiliated with the federal government, is the primary institution responsible for the fight and prevention of diseases. Its main activities are research and consultation on protection from infectious diseases and control of these diseases, monitoring the general state of public health and its suitability to public health. Various scientific bodies of the institute are the Standing Committee of Vaccination (Federal Minister of Health, 2020). RKI is responsible for the detection, prevention and control of diseases as well as epidemiological research, including the identification and evaluation of risks, as well as documentation and information. The RKI is the government's central science institution in the field of biomedicine. It is one of the most important bodies for the protection of public health in Germany. (Robert Koch Institute, 2020). In Germany, outside the jurisdiction of the RKI, regulation of the prevention and control of infectious diseases is the responsibility of the competent authorities under state law. The

federal government has the authority to determine an epidemic situation in the national context (Bundesministerium für Gesundheit, 2020).

Germany started the COVID-19 outbreak fight on January 27, 2020, when the first cases were seen (Süddeutsche Zeitung, 2020). The federal government follows the recommendations of the country's 129-year-old the RKI to combat the coronavirus outbreak. By implementing the roadmap drawn by the RKI, the government strives to conduct as many tests as possible to identify patients early (Değer, 2020). In this context, in order to save time against the virus and prevent overloading the health system, it has followed an isolation and slowing strategy that will spread the virus spread over the long term. Germany is a federated state. Therefore, the states have independent autonomy in many areas. However, in order to prevent the federal structure from weakening central politics in the fight against the epidemic, all powers were handed over to the Federal Government's Minister of Health Jens Spahn. Accordingly, it was decided to centrally manage all kinds of procedures, including the mandatory appointment of doctors, supply and distribution of masks (SETA, 2020).

3.2. Combating the Health System and Covid-19 in Italy

The health system of Italy is compared to the British National Health Service (NHS) (Post, 2020). Until the NHS reforms put into practice in the 1990s, health services were under the responsibility and guidance of the state. With the implementation of the NHS system, healthcare services have almost become a free market economy model. With this reform initiated in the health system, it was aimed to create a controlled competition between service providers (public and private sector). For this reason, the delivery and financing of the service are institutionally separated. Accordingly, public health administrations have become units that identify the health needs of the population in their areas of responsibility, purchase from the institutions accompanying the service and measure the quality of service. NHS hospitals, on the other hand, became autonomous by selling the foundation structure and became able to sell services. In this way, it was thought that service providers would have to work more cost-effectively and target high performance (Basol, 2015).

Information about the type of aid and organizations (public-private) provided within the scope of health services in Italy is shown in Table 2. According to this; The distribution of the type of assistance (hospital, outpatient, residential area, semi-residential area, other aid regional and rehabilitation increases) provided by public and private health institutions is included. Apart from the hospital and other regional aids, the obvious superiority of private sector organizations compared to the public is remarkable in the table (Boldrini et al., 2017);

Table 2. Health Services (Public-Private) 2018, Italy

Assistance	Nature of the Structures				Total
	Public	%	Private Accreditation	%	
Hospital Assistance	518	51.8	482	48.2	1000
Specialist Assistance at Outpatient	3514	39.6	5353	60.4	88.67
Territorial Assistance Residential	1302	17.7	6070	82.3	7372
Territorial Assistance to Coresidential	968	31.4	2118	68.6	3086
Other Territorial Assistance Rehabilitation Assistance (ex art. 26)	4862	87.0	724	13.0	5586

Source: Istat, <https://www.istat.it/>

During the 2014-2017 period, the downward trend in the number of hospitalization structures continued due to the rationalization interventions of hospital networks, which determined the

transformation and consolidation of many networks. According to this; the number of public buildings decreased by 2.0% and that of accredited private buildings decreased by 1.7%. There was a significant reduction (1.7%) in public clinics and laboratories for specialist outpatient treatment and a smaller reduction for accredited private structures (0.2%) (Boldrini et al., 2017).

In Italy, the total number of hospitals also decreased over time. As a matter of fact, while there were 1,321 hospitals in the country in 2000, this number decreased to 1,063 hospitals in 2017 (Statista, 2020). In Italy, hospitals generally serve over the middle and middle. However, in Italy, healthcare is one of the most criticized issues. State hospitals are well below the country's general level of development with their capacity, service and operational insufficiency. Quality and service have reached a good level in private hospitals and practices. On the other hand, examination, analysis and bed rates are high. For example, there is a full-fledged American hospital in the capital city of Rome, as well as private hospitals with the possibility of using foreign languages (T. R. Ministry of Health, 2020). In Italy, the facilities that private healthcare services can offer have been unevenly distributed across all regions and have already been abused to a large extent (il Manifesto, 2020). Between 2009 and 2015, public spending on the country's health system decreased by 5 percent, while private health system spending increased (Özdemir, 2020).

In 2001, Italian health spending was about 7 percent of GDP. In 2019- after the major economic crisis of 2008-2013, but also following the slow recovery, this rate fell to 6.6 percent. In addition, Italian healthcare spending is low compared to other major European countries. So much so that; While health expenditures are 8.9 percent of GDP in Italy, it corresponds to 11.5 percent of GDP in France and 11.1 percent of GDP in Germany (Post, 2020).

In addition, significant savings have been made on health personnel in Italy over time. The number of doctors has hardly changed, and very few new doctors have been hired. There are 3.8 doctors per 1000 inhabitants in Italy. The rate of nurses per doctor in Italy is also very low. This rate was calculated as 1.5. It is a figure below the EU average (2.3). Similarly, the number of nurses per 1000 people is 6.1. The EU average is a very low number compared to 8.4 (OECD, 2017).

The COVID-19 Outbreak has adversely affected the Western World. One of the countries most affected by this negativity has been Italy. It is stated that the COVID-19 epidemic will have an impact on the Italian health system and economy for a long time (D'Apolito et al., 2020). The inadequate existing public hospitals in Italy and the inability of private hospitals to combat COVID-19 necessitated a series of legal regulations. One of these legal regulations is the operation of private health institutions by the public. According to this; Private healthcare companies can also be expropriated "existing facilities and equipment", "in use or property" to add special beds to the wards of Covid-19 patients. At the request of the regions, staff of private facilities will need to be made available for emergency healthcare services. In practice, a doctor who is active in a private clinic will have to be transferred to a public hospital if the region deems it necessary. If the emergency continues, both the emergency and the possibility of requesting a facility are prolonged (il Manifesto, 2020).

There are lessons to be learned from the current COVID-19 outbreak. First, it seems that Italy's decentralization and fragmentation of healthcare services have limited timely interventions and effectiveness, and stronger national coordination needs to be achieved. Second, health systems capacity and financing should be more flexible to consider exceptional emergencies. Third, sound partnerships between the private and public sectors should be institutionalized in response to emergencies. Finally, human resource procurement should be planned and financed with a long-term vision. Consistent management choices and a strong political commitment are necessary to create a more sustainable system in the long run (Armocida et al., 2020).

IV. EXAMPLE OF TURKEY IN THE FIGHT AGAINST COVID-19 SPECIFIC TO GERMANY AND ITALY

The 1982 Constitution, social state in Turkey is built on more solid foundations. In this way, it has been accepted as a duty to provide a minimum level of living for individuals' socio-economic status, health problems, and welfare levels, and is based on law. The 2000s are a period when essential developments in the field of health and significant steps were taken in this field. (Ertaş et al., 2016). Turkey brought revolutionary reforms in the health sector in 2002 with the introduction of the Emergency Action Plan. Ministry of Health put Health Transformation Program into practice, which has brought innovations such as ease of access to health services, increasing quality, improving the health information system, and ensuring drug use (Çavmak and Çavmak, 2017). With the health transformation project, a Ministry of Health, which is not responsible for service provision other than public health programs and is more interested in policy determination and regulation, is considered (Yılmaztürk, 2013). When the data for the period 2000-2015 on basic health indicators analysed, it is detected that in the public health system and health indicators, Turkey is in progress. Turkey, compared to Germany; It has been understood that the general health system and fundamental health indicators could not reach the standards of Germany. In a general review, healthcare in Turkey could not reach the standards of developed countries' health systems. Still, compared to the health systems in developing countries, it is concluded that Turkey has better basic health indicators (Çevik and Yüksel, 2019).

The Ministry of Health announced the first case of Covid-19 in Turkey on March 10, 2020. When the current situation is examined chronologically; The scientific committee was established on January 10, 2020, and the 2019-nCoV disease guide for healthcare workers was published by the Ministry of Health General Directorate of Public Health on January 14, 2020 (Sancak and Çöl, 2020). The Coronavirus came to Turkey later than other countries, and Turkey has acquired significant knowledge about the virus. Accordingly, improvement in treatment services has been an important factor in reducing mortality rates (Bekar et al., 2020).

The outbreak has resulted in radical decisions that caused many significant impacts and results in social, economic, legal, military, religious, and cultural areas. Compared to Germany and Italy, Turkey's Global Health Security Index scores and its six sub-category scores are shown in the Table 3 (Bekar et al., 2020);

Table 3. Global Health Safety Index Scores of Countries

	Turkey	Italy	Germany
Overall Score	52,4	56,2	66,0
Prevention	56,9	47,5	66,5
Early Detection and Notification	45,6	78,5	84,6
Quick Answer	49,0	47,5	54,8
Health System	45,7	36,8	48,2
Compliance with International Norms	64,3	61,9	61,9
Risk Environment	56,5	65,5	82,3

Gul et al., (2020) conducted a study on the contamination dynamics of Covid-19 in Italy, Germany, and Turkey by taking social distance, testing, and quarantine. According to this; the number of first cases in Italy predicted to be higher than in Germany and Turkey. It was estimated that Turkey, probably because of the fewer elderly population, will face death by about 30% less than Germany. If social distance and business networks are limited to 25% of the daily routine and breeding ratio is decreased from 2.8 to 1.3, the number of deaths in Germany and Turkey may be limited to few thousand. Random testing can reduce the number of deaths by 10% after testing at least 5/1000 of the

population. Quarantining the family and coworkers of individuals who are tested positive, can reduce the total number of deaths by about 50%.

Table 4. Reported Cases and Deaths by Turkey, Germany and Italy

Countries	Total Number of Cases	Total Death	Total Saved	Active Cases	Total Tests	Population
Italy	349.494	36.140	238.525	74.829	12.460.055	60,436,841
Germany	323.453	9.691	273.500	40.262	18.129.900	83.858.714
Turkey	334.031	8.778	293.145	32.108	11.506.414	84.589.414

Source: WORLDOMETER, 2020

In the above table 4, struggling with Covid-19 "Total Death ", " Total Recovered "and" Number of active cases "of Turkey in terms of statistics, are understood to be in a better position than Germany and Italy. Moreover, Turkey's population is more than these two countries. Italy only "Total Number of Tests" in terms of statistical indicators is superior to Turkey. However, all other statistics are in good condition, according to Italy, Germany and Turkey. There is no doubt that the emergence of this task undertaken by the government in the fight against the epidemic situation in Turkey and in Germany is of great importance. In this respect, Turkey and Germany, health spending will be less obvious. In addition, the low impacts of the epidemic contribute to the creation of an environment of trust in terms of economy.

V. DISCUSSION

“Let them do it” is a false or incomplete opinion, even though it is suggested with the public interest in mind. The primary purpose of the entrepreneur is to profit. In this context, the entrepreneur, acting with the awareness that the state will not be involved, will make decisions primarily in line with his interests when social interests conflict with his claims. For example, to make more profit, the entrepreneur will use insufficient or low-quality resources while producing.

Keynesian economics is a macroeconomic theory based on the views of British economist John Maynard Keynes. Keynes's economy advocates a mixed economy in which the private and public sectors coexist. Keynes did not completely exclude the private sector in putting forward this view, but he offered a market model of state supervision and control in any case.

All activities of the private sector are for profit and then for service purposes. The primary purpose of the state is to serve. It is possible to make a profit in the normal process. This is the environment desired by the private sector. But in extraordinary times, for example; war, earthquake, epidemic etc. Production is interrupted when situations become chronic. After a while, economic activities slow down and come to a halt. Thus, measures such as unemployment problem or low wage policies are taken. The flow of money in the markets is very slow. In such an environment, the phenomenon of snow disappears. The most logical behaviour that can be done for the private sector is the phenomenon of profit everywhere the loss is returned. Without money, there will be no services that are already in the secondary plan. In this context, if the economic system is predominantly private sector, the loss in terms of service will be quite high. However, if the system is predominantly in the public sector, the service will continue even if there is loss.

To be healthy is to stay physically and mentally healthy. Healthy individuals are expected to make the right decisions and behave appropriately. Therefore, societies with healthy populations are important. The positive reflections of this situation will show itself in almost every field. In this context, the healthier a community is, the more it will develop its economic productivity and efficiency. Based on these facts, health services must be provided by the state or be state-controlled.

VI. CONCLUSION

It is possible to evaluate the Germany and Italy struggle regarding Covid-19 on these facts. In the results of working; it has been understood that the health system in Germany is predominantly under the supervision and control of the state by the RKI. However, the situation in Italy is a little different, above all, it does not have an institutional structure like the RKI, which will provide control and unity over the public health system. Therefore, Italy remained heavier on public health services. It is possible to say that the private sector in the field of health services in Italy is more innovative and effective than the public. However, since profit is a primary goal in the private sector, service has remained second in such an extraordinary situation. In Germany, as the state is not for profit, it has taken all precautions in advance, without considering financial costs. In this context, it has been successful in the fight against Covid-19. In Italy, private health institutions, which have implemented policies to save only the day, whose aim is to make a profit, did not care about the situation initially, and the struggle against Covid-19 could not be successful like Germany due to the measures implemented by the Italian government late.

In this context, it belongs to the Classical View in the fight against Covid-19; The argument “Laissez-Faire” (Let It Be) does not work. Instead, the Keynesian Opinion advocates; The importance of policies for “state intervention” has once again been understood. In this respect, at least sacred services such as health and education should be done mostly by the state, just like the justice and security services. Because investments in these sectors are not only about saving the day. These investments are sensitive investments that also closely concern the future of a nation. Even if the government does not intervene directly, expert institutions such as the RKI in Germany should be expanded.

REFERENCES

- AETNA (2020, October 11). *International health insurance*. <https://www.aetnainternational.com/en/about-us/explore/living-abroad/culture-lifestyle/health-care-quality-in-europe-and-scandinavia.html>
- Albers, W., & Anton, Z. (1981). (Hrsg.): *Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft*, Band 3, Göttingen: Vandenhoeck ve Ruprecht.
- Armocida, B., Formenti, B., Ussai, S., Palestra, F. & Missoni, E. (2020). The Italian health system and the COVID-19 challenge. *The Lancet Public Health*, 5(5), doi:10.1016/S2468-2667(20)30074-8
- Barone, C. (2009). A new look at schooling inequalities in Italy and their trends over time. *Research in Social Stratification and Mobility*, 27(2), 92-109.
- Basol, E. 2015. Strategy in developing countries: The chain of referral in health system. *Balkan Journal of Social Sciences*, 4(8), 128-140.
- Bekar, T., Usturalı, M. A. N., & Çöl, M. (2020). *Interpretation of COVID-19 outbreak and case fatality rate*. *Ankara University Faculty of Medicine Covid-19 Book*. <http://www.medicine.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/121/2020/05/COVID-19-Kitap.pdf>
- Boldrini, R., Miriam, D. C., Fulvio, B., Antonella, G., & Irene, M. (2017). *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN, Irene*. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2879_allegato.pdf.
- Bölt, U. (2018). Statistical hospital data: Basic and cost data of hospitals 2015. *Hospital Report*, 341-376.

- Bramucci, A., Prante, F., & Truger, A. (2020). Decades of tight fiscal policy have left the health care system in Italy ill-prepared to fight the COVID-19 outbreak. *Intereconomics*, 3, 147-152.
- Buba M. A. (2019). *Hospital report 2019: The digital hospital*, IWW Institut. <https://www.iww.de/cb/management/aktuelle-studie-krankenhaus-report-2019-das-digitale-krankenhaus-f1202>
- Bundesministerium für Gesundheit , Pressemitteilungen, (2020). <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/>
- Bundeszentrale für politische Bildung, (2020). <https://www.bpb.de/kontakt/>
- Çavmak, D., & Çavmak, Ş. (2017). Historical development of health services and the Health Transformation Program in Turkey. *Journal of Health Management*, 1(1), 48-57.
- Çevik, N. K., & Yüksel, O. (2019). Turkey, Germany and India health systems: A comparative analysis. *Balkan Journal of Social Sciences*, 8(16), 209-218.
- D’Apolito, R., Martina, F., Immacolata, O., & Luigi, Z. (2020). Disruption of arthroplasty practice in an orthopaedic center in Northern Italy during COVID-19 pandemic. *The Journal of Arthroplasty*, 10.1016/j.arth.2020.04.057.
- Davidson, P. (1994). *Post Keynesian macroeconomic theory: A foundation for successful economic policies for the twenty-first century*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Değer, A. (2020, May 18). *Coronavirus: How does Germany make a difference in the fight against the epidemic?* BBC-NEWS, Edition: 21, UTB, Stuttgart. <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-52053276>
- Doetter, F. L., & Götze, R. (2011). *The changing role of the state in the Italian healthcare system*. Bremen: TranState Working Papers 150.
- Ertaş, H., İleri, H., & Seçer, B. (2016). Concept of health policy and investigation of health policies in Turkey. *Selcuk University Social and Technological Research Journal*, (12), 186-186.
- EUROSTAT. *Hospital beds*. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00046/default/table?lang=en>
- Federal Minister of Health. (2020). *Who we are?* www.bundesgesundheitsministerium.de
- Foley, W., & Gërxhani, K. (2020). Hands-off? Laissez-faire policies on Covid-19 may exacerbate health inequalities. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 10.1108/IJSSP-06-2020-0220.
- France, G., Taroni, F., & Donatini, A. (2005). Italian healthcare system. *Health Economics*, 14(S1), 187-202.
- Gaspard, T. (2004). *A political economy of Lebanon 1948–2002: The limits of laissez-faire*. Boston: Brill.
- Granozio, F.M. (2020). *On the problem of comparing Covid-19 fatality rates*. <https://arxiv.org/abs/2004.03377>

- Gul, S., Kagan T., Binici, B., & Beyazit, B.A. (2020). Transmission dynamics of Covid-19 in Italy, Germany and Turkey considering social distancing, testing and quarantine. *The Journal of Infection Developing Countries*, 14(7), 713-720.
- Herr, D., Hohmann, A., Varabyova, Y. & Schreyögg J. (2018). *Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit in der stationären Versorgung*, Krankenhaus-Report, 23-38.
- Hospital Report. (2020). *Needs and needs justice*. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Krankenhausreport/2018/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido_khr2018_kap19.pdf
- HOPE. (2020, October 16). *Hospitals In Europe Healthcare Data*. https://www.hope.be/wp-content/uploads/2018/07/2018_Hospitals-in-EU-28-Synthesis-final-for-publication-002.pdf
- Hugrée, C., Penissat, É., & Spire, A., (2015). Les différences entre salariés du public et du privé après le tournant managérial des États en Europe. *Revue française de sociologie*, 56 (1), 47-73.
- Il Manifesto. (2020). *Private health becomes "public". But that's not enough*. <https://ilmanifesto.it/la-sanita-privata-diventa-pubblica-ma-non-basta/>
- Istat. (2020). *Istituto Nazionale di Statistica*. <https://www.istat.it/>
- Keynes et al. (1932). Private Spending, Money for Productive Investment, A Comment by Economists. *The Times*, Oct 17, 13.
- Keynes, J. M. (1980). *General theory of employment interest and money* (Trans. Asim B.). İstanbul: Minnetoğlu Publications.
- Kluth, W. (2018). Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit aus rechtlicher Sicht. *Krankenhaus-Report*, 39-52.
- Krol, G. J., & Schmid, A. (2002). *Volkswirtschaftslehre: Eine problemorientierte Einführung*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Mitra, A.K., Payton, M., Kabir, N., Whitehead, A., Ragland, K.N., & Brown, A. (2020). Potential Years of Life Lost Due to COVID-19 in the United States, Italy, and Germany: An Old Formula with Newer Ideas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12). doi: 10.3390/ijerph17124392
- OECD (2017). *European Observatory on Health Systems and Policies*. Italy: Country Health Profile, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283428-en>
- Özdemir, Ö. (2020). How prepared are the health systems of Western countries, which have become the center of the coronavirus epidemic? *BBC, News*. <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-52049989>
- Persky, J. (1995). Retrospectives: The ethology of homo economicus. *The Journal of Economic Perspectives*, 9(2), 221–231.
- Post. (2020). *Has Italian healthcare expenditure been cut?* <https://www.ilpost.it/2020/03/15/tagli-sanita/>
- Robert Koch Institut. (2020). *Changes compared to the version. Section risk assessment*. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/

- Sancak, M., & Çöl M. (2020). Covidien-19 chronological investigation of the pandemic in Turkey. *Ankara University Medical School Covidien-19 Book*. <http://www.medicine.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/121/2020/05/COVID-19-Kitap.pdf>
- SETA. (2020,). *How Germany struggles with coronavirus?* <https://www.setav.org/5-soru-almanya-koronavirus-ile-nasil-mucadele-ediyor/>
- Shehzad, K., Xiaoxing, L., & Kazouz, H. (2020). COVID-19's disasters are perilous than Global Financial Crisis: A rumor or fact? *Finance Research Letters*, 36, 101669.
- Skidelsky, R. (2009). *Keynes: The return of the master*. United Kingdom: Allen Lane.
- Smith, A. (1909). An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations. In C. J. Bullock (Ed.). *The Harvard Classics*. New York: P.F. Collier & Son.
- Starbatty, J. (1985). *The English classics of the national economy*. Teaching and impact. Wiss. Book company.
- Statista. (2020). *Of hospitals in Italy from 2000 to 2017*. <https://www.statista.com/statistics/557April2/hospitals-in-italy/>
- Sullivan, A., & Steven M. S. (2003). *Economics: Principles in action*. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Süddeutsche Zeitung. (2020). *Coronavirus: Der Ausbruch in Bayern*. <https://www.sueddeutsche.de/bayern/coronavirus-bayern-rueckblick-januar-februar-1.4794769>
- T. R. Ministry of Health (2020). *Directorate general of health for borders and coasts Turkey*. Italy. <https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/SaglikBilgisi/ITA>
- WHO, World Health Organization (2020). *Global health expenditure database?* <https://www.who.int/>
- WORLDOMETER, (2020). Covid-19 Coronavirus Pandemic, <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>
- Yılmaztürk, A. (2013). Historical Development and Evaluation of Global Quality of Health Care Reform Health Transformation Program in Turkey. *Journal of Social Sciences Research*, (1), 176-188.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

MELEZ YÖNETİCİLİĞİN SAĞLIK YÖNETİCİLERİ PERSPEKTİFİNDEN NİTEL YÖNTEMLE ARAŞTIRILMASI

Tuğba Gül BAYNAL DOĞAN *
Özgür DEMİRTAŞ **
Sermed DOĞAN ***


ÖZ

İş yaşamındaki kişilerin eğitim aldıkları alandan farklı bir alanda çalışması sonucu oluşan melez yöneticilik kavramı, sağlık kurumlarında yönetim pozisyonlarında sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Sağlık kurumları bakımından önem arz eden bu kavram kapsamında mevcut çalışmada melez yöneticilerin yönetici oluş süreçlerini, kimlik tercihlerini, karşılaştıkları sorunları, sağlığın yönetilmesi konusunda gereklilik algılarını ve ücret tatminlerini mesleki kimlik ayrımı yapmaksızın bir değerlendirme yapılması amaçlanmaktadır. Çalışma kapsamında on sağlık yöneticisi ile yarı yapılandırılmış bir anket ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler sonucunda elde edilen verilerin analizinde NVivo 12 programı kullanılarak tematik analiz uygulanmıştır. Çalışma sonucunda melez sağlık yöneticilerinin buldukları pozisyonlara gelmelerinde gerekli kriterlerin haricinde informal ilişkilerin ve mecburiyet faktörlerinin etkili olduğu; melez sağlık yöneticilerinin özellikle sağlık mevzuatı, sağlık kurumlarında finansal konular ve resmi süreçlerin işleyişi ile ilgili bilgi eksiklikleri olduğu tespit edilmiştir. Çalışma kapsamında sağlık kurumları yönetim sistemine yönelik önerilerde bulunulmuştur.


Anahtar Kelimeler: Melez yöneticilik, mesleki kimlik, iş kimliği, sağlık kurumları, tematik analiz

MAKALE HAKKINDA

* Doktora Öğrencisi, Kayseri Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, baynaltugba@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2832-3157>

** Doç. Dr., Kayseri Üniversitesi, Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, demirtasozgur@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2495-2124>

*** Öğr. Gör., Kayseri Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu, sermeddogan@kayu.edu.tr

 <https://orcid.org/0001-0001-8782-7227>

Gönderim Tarihi: 10.08.2020

Kabul Tarihi: 02.11.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Baynal Doğan, T. G., Demirtaş, Ö. & Doğan, S. (2020). Melez yöneticiliğin sağlık yöneticileri perspektifinden nitel yöntemle araştırılması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 681-698

INVESTIGATION OF HYBRID MANAGEMENT FROM PERSPECTIVE OF HEALTH MANAGERS BY QUALITATIVE METHOD

Tuğba Gül BAYNAL DOĞAN *
Özgür DEMİRTAŞ **
Sermed DOĞAN ***


ABSTRACT

The concept of hybrid management, which is formed as a result of working in a field different from the field of education, is a common situation in health institutions in management positions. Within the scope of this concept, which is important for health institutions, in the current study, it is aimed to make an evaluation of the management processes of the hybrid managers, their identity preferences, the problems they face, their perception of necessity in the management of health and their wage satisfaction without making any professional identity distinction. Within the scope of study conducted semi-structured interviews with ten health managers. In the analysis of the data obtained as a result of the survey interview is implemented thematic analysis by using NVivo 12 program. As a result of the study, it has been determined that informal relationships and obligatory factors were effective in getting the hybrid health managers to their positions apart from the necessary criteria and hybrid healthcare managers have lack of knowledge especially on health legislation, financial issues in health institutions and the functioning of official processes. Within the scope of the study, suggestions have been made oriented towards the management system of health institutions.


Keywords: Hybrid management, profession identity, work identity, health institutions, thematic analysis

ARTICLE INFO

* Kayseri University, baynaltugba@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2832-3157>

** Kayseri University, demirtasozgur@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2495-2124>

*** Kayseri University, sermeddogan@kayu.edu.tr

 <https://orcid.org/0001-0001-8782-7227>

Received: 10.08.2020

Accepted: 02.11.2020

Cite This Paper:

Baynal Doğan, T. G., Demirtaş, Ö. & Doğan, S. (2020). Melez yöneticiliğin sağlık yöneticileri perspektifinden nitel yöntemle araştırılması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 681-698

I. GİRİŞ

Değişen çevre şartları, gelişen teknoloji, karmaşıklaşan örgüt yapıları, yeni çalışma sahaları ve sorumlulukların niceliğindeki artış sebebiyle yönetim anlayışının gün geçtikçe kompleks hale gelmesi, yöneticilerin alanlarında daha donanımlı olmalarını gerektirmektedir. Özellikle sağlık hizmeti gibi ikamesi olmayan, ivedilik durumunun söz konusu olduğu, hizmet üretimi ve tüketiminin eş zamanlı olarak gerçekleştiği yapılarda yönetim anlayışının donanımlı hale getirilmesi ve aksamalara sebebiyet vermeden yürütülmesi ciddi bir önem arz etmektedir. Diğer taraftan sağlık hizmet sunumu esnasında tıbbi, idari ve teknik işlerin yürütülmesinde birçok meslek grubunun bir arada bulunması yönetim organizasyonunu ciddi anlamda zorlaştırmaktadır. Bu bağlamda sağlık kurumlarının yönetimlerinde alanında uzman, kurumun tüm iş sahalarına hakim, profesyonel kişilerin varlığı gereklidir.

Türkiye’de sağlık yönetimi bölümünün geçmişi 1963 yılına dayanmasına rağmen, istihdam politikalarında halen sorunlar yaşanmakta, mesleki kimlik sorunu çözülememektedir. Meslek profilinin elli altı yıllık geçmişine rağmen sağlık yönetimi mesleki kimliğine sahip kişiler halen kurumlarda gerekli yerlerde istihdam edilememekte, sağlık yöneticilerinin iş sahalarında farklı mesleki kimliklere sahip kişiler görev yapmaktadır. Özellikle ülkemiz şartlarında hekimliğin sağlık hizmetlerinde en üst mertebe olarak görülmesi sebebiyle sağlık yöneticiliği pozisyonları ağırlıklı olarak hekimlik mesleki kimliğine sahip kişiler ile yürütülmektedir. Aynı zamanda ülkemizde sağlık yöneticiliği üzerine herhangi bir eğitim almamış kişiler sağlık kurumlarında yönetim pozisyonlarında görevlendirilmektedir. Bu anlayış sağlık yönetimi alanında “melez yöneticilik” mefhumunun ortaya çıkmasının temel sebebidir.

Sağlık kurumlarındaki bu melez yönetim anlayışı sebebiyle kurumlarda yönetim anlamında ciddi sorunlarla karşılaşmakta, isteyerek veya istemeyerek sağlık kurumlarında melez yönetici halini almış çalışanlar iş sahalarında zorluklarla mücadele etmektedir. Bu durum sağlık kurumlarının performansını ve verimliliğini derinden etkilemektedir. Sağlık kurumlarının yönetimi açısından vahim sorunlar doğuran bu konuda literatürde sadece melez hekim yöneticiler (Kaya, 2018; Kurunmäki, 2004; Joffe ve MacKenzie-Davey, 2012; Kippist ve Fitzgerald, 2009; McGivern vd., 2015) ya da hekimlik ve hemşirelik mesleki kimliğine sahip yöneticiler (Spehar vd., 2014) üzerine odaklanıldığı görülmektedir. Hâlbuki günümüzde sağlık yönetim pozisyonlarında çok çeşitli mesleki kimliğe sahip kişiler yer almaktadır. Bu bağlamda çalışma kamu sağlık kurumları bazında melez yöneticilik kavramını hekimlik ve hemşirelik mesleki kimliğine sahip yöneticilerin yanı sıra, başka mesleki kimliklere sahip sağlık yöneticileri perspektifinden de inceleyerek literatürdeki boşluğu gidermeyi amaçlayan ilk çalışma olması bağlamında önem arz etmektedir.

II. LİTERATÜR İNCELEMESİ

2.1. Mesleki Kimlik

Kimlik kavramı insanların kim olduğunu ortaya koyan bireysel ve toplumsal bazda bir değerlemedir. Bu kavram kişilerin doğuştan var olan özelliklerini içerebileceği gibi sonradan edindiği nitelikleri de içerebilir. Özellikle günümüzde insanları tanımlarken en çok bahsi geçen niteliklerden biri olan meslek kavramını ele alan Christiansen, bireylerin meslekleri ile kişisel ve sosyal kimlikleri arasında açık bir bağlantı olduğunu, meslek kavramının bireylerin kimliğinin oluşturulmasında katkı sağladığını saptamıştır (Christiansen, 1999).

Mesleki kimlik kavramının ikinci unsuru olan meslek kavramının tanımına bakılacak olursa “Belli bir eğitim ile kazanılan, sistemli bilgi ve becerilere dayalı, insanlara yararlı mal üretmek, hizmet vermek ve karşılığında para kazanmak için yapılan, kuralları belirlenmiş iş” olarak bahsedilmektedir (TDK, 2011). Bu bağlamda mesleki kimlik; mesleğin ideolojisinden kaynaklanan bir terim olup, bireye mesleki faaliyetleri esnasında “kim” olduğu anlayışı kazandırır (Korkmaz ve Görgülü, 2010). Profesyonallığa ulaşmanın yolu ise mesleki kimliği geliştirmektir (Çeltek, 2019). Bu durumda mesleki kimlik, bireylerin eğitimlerini baz alarak uzman olduğu alanlarda profesyonellığa ulaşma

sürecini de ifade eden bir kavramdır. Bu bağlamda literatürde profesyonel kimlik ile aynı anlamda telaffuz edilmektedir (Kaya, 2018; Sabancıoğulları ve Doğan, 2012).

Mesleki kimlik kavramı temelde Sosyal Kimlik Teorisi'ne dayanmaktadır. Sosyal Kimlik Teorisi'ne göre, insanlar kendilerini ve diğerlerini örgütsel üyelik, dini ilişki, cinsiyet ve yaş grubu gibi çeşitli sosyal kategorilerde sınıflandırma eğilimindedirler (Tajfel ve Turner, 1989). Bu sınıflandırmadan biri olan mesleki kimliğin gelişimini anlamak için Sosyal Kimlik Teorisi'ni incelemek yararlıdır. Sosyal kimlik teorisine göre kimlik gelişimi için bir grubun olması ve insanların belirli bir gruba aitlik ve üyelik duygusunun nasıl geliştiğini anlaması gerekir. Bu bağlamda sosyal kimlik teorisi hekim, öğretmen, sosyal hizmet uzmanı, psikolog gibi güçlü mesleki kimliği olan mesleklerin kariyer ömrü boyunca nasıl geliştiklerini ve güçlendiklerini anlamaya yardımcı olur. Dolayısıyla kimliği niteleyen "ben kimim?" sorusunun "ben ne yapıyorum?" sorusunu etkilediği söylenebilir (Joffe ve MacKenzie-Davey, 2012). Bu bağlamda mesleki kimlik kavramı, mesleğin ideolojisinden kaynaklanan, bireye mesleki faaliyetler içinde "kim" olduğu yönünde anlayış kazandıran, dolayısıyla meslek üyesine mesleki yaşamdaki yerini belirten bir kavramdır (Korkmaz ve Görgülü, 2010).

2.2. İş Rolü/Kimliği

İş kavramı çoğunlukla meslek kavramının ikamesi olarak kullanılsa da temelde farklı anlamlara sahiplerdir. Türk Dil Kurumu tarafından yapılan iş tanımına bakıldığında iş kavramı "Birinden istenen hizmet veya birine verilen görev" olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2011). Meslek kavramının tanımı ile kıyaslandığında iki kavram arasındaki temel farkın "eğitim" unsuru olduğu görülmektedir. Bu farklılıktan yola çıkarak iş kimliği, bir kişinin benimsediği rolleri ve işini yaparken yerine getirdiği davranış biçimlerini şekillendiren örgütsel, mesleki ve diğer kimliklerin birleşiminden oluşan iş temelli bir kavramı ifade eder (Walsh ve Gordan, 2008). Yani iş kimliği kavramı mesleki kimliği de kapsamına alabilen bir olgudur. Özellikle bireyler aldıkları eğitime uygun bir pozisyonda istihdam edildiklerinde iş kimliği mesleki kimlik ile bütünleşebilmektedir.

Başka bir tanımda iş kimliği, çalışanların iş yaşamında karşılaştıkları güç (iktidar) yapılanması içerisinde konumlanan kimlik anlayışı olarak da tanımlanabilir (Wallace, 2002; Baugher, 2003). Bu tanımda iş kimlikleri kapsamında her zaman liyakate ve mesleki kimliğe uygun bir şekilde gerekli niteliklerin dikkate alınmadığını, kurumdaki güç yapılanmasına bağlı olarak iş kimliğinin şekillendiğini ortaya koymaktadır. Bu durumda mesleki kimlik ile kıyaslandığında iş kimliği/rolü kavramı bünyesinde eğitim kavramını tam anlamıyla barındırmayan, kurum içerisinde bulunan rollerin getirdiği bir kimlik algısıdır.

2.3. Melez Yöneticilik Kavramı ve Sağlık Kurumlarında Melez Yöneticiler

Çiçek hastalığının eradike edilmesinin Dünya Sağlık Örgütü tarafından resmen ilan edildiği günlerde, eradikasyonda başrolü oynayan bir uzman, zamanla slogan haline dönüşen "Çiçek hastalığı eradike edildi, sıra kötü yönetimde!" sözünü söyleyerek yönetim konusundaki yanlışlığa vurgu yapmıştır (Hayran, 2012). Bu eradikasyon süreci 1980'lerde gerçekleşmesine rağmen yönetimde halen gerekli iyileşmeler yapılamamış, hatta bazı yönetsel alanlarda gerilemeler söz konusu olmuştur. Bu alanlardan biri de ne yazık ki sağlık sektörüdür.

Sağlık kurumları devlet sağlık kaynaklarının çok büyük bir kısmını tüketen, özellikle gelişmekte olan ülkelerde devlet tarafından yapılan tekrarlanan sağlık harcamaları sebebiyle ciddi meblağlarda kaynak kullanımı söz konusu olan bir sektördür. Ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, Türkiye'de 2019 yılı devlet bütçesinden 156,9 Milyar TL sağlık için ayrılmıştır. Oransal olarak incelendiğinde 2002 yılında %11,3 olan sağlık harcamalarının bütçe içerisindeki payı 2019 yılında %16,3'e ulaşmıştır (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2020). Yapılan incelemeler sağlık kurumlarındaki bu tekrarlayan harcamaların teknik ve yönetsel verimsizlik sebebiyle oluştuğunu ve dolayısıyla büyük miktarda kaynak israfı içerdiğini göstermektedir. Hastane harcamalarını kontrol etmek ve sağlık kurumlarının

yönetim konusunda etkinliğini iyileştirmek için sağlık kurumlarında profesyonel yönetim anlayışına ihtiyaç vardır (Tabish, 1998).

Birçok meslek dalını bünyesinde bulunduran kompleks yapılara sahip olmaları sebebiyle insan kaynakları, sağlığın içerisinde ekonomik unsurları barındırması sebebiyle muhasebe-finans, geri dönüşü olmayan insan sağlığı konusunda hizmet vermesi sebebiyle hizmet kalitesi, genelde üzüntü ve olumsuz bir ruh haline sahip olan hasta ve hasta yakınları ile iletişim bakımından halkla ilişkiler alanında etkili olması özellikle sağlık kurumlarında iyi yönetimin gerekliliklerindedir. Fakat ne yazık ki Türkiye’de profesyonel anlamda hastane yöneticiliği alanında personel yetiştiren kökeni 1963 yılında Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB) tarafından kurulan Sağlık İdaresi Yüksek Okulu’na dayanan sağlık yönetimi bölümü (Şener vd., 2010) elli altı senelik bir mevcudiyeti bulunmasına rağmen istihdam politikalarında halen sorunlar söz konusudur.

Uluslararası perspektifte, sağlık hizmeti veren örgütlerin tıbbi kuruluş oldukları kadar ekonomik ve sosyal amacı olan örgütler de oldukları anlayışının gelişimi ile birlikte profesyonel yönetim eğitimi almış kişiler tarafından yönetilmeleri bir zorunluluk halini almıştır (Çınaroğlu, 2012). Türkiye’de de 2011 yılında 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile bu anlamda önemli bir gelişme yaşanmış Kamu Hastaneler Birlikleri kurulmuş ve bu birliğin en üst karar ve yürütme organı genel sekreterlik olmuştur. Birliğe bağlı hastaneler, hastane yöneticisi tarafından yönetilmesi ve hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idarî ve malî işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulmasına karar verilmiştir (Resmi Gazete, 2011). Ayrıca 2014 yılında 22.05.2014 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanan “Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik” ile sağlık yönetimi bölümünün “Sağlık Yöneticisi” olarak görev tanımı yapılmıştır (Resmi Gazete, 2014).

Resmi anlamda yapılan bu iyileştirmelere rağmen ne yazık ki uygulama alanlarında işlerlik kazandırılmamıştır. Sağlık kurumlarında hastane yöneticiliği kadrosunun oluşturulması ve bölümün görev tanımının bu kadroya uygun olmasına rağmen o yıllarda bu pozisyon için farklı mesleki kimliğe sahip kişiler uygun görülmiştir. 2017 yılında ise bu sistem 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile tamamen değiştirilmiş ve “Hastaneler hastane başhekimisi tarafından yönetilir. Hastane başhekimine bağlı olarak idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulur.” (Resmi Gazete, 2017) ibaresi ile hastane yöneticiliği tamamen ortadan kaldırılmıştır. Aynı KHK’da “Eğitim ve araştırma hastaneleri hariç diğer hastane başhekimlerinin uzman tabip veya tıp, hukuk, kamu yönetimi, işletme, sağlık yönetimi alanında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış tabip” olması gerektiği vurgulanmıştır (Resmi Gazete, 2017). İşte melez yöneticilikte tam olarak bu noktada ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde sağlık yöneticiliği ayrı bir mesleki kimliğe sahip olmasına rağmen farklı mesleki kimliğe sahip insanların hastanelerde, il ve ilçe sağlık müdürlüklerinde sağlık yöneticiliğinin idari pozisyonlarında görev almaları sonucu melez yöneticilik kavramı doğmaktadır. Bu bağlamda melez yöneticilik profesyonel bir geçmişi yönetim becerileri ve sorumluluklarıyla birleştiren yöneticileri tanımlamak için kullanılmaktadır (Spehar vd., 2014).

Melez yöneticilikte kişinin eğitimini aldığı meslek dolayısıyla kazandığı profesyonel mesleği ile kurum içi görevinden dolayı kazandığı iş kimliğinin bir araya gelmesiyle melezleşmiş bir iş kimliği ortaya çıkmaktadır (Kaya, 2018). Bu kişilerin isteyerek ya da istemeyerek mesleki kimliklerinden farklı bir iş kimliğine büründürülmesi bazı sorunlarla karşılaşmasına sebep olabilmektedir. Melez yöneticiliği kapsamına giren bu sorunlar sadece kurumları olumsuz etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda kurumlardaki melez yöneticilerin yıpratıcı süreçler yaşaması, iş arkadaşları tarafından mobbinge ve hatta zorbalığa (bullying) kadar varan kurum içi anlaşmazlıklara sebep olmaktadır. Bu konuda literatürde Cascon-Pereria ve diğerleri tarafından hekim yöneticiler üzerine yapılan çalışmada, melez yöneticilerin kendilerini yönetim rollerinden uzak tutmaya çalıştıkları, aynı zamanda melez yöneticiler de yönetsel rolün stres ve belirsizlik duyguları yarattığını belirtmiştir (Cascon-Pereria vd., 2016).

III. YÖNTEM

Çalışma kapsamında bir fenomen veya kavramla ilgili yaşanmış deneyimlerinin ortak anlamını tanımlamayı ve bir fenomenle ilgili bireysel deneyimleri evrensel nitelikteki bir açıklamaya indirgemeyi amaçlayan fenomenoloji (olgubilim) araştırma deseni (Belkıs, 2016) ile melez yönetim kavramı incelenmiştir. Olgubilim araştırmalarında veri kaynakları araştırmanın odaklandığı olguyu yaşayan ve bu olguyu dışı vurabilecek kişilerden oluşması gerekliliği (Yıldırım ve Şimşek, 2008) sebebiyle yöneticilerin bu araştırma için doğru çalışma grubu olacağı düşünülmektedir. Çalışmaya dahil edilecek yöneticilerin seçiminde amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak melez yöneticilik tanımına uygun yöneticiler Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü ve müdürlüğe bağlı Kayseri Devlet Hastanesi web sayfaları taranarak belirlenmiştir.

Belirlenen örnekleme bulunan yöneticilere telefon ile ulaşılarak randevu talep edilmiş ya da randevu almaksızın şahsi ziyaret yoluyla doğrudan görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bazı yöneticiler görüşmeyi kabul ederken, bazıları çok yoğun olduklarını veya “Ben melez değilim.” şeklinde konuyla ilgili olmadıklarını belirterek görüşmeyi reddetmişlerdir. İzin alınan yöneticilerin melez yöneticilik bağlamında incelenmesi için sınırlandırılmış bir anket formu kullanılarak konu ile ilgili yeterli bilgiye ulaşılabileceğine ilişkin şüpheler ve katılımcıların sözel olmayan davranışlarının kontrolünü sağlayabilmek amacıyla çalışma kapsamında nitel araştırma veri toplama tekniklerinden görüşme yöntemi kullanılmıştır. Görüşme esnasında konunun derinlemesine incelenmesi amacıyla yarı yapılandırılmış görüşme tekniği tercih edilmiştir. Aynı zamanda yapılan görüşmelerin katılımcıların kendi çalışma ortamlarında yapılması yöneticilerin iş süreçlerindeki hal ve hareketlerinin eş zamanlı olarak gözlemlenmesine fırsat vermiştir.

Doğası gereği genellikle küçük örneklemler üzerinde çalışılan nitel araştırmalarda (Gürbüz ve Şahin, 2018) ihtiyaç duyulacak katılımcı sayısını belirlemekten ziyade analize eklenecek yeni bir materyal bulunmadığı noktaya kadar -veri seti doygunluğa ulaşana kadar- veri toplanmaya devam edilmesi gerekmektedir (Jolley, 2014). Bu mantık çerçevesinde araştırma yapılan kurumlar bazında yapılan 10 görüşme sonrasında, katılımcıların benzer ifadeleri dile getirmesiyle veri setinin gerekli doygunluğa ulaştığı görülerek araştırma sonlandırılmıştır. Çalışma kapsamında kullanılacak yarı yapılandırılmış görüşme formu Kaya (2018)'nin yüksek lisans tezinde kullandığı yarı yapılandırılmış görüşme soruları baz alınarak kavramsal çerçeveye uygun olarak araştırmacı tarafından revize edilmiştir. 20 Ekim 2019-20 Kasım 2019 tarihleri arasında yapılan görüşmeler toplamda 4 saat 55 dakika sürmüştür. Görüşmeler esnasında ses kayıt cihazı kullanımına kurum tarafından izin verilmemesi sebebiyle katılımcı ile konuşma esnasında veri kaybına mahal vermemek için ikinci bir araştırmacı sürece dahil edilerek katılımcıların görüşleri eş zamanlı not alınmıştır.

Çalışma kapsamında elde edilen verilerin analizi için; veri örneklerini (temaları) belirleme, analiz etme ve raporlama için kullanılan, veri setini en küçük boyutlarda düzenlemeyi ve derinlemesine betimlemeyi sağlayan tematik analiz (Braun ve Clarke, 2006) kullanılmıştır. Tematik analiz kapsamında verilere aşina olma, ilk kodları oluşturma, temaları geliştirme, temaları tanımlama adlandırma, temaların gözden geçirilmesi ve raporun hazırlanması aşamalarını içeren altı adım uygulanmıştır. Temaları geliştirme, tanımlama ve adlandırma aşamalarında mantıksal kategorileme işlemi yapılanaya kadar verilerin benzer bir şekilde gruplandırılması için afiniti (yakınlık) diyagram modeli kullanılmıştır. Bu diyagramın oluşturulmasında meslektaş teyidinden faydalanılması amacıyla sürece aynı alanda çalışan bir araştırmacı dahil edilmiştir. Sürece dahil edilen araştırmacı ile fikir ayrılıkları eş zamanlı olarak tartışılarak çözülmüştür (Holden vd., 2018). Verilerin analiz sürecinde ise Nvivo 12 nitel araştırma programından yararlanılmıştır.

Çalışma kapsamında veri toplama ile ilgili sürecin detaylı bir şekilde aktarılması (transfer edebilirlik), verilerin toplanması aşamasında başka bir araştırmacının sürece dahil edilerek gözleme bağlı güvenilirlik sağlanması, verilerin toplanmasından analiz edilip raporlanmasına kadar geçen sürece başka bir araştırmacının görüşlerinin alınması ile meslektaş teyidi sağlanması, analizin ilk aşamasında elde edilen verilerin hiçbir yorum katılmaksızın betimsel bir yaklaşımla doğrudan

sunulması ve ham verilerin başkası tarafından incelenebilecek bir şekilde saklanması ile çalışmanın geçerliliğinin ve güvenilirliğinin artırılması hedeflenmiştir (Jolley, 2014; Yıldırım ve Şimşek, 2008).

Araştırmanın yapılabilmesi için Kayseri Üniversitesi Etik Kurulu (Başvuru No: 34), Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü ve Kayseri Devlet Hastanesi'nden (15.10.2019 tarihli ve 93079172-703.01-48560 sayılı) gerekli izinler alınmıştır.

3.1. Araştırmanın Problem Cümleleri

Melez sağlık yöneticilerin yönetici oluş süreçlerini, kimlik tercihlerini, karşılaştıkları sorunları, sağlığın yönetilmesi konusunda gereklilik algılarını ve ücret tatminlerini incelemeyi amaçlayan çalışmanın, bu değerlendirmeyi mesleki kimlik ayrımı yapmaksızın gerçekleştirerek literatürdeki boşluğu dolduracağı düşünülmektedir. Literatürdeki mevcut boşluğa binaen araştırma kapsamında şu sorular ele alınacaktır:

- Melez sağlık yöneticileri yönetim pozisyonuna hangi yollarla gelmektedir?
- Melez sağlık yöneticilerine tercih imkânı sunulsa kimlik tercihleri ne yönde olur?
- Melez sağlık yöneticilerinin karşılaştıkları sorunlar nelerdir?
- Melez sağlık yöneticilerine göre sağlığın yönetilmesinde gerekli olan kriterler nelerdir?
- Melez sağlık yöneticileri yaptıkları iş karşılığında aldıkları ücretten tatmin oluyor mu?

Araştırma sorularının sonuçlandırılması amacıyla on yönetici ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

IV. BULGULAR

Çalışma kapsamında görüşme sağlanan yöneticilerin görev yaptıkları kurumlar, görevleri, aldıkları eğitim, toplam mesleki deneyim süreleri ve yöneticilikte deneyim süreleri Tablo 1'de aktarılmıştır. Ancak çalışma kapsamında kişilerin mahremiyetini korumak adına katılımcıların gerçek isimleri K1, K2, ..., K10 şeklinde kodlanmıştır.

Tablo 1. Katılımcıların Profili

Katılımcı	Mesleki Kimlik	İş Kimliği	Toplam Deneyim	Yöneticilik Deneyimi	Sağlık Yönetimi Eğitimi
K1	İşletme	Üst düzey yönetici	34	22	Yok
K2	İşletme	Orta düzey yönetici	33	5	Yüksek Lisans
K3	Hekim	Orta düzey yönetici	19	5	Yüksek Lisans
K4	Sağlık Eğitim Enstitüsü	Orta düzey yönetici	31	19	Yüksek Lisans
K5	Hekim	Orta düzey yönetici	23	8	Yok
K6	Hekim	Alt düzey yönetici	16	7	Yüksek Lisans
K7	Hekim	Orta düzey yönetici	28	2	Yok
K8	Hemşire	Orta düzey yönetici	21	6	Yok
K9	Hemşire	Alt düzey yönetici	23	2	Yok
K10	Laborant	Alt düzey yönetici	22	2	Açıköğretim

4.1. Yöneticilik Pozisyonuna Geliş Süreci

Temaların ve kodların incelenmesine katılımcıların buldukları pozisyona geliş süreçleri ele alınarak başlanmıştır. Katılımcılar buldukları pozisyona gelişlerini dayandırdıkları sebepler Tablo 2'de aktarılmıştır.

Tablo 2. Yöneticilik Pozisyonuna Geliş

Kod	Kişi	Görüş
Başarı	K6	"Performansım dolayısıyla o zamanki müdürüm idari kadroya yükseltti."
Eğitim	K2	"Aldığım eğitim de buna müsaitti aslında o yüzden yöneticiliğe kendi isteğim doğrultusunda geldim."
	K4	"...zaten bu alanda yetiştim eğitimim süresince o yüzden isteyerek geldim."
İnformel İlişkiler	K6	"...sonrasında müdürüm değişti gelen müdür referans durumumu sorguladı. Benim de hiçbir referansım olmadığı için kadrom uzman kadrosuna alındı."
	K5	"...bu benim adamım değil deyip seni alıyorlar aşağı bir seviyeye geri indiriyorlar. Benim bu pozisyona gelişimde bu şekilde aslında şube müdürlüğünden başkan yardımcılığına gerileme durumum söz konusu oldu."
Tecrübe	K1	"Daha sonra dediler gel senin deneyiminden yararlanacağız, Kamu hastaneler birliğine atamam yapıldı."
	K7	"Daha önceki tecrübelerimde edindiğim satın alma ve hastane içinde diğer bölümlerle ilişkilerime dayanarak başhekim bey teklif etti."
Üst Yönetimin Uygun Görmesi	K3	"Daha önce hekim olarak çalıştığım kurumda amirlerim bende bir şeyler görüp yanlarına aldılar."
	K8	"Müdürlerim tarafından uygun görülerek yöneticilik pozisyonuna geldim."
	K9	"Yönetici olma gibi bir talebim olmadı, birisi ismimi vermiş müdürlük de uygun gördü onun üzerine oldu."
	K10	"Bu pozisyonda açık vardı beni uygun gördüler ama tabi bende istekliydim bu işi yapmaya."

4.2. Kimlik Tercihii

Bu kısımda katılımcıların kimlik tercihleri sorgulanmıştır. Katılımcıların mesleki kimliklerine dönmek isteyip istemedikleri sorgulanmıştır. Bu tema altında oluşan kodlar Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Katılımcıların Kimlik Tercihleri

Kod	Kişi	Görüş
İş Kimliğine Bağlılık	K4	"Yöneticilik yapmak isterdim."
	K1	"Yöneticilik yapmak isterdim."
	K2	"İşimi severek yapıyorum. Evet, karşılaştığımız problemler, zorlandığımız noktalar var ama üstesinden geliyoruz. Bir tercihte bulunacak olsam yine yönetici olmak isterdim."
	K3	"Yönetici olarak kalmak isterim. Bu oda veya koltuk sevdası değil. Yöneticilik benim içimde var, koordinasyon işlerini iyi yürüttüğümü düşünüyorum..."
	K5	"Yönetici olarak kalmak isterdim. Ben bir aile hekimliğini yapamam mesela. Kendimi hiçbir zaman oturup masa başında çalışacak bir adam olarak göremiyorum. Yöneticiliğin hazzı da farklı. Özellikle benim alanımla ilgili sahada bir afette liderlik etmek çok heyecan verici."
Mesleki Kimliğe Bağlılık	K8	"Gerçekten hemşireliğe dönmek isterim. Mesleğimle gurur duyuyorum hakikaten."
	K9	"...ben yeni doğan hemşiresi olarak hemşireliği daha çok sevdim, çünkü mesleki tatminim daha yüksekti. O yüzden hemşireliğe dönmek isterim."
İki Kimliğe de Uyum	K7	"Aslında ben doktorluğu seviyorum. Laboratuvara çalışmak bana keyif veriyor. Ama şu an yöneticilik ile ilgili de bir problemim yok."
	K10	"Mesleğe ilk başladığım zaman ki gibi son bir buçuk yıldır pozisyon değişikliğinden dolayı bir heyecan duyuyorum. O anlamda yönetici olarak kalmak isterim. Bu demek değil ki laborantlığa dönsen çok mu üzülürsün. Hayır üzülmem."

4.3. Yöneticilikte Karşılaşılan Sorunlar

Çalışmanın en önemli temalarından biri olan ve melez sağlık yöneticilerinin, yöneticilik esnasında karşılaştıkları sorunları ortaya koyan kodlamalar Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Yöneticilikte Karşılaşılan Sorunlar

Kod	Kişi	Görüş	
Adaletsiz İş Dağılımı	K4	"...diğer bir sorunda adaletsiz iş dağılımları görev sürecimde rahatsızlık duyduğum bir konu aynı pozisyondaki diğer iş arkadaşınla iş yükünün farklı olması."	
Dış Müdahale	K6	"Aslında daha çok dış müdahaleler zorluyor yöneticileri. Siyasilerin, tanıdıkların müdahaleleri çok zorluyor. (...)Denetim yapıyoruz belirli bir yaptırım uygulamamız gerekiyor fakat üst amirler uygulatmıyor neden dışarıdaki baskılardan dolayı."	
İnsan İlişkileri	K10	" İnsan ilişkileri zor bence idarecilikte . Hizmet sektörünün en zoru insanla muhatap olmak, hangisi olursa olsun fark etmez. İnsanla iletişime geçtiğiniz her yerde neredeyse yenik başlıyorsunuz. Hizmet sunduğumuz kişiler genelde agresif yaklaşıyorlar, iş yapmıyor gözüyle bakıyorlar."	
Bilgi Eksiklikleri	Mevzuat	K3	" Hukuksal mevzuatlarda eksikliklerim olduğunu düşünüyorum . Bir doktor, doktor olarak yetişiyor, işletme ya da mevzuat üzerine yetişmiyor. İdareci olabilmek için mevzuat ve işletme bilgisini de üzerine koyabilmek gerekiyor, özellikle böyle büyük bir şehirde."
		K7	" Mevzuatla ilgili biraz sorunlarım oldu ama internette her şey var artık oradan okuyarak eksiklikler giderilir. Bide elemanlarını iyi seçeceksin A takımını iyi seçeceksin. Mevzuata hakim çalışmanı sağ kolundan ayırmayarak bu sorunlar çözülür."
	Muhasebe-Finans	K5	"...hekim yönetici olarak en büyük eksikliğim gelir-gider konularında . Bir mutemet beni havada uyutabilir. Çünkü kurumumuzda nedense bu tarz bilgiler sır gibi saklanıyor."
	Resmi Süreçler	K5	"İdari olarak zaafımızın olduğu konu resmi yazışma süreçlerini bilmememiz bence ."
		K9	"...yazışma usulleri ile ilgili eksikliklerim vardı, o alanda da müdürümüz çok deneyimli sağ olsun o yardımcı oldu."
Sağlık Bakanlığı Kaynaklı Sorunlar	Liyakat Eksikliği	K2	"Bu kurumun en büyük sıkıntısı bir alaylılık anlayışının olması aslında. Kurumda bir eğitim anlayışı yok."
		K1	"Aslında benim Sağlık Bakanlığı bünyesinde gördüğüm en büyük sorun liyakatsizlik ."
	Mevzuat Eksikliği	K2	"...Bizim o kadar düzenli bir çalışma şeklimiz vardı ki bütün kurallar kaideler her şey belirliydi. Şu an o kadar değişik işler yapıyorum ki görev tanımları hiç net değil ."
		K8	"Mevzuat anlamında ise (...) personelin hakları ile alakalı boşluklar var, riskli birim konularımız var. Kılık kıyafet yönetmeliği bile o kadar eski ki ."
		K10	"...yeni birimler var ama görev tanımlamaları yok, mevzuatlarımız çok eski , kimin ne işin yapacağı ile ilgili net bir sınır yok."
	Resmi Protokollere Aşırı Bağlılık	K1	"Aslında en büyük sorun protokollerin, yönetmeliklerin dışına çıkamamak en büyük sorunumuz . Bu kurumda yazılı kuralların bir adım ötesine geçemiyorsunuz."

4.4. Sağlık Yönetim Gereklilikleri

Bu bölümde katılımcıların birer sağlık yöneticisi olarak sağlığı yönetecek kişilerde hangi gerekliliklerin bulunması gerektiği sorgulanmıştır. Bu tema kapsamında oluşan kodlar Tablo 5'te aktarılmıştır.

Tablo 5. Sağlık Yönetilmesinde Gereklilikler

Kod	Kişi	Görüş
Eğitim	K2	“Yönetim alanında lisans ve yüksek lisans eğitim almış personelimiz için söyleyeyim olaylara bakış açısında bile farklılık var. Vizyon sahibi bu kişiler.”
	K3	Ekonomi konularında, bir şeylere imza atarken veya bir ihale komisyonlarına girerken, yine ekonomi anlamında ileri yönlü planlamalar yaparken vizyon anlamında muhakkak bir şeyler kattı bize sağlık yönetimi yüksek lisansı. (...) o anlamda yüksek lisans eğitimi sonrası zihinsel olarak farklı bir boyutta düşünüyoruz.”
	K5	“...gerçek anlamda sağlık yönetimi kökeninden birileri olsa kurumumuzda eminim faydalı olacaktır. En azından ne söylediğimizi anlayacak, hatta gereksiz harcamalarımız, isteklerimiz, savurganlıklarımızda bizi durduracak böyle insanlara ihtiyacımız var aslında. Tabi sağlık yönetimi mezunları da idari pozisyonlarımız için çok gerekli ancak Sağlık Bakanlığı'nda böyle bir yapı yok maalesef.”
	K4	“Tabi sağlık yönetimi bitirmiş birinin bilgi seviyesi çok farklı bir işletme okumakla sağlık yönetimi okumak aynı şeyler değil. Dolayısıyla sağlık yönetimi eğitimi almış kişilerin bu alanda kalifiye elemanlar olduğunu düşünüyorum. Bence böyle bölümlere ve bu bölüm mezunlarına ihtiyacımız var.”
	K10	“Eğitim alınca sisteme bakış açımız değişiyor, sağlık çalışanırken bu bölümü okuyup, idareciliğin teorisini görmek faydalı sağlıyor.”
Sağlık Alanında Yetişme	K3	“Bu işin içinden gelmiş biri sağlık yönetimi eğitimi almış kişilerden daha iyi yapabileceğini düşünüyorum. Ben 19 yıldır halk sağlığının içindeyim, bu birimle ilgili her başlığın altındaki sorumlulukların tamamından haberdarım, uygulayarak öğrendim, biliyorum. Dışarıdan gelmiş bir sağlık yönetimi bölümü mezunu ise alana daha uzak. İçerde pişmek başka bir şey yani.”
	K5	“Sağlık camiasında hekim kanadının hekimler tarafından yönetilmesini doğru buluyorum. Ben bir doktor olarak il sağlık müdürünün doktor olmasını isterim. Vizyon olarak farklı oluyor çünkü.”
	K7	“Hekim yöneticilere baktığımda bu işin altından rahat bir şekilde kalktığını düşünüyorum.”
	K8	“Olayın teorik ve uygulama kısmı çok farklı, eğitimle bitmiyor yönetim. Sağlık alanının iyi yönetilmesi için sahaya bilmek, sahanın içinden gelmek çok önemli.”
	K9	“Sağlık meslek mensuplarını muhakkak ki bir sağlıkçı yönetmesi gerekir diye düşünüyorum. Bu yüzden eğitimden ziyade sahada yetişmek önemli bence.”
Yönetim Becerisi	K1	“Ben bu çalışma sürecimde şunu gördüm sadece eğitimi almak yetmiyor. Yönetim pozisyonuna gelecek kişilerin bu işle ilgili bir yeteneğinin olması gerekiyor. İdareci yeteneğinin olması gerekiyor.”

4.5. Ücret Tatmini

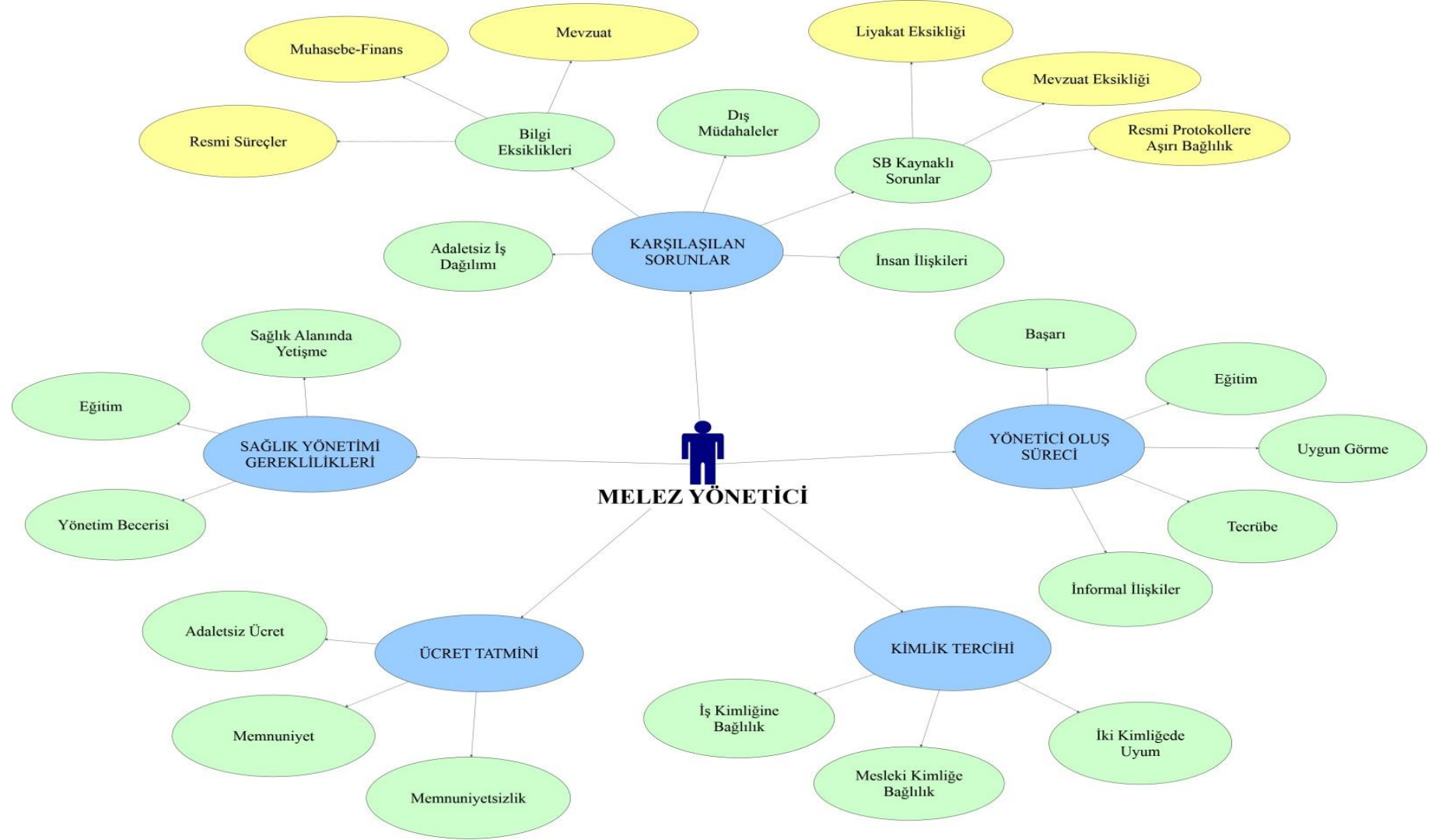
Sağlık kurumlarındaki melez yöneticilerin sorumlulukları karşısında aldıkları ücretten memnuniyet durumları sorgulanmıştır. Bu sorgulama sonucunda Tablo 6'da yer alan kodlamalar ortaya çıkmıştır.

Tablo 6. Ücret Tatmini

Kod	Kişi	Görüş
Adaletsiz Ücret	K2	“Bu kurumda o konuda da bir garabet var. Burada bir hekim otursaydı benim maaşımdan en az %20 civarında daha fazla maaş alırdı. Burada benim bu görevi ifa etmem ile hekiminki arasında nasıl bir fark var? Bir hekim satın almadaki süreçleri yapamaz, ben bizzat organize sanayiye çıkıyorum satın almayı kendim yönetiyorum. Peki hekim bunları yapamayacaksa maaşı neden benden fazla alıyor? Onun hekimlik sıfatının bu hizmete katkısı ne?”
	K4	“... fakat kurum içinde bir dengesizlik olduğunu düşünüyorum. Aynı kadro da bir doktor çalıştığında onlar döner sermaye üzerinden ekstra ücret aldıkları için daha fazla maaşlara çalışıyorlar.”
	K1	“... adaletsizlik yok değil şu benim yaptığım görevi doktor yapıyor olsaydı benden en az 3-4 bin lira fazla para alırdı. ”
	K5	“ Maaş anlamında ciddi adaletsizlikler var Nevşehir'deki sağlık hizmetleri başkan yardımcısı ile ben aynı parayı alıyorum. Nevşehir'in toplam günlük 100 tane vakası var, toplam on tane istasyonu var. Yaptığın işi, il bazında sorumlu olduklarını, iş yüklerini kıyaslayıp bir maaş skalası oluşturmak daha doğru.”
Memnuniyet	K3	“Evet, ben şu an doktorluk yaparsam bundan fazla kazanırım evet ama yapılan işin karşılığı olduğunu düşünüyorum. ”
	K7	“ Yeterli bence, daha fazla olmasına gerek yok. Daha fazla olursa iç barış bozulur..”
	K4	“Şu an dışarı da bir yerde çalışıyor olsam bu meblağ ile çalışmamın imkanı yok o anlamda buradan aldığım maaş evet güzel bir maaş. ”
	K1	“ Ekonomik anlamda maaşımız iyi. Genel itibarıyla diğer kurumların idareci ücretleri ile karşılaştırdığımız zaman maaşlarımız iyi.”
Memnuniyetsizlik	K8	“Bizim sahada çalışıp, nöbet tutan arkadaşlardan bizden fazla maaş alan vardır. ”
	K9	“Hemşirelik pozisyonundaki maaşım ile şu an ki maaşım aynı. (...) Şu an hastanemizde çalışıp benden daha yüksek maaş alanlar var. ”
	K10	“Eski maaşımdan çok farklı bir maaş almıyorum. Şuradaki çektiğim zorluklara değecek bir miktar değil açkçası. ”

Tematik analiz kapsamında verilerin tekrar tekrar okunarak belirlenen kodlara uygun, veri içeriği ve veri setiyle uyumlu temaların aktarıldığı tematik harita Şekil 1’de sunulmuştur.

Şekil 1. Genel Tematik Harita



V. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık kurumlarında yönetim pozisyonlarında eğitim aldıkları mesleki kimliklerine uygun pozisyonlarda çalışmayıp isteyerek ya da istemeyerek farklı bir iş kimliği edinen kişiler sebebiyle ortaya çıkan melez yöneticilik kavramı özelde bireyleri genelde ise kurumları ciddi sorunlarla karşılaştıracak nitelikteki bir sorundur. Bu bağlamda melez yöneticilerin buldukları pozisyona geliş şekilleri, kimlik tercihleri, buldukları pozisyonda karşılaştıkları sorunlar, melez yöneticilere göre sağlığın en etkili ve verimli bir şekilde yönetilmesinde gereklilikler ve melez sağlık yöneticilerinin ücret tatmini durumları melez sağlık yöneticileri ile yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılarak araştırılmıştır.

Çalışma sonucunda melez sağlık yöneticilerinin buldukları pozisyona gelişlerinde ya da kurum içerisindeki pozisyon değişikliklerinde daha önceki deneyimleri ve başarıları, aldıkları eğitim, üst yönetimin uygun görmesi, informal ilişkiler ve mecburiyet faktörlerinin etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bu durum ülkemizde yönetim pozisyonlarına atama veya yükseltme durumlarında hakkaniyete dayanan eğitim, tecrübe, başarı kriterlerinin yanı sıra liyakati göz ardı eden informal ilişkilerin de yer aldığını göstermektedir. Kaya (2018)'nin çalışmasında da bu durum "siyasi yakınlık, referans bulmak, tanıdık olmak" kodlarıyla tanımlanması Türkiye'deki mevcut durumu gözler önüne sermektedir. İnfomal ilişkiler olarak adlandırılan nepotik zihniyetin bu denli önemli pozisyonlarda söz konusu olması ülkemiz adına oldukça üzücüdür. Aynı zamanda elde edilen sonuçlar melez sağlık yöneticilerinin buldukları pozisyona her zaman isteyerek gelmediklerini de ortaya çıkarmıştır. Çalışma kapsamında "mecburiyet" olarak kodlandırılan başkalarının zorlaması ya da pozisyon boşluğu sebebiyle mecburen melez sağlık yöneticisi durumuna gelme durumu, literatürde Spehar ve diğerlerinin (2012) yaptığı çalışmada katılımcıların yönetim teklifini kabul etme baskısı yaşamaları sonucu ile bu çalışmaya benzer bir şekilde sonuçlanmıştır.

Çalışmaya katılan melez sağlık yöneticilerinin tercih imkanları olsa mevcut iş kimliklerini mi yoksa mesleki kimliklerini mi tercih edecekleri araştırıldığında hekim yöneticilerden ikisini buldukları pozisyondan içgüdüsel sebeplerle ve hekimlik mesleğinin masa başı çalışmayı gerektirdiği için daha sıkıcı bulduklarını belirterek iş kimliklerine bağlılık göstermişlerdir. Literatürde Spehar ve diğerleri (2012) tarafından yapılan çalışmada melez yöneticinin hekim mesleki kimliğini yerine getirmeyi sıkıcı bulduğunu, daha enerjik pozisyonlardan tatmin olduğunu dile getirmesi de çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir. Aynı zamanda katılımcılar yöneticiliğin zorluklarına rağmen keyif aldıklarını dolayısıyla iş kimliklerinde kalmak istediklerini de bildirmişlerdir. Çalışmanın iki hemşire melez yöneticisi ise bu konuda birbirine benzer görüşler bildirerek mesleki kimliklerine dönmek isteyeceklerini dile getirmişlerdir. Hemşire melez yöneticiler mesleki kimlikleri ile gurur duyduklarını ve mesleki kimliklerinde tatminlerinin daha fazla olduğunu dile getirmişlerdir. Spehar ve diğerlerinin (2014) çalışmasında da aynı şekilde hemşire melez yöneticilerin geçmişleriyle gurur duydukları sonucu ortaya çıkmıştır. Ayrıca bazı katılımcıların her iki kimliğe de rahatlıkla uyum gösterdiğini ortaya koymuştur.

Melez sağlık yöneticilerinin karşılaştıkları sorunlar ele alındığında melez sağlık yöneticilerin sağlık sistemini ciddi sorunlara itebilecek konularda problem yaşadıkları tespit edilmiştir. Bunların başında melez sağlık yöneticilerinin bilgi eksikleri olduğu söylenebilir. Melez sağlık yöneticileri sağlık yönetimi mevzuatları, sağlık kurumlarında finansal konular ve resmi süreçlerin işleyişi ile ilgili konularda bilgi eksiklikleri olduğunu dile getirmişlerdir. Spehar ve diğerlerinin (2012) yaptığı çalışmada da benzer şekilde melez yöneticilerin yönetim pozisyonlarında bütçeler ile sağlık, güvenlik ve çevre konusunda prosedürlere hakim olmadıkları sonucuna varılmıştır. Çalışma kapsamında melez sağlık yöneticilerinin en çok serzenişte bulunduğu konulardan biri ise Sağlık Bakanlığı kaynaklı sorunlar olmuştur. Melez sağlık yöneticileri Sağlık Bakanlığının işe alım ve terfi süreçlerindeki liyakatsizlikten bahsetmişlerdir. Kaya (2018)'nin çalışmasında da melez yöneticilerin politik sorunları değerlendirirken liyakatteki azalmayı ele almaları çalışma sonuçlarını desteklemektedir.

Aynı zamanda melez sağlık yöneticileri Sağlık Bakanlığı mevzuatında ciddi sorunlar olduğunu, mevzuatın bazı kısımlarının yeni görev tanımlarını karşılamayacak kadar eski olduğunu dile getirmişlerdir. Bu durumunun kurum içerisinde görev ve sorumlulukları belirleme de ciddi sorunlar meydana getireceği aşikârdır. Kaya (2018)'nin çalışmasında da mevzuattan kaynaklanan sorunların yetki karmaşası oluşturması bu sorunun ülke çapında genelleştirme imkanını artırmaktadır. Sağlık Bakanlığı politikaları nezdinde melez sağlık yöneticilerinin dem vurduğu diğer bir konu ise mevzuatlara aşırı bağlı kalma sorunsalıdır. Melez sağlık yöneticileri işleri ile ilgili görev ve sorumluluklarında mevzuatın gerekliliklerini aşamamaktan rahatsızlık duymaktadırlar. Melez sağlık yöneticileri bu sorunların yanı sıra kurum içerisindeki iş dağılımlarındaki adaletsiz oluşundan, kendi sorumluluk alanlarında verecekleri kararlarda dış müdahalelerin baskısına uğramaktan, insan ilişkilerinin yöneticilik sürecinde zor oluşundan ve geniş sorumluluk alanından serzenişte bulunmuşlardır.

Melez sağlık yöneticilerine sağlığın yönetilecek kişilerde bulunması gereken hususlar sorulduğunda bazı katılımcılar kesinlikle bu alanda eğitim almış olmanın sağlığı yönetmede kolaylık sağladığını dile getirmişlerdir. Sağlık yönetimi eğitiminin yöneticilere yeni bir vizyon kattığını, bakış açısını değiştirdiğini ve kişiyi bu alanda kalifiye hale getirdiğini bildirmişlerdir. Kaya (2018)'nin çalışmasında da melez yöneticiler sağlık yönetimi yüksek lisans eğitiminin gerekliliğine vurgu yapmışlardır. Aynı zamanda literatürde yer alan melez yöneticilik çalışmalarından Loh (2015)'un çalışmasında melez hekim yöneticilerin yönetim eğitimine tabi tutulmaları gerektiği savunulmaktadır. Hali hazırda çalışma katılımcılarının eğitim durumları incelendiğinde sağlık yönetimi yüksek lisans eğitimine katıldıklarını veya katılmak istedikleri tespit edilmiştir. Kurumdeki (2004)'nin çalışmasında da sağlık yönetimi alanında çalışanları özellikle finansal konularda eğitmek amacıyla özel programlar düzenlendiği ve bu programlara ciddi bir talep olması sağlık yönetimi alanında eğitime verilen önemin arttığını destekler niteliktedir.

Çalışma katılımcılarının bir kısmı eğitimi yönetim gerekliliğinin ilk koşulu olarak görmeyip, iyi bir sağlık yöneticisi olmak için sağlığın mutfağından gelmek gerektiğini dile getirmişlerdir. Sağlık alanında özellikle sağlık personelinin yönetiminde sağlıkçı olma gerekliliğini dile getirmişlerdir. Fakat bu noktada katılımcılar arasında çelişkili bir durum söz konusudur. Sağlığı yönetmesi gereken kişilerin sağlıkçı olması gerektiğini dile getiren yöneticilerden bazıları mevzuat, finansal konular gibi alanlarda sorun yaşadıklarını bu bağlamda eğitimin önemini vurgulamışlardır. Hatta konu ile ilgili olarak sağlığı sağlıkçının yönetmesi gerektiği lakin kendi mesleki kimliği dışında kalan konularda destek sağlaması açısından ekibini iyi seçmesi gerektiği sonucu ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda sağlık kökenli katılımcıların üst yönetimde sağlık alanında bir mesleki kimliğe sahip kişilerin olması gerektiğine inandıkları kadar, sağlık yönetimi mesleki kimliğine sahip astlara ihtiyaç duyduklarını söylemek yanlış olmayacaktır.

Sağlığın yönetilmesi konusundaki gereklilikler sorgulanırken ortaya çıkan diğer bir tema ise yönetim becerisi olmuştur. Katılımcılar yönetimin sadece eğitim ya da sağlık sektöründen gelmenin yeterli olmadığını bu alanda belirli becerilere sahip olması gerektiğini dile getirmişlerdir. Beceri konusunda özellikle üstünde durulan husus ise Pavlica ve Thorpe (1998) ile Kippist ve Fitzgerald (2009) çalışmalarında üzerinde durulduğu gibi insan ilişkileri becerisi olmuştur.

Melez sağlık yöneticilerin ücret tatmin durumları incelendiğinde en göze çarpan bulgu kurum içerisindeki adaletsiz ücret dağılımı olmuştur. Özellikle hekim dışı mesleki kimliğe sahip melez sağlık yöneticileri aynı pozisyonda yer alan hekim yöneticilerin daha yüksek ücret ile çalıştığına vurgu yapmışlardır. Katılımcıların bir kısmı verilen ücretin yapılan işi karşılayacak miktarda olduğunu dile getirirken bir kısmı mesleki kimliğe ilişkin görevlerini yerine getirirken daha yüksek meblağlara çalıştıklarını belirtmişlerdir. Spehar ve diğerlerinin (2012) yaptıkları çalışmada ise hekim yöneticilerin mesleki kimlik pozisyonlarına göre daha az ücret karşılığı çalıştıkları sonucu elde edilmiştir.

5.1. Sağlık Yönetim Sistemine Öneriler

Melez yöneticilik kavramı mikro düzeyde sağlık kurumlarını, makro düzeyde ise ülkenin sağlık ekonomisini sarsabilecek bir konudur. Bu bağlamda melez yöneticiliğin meydana getirdiği sorunların ortadan kaldırılması için ülkemizin sağlık yönetim sisteminde bazı düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Bu sebeple mesleki kimlik ile iş kimliği arasındaki farklılıktan doğan melez yöneticiliğin çözümü için ilk olarak ele alınması gereken nokta bu alanda yetişmiş, sağlık mevzuatına, resmi süreçlere, finansal konulara hakim sağlık yönetimi mesleki kimliğine sahip kişilerin sağlık yöneticiliği pozisyonlarında değerlendirilmesi olacaktır.

Farklı mesleki kimliğe sahip insanları yöneticilik pozisyonuna yükseltmek, insanları belirli bir pozisyona atamaktan çok daha farklıdır. Yönetim pozisyonuna yükseltirken yönetime dair eğitim ve hazırlıklar verilerek yapılandırılmış bir kariyer planı yapmak daha doğru olacaktır. Hatta bu sürecin sadece kurum içi eğitimlerle kalmayıp, bu alana yönelik lisans/yüksek lisans/doktora eğitimlerinin sağlanması daha doğru bir kariyer hedefi olacaktır. Ayrıca hali hazırda sağlık kurumlarında mevcut melez yöneticilerin karşılaştığı sorunlardan olan mevzuat, finansal konular ve resmi süreçler ile ilgili bilgi eksikliklerinin acil bir şekilde hizmet içi eğitimler ile çözümlenmesi gerekmektedir.

Özellikle sağlık kurumlarında melez yöneticilik yapan hekimlerin sayıca çokluğuna ve hekim melez yöneticilerin eğitim süreçlerinde sadece tıp eğitimi aldıkları yönetsel anlamda eğitim almadıklarını dile getirmelerine binaen tıp eğitimi sırasında en azından seçmeli ders olarak yönetim derslerinin verilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Çalışma kapsamında sunulacak diğer bir öneri ise mevzuatın eskiliği ve sağlık alanındaki gelişmeler ile düzenli bir şekilde revize edilmemesi sebebiyle Sağlık Bakanlığı mevzuatına olacaktır. Sağlık Bakanlığı mevzuatının değişen ve gelişen sağlık sistemine uygun bir şekilde düzenlenmesi, meslek tanımlarının açık bir şekilde belirtilmesi sağlık kurumlarında ki yetki ve sorumluluklar bağlamından önem arz edecektir.

Çalışmanın son önerisi ise melez yöneticilik kapsamında ücretlendirme politikalarının adil hale getirilmesidir. Bakanlık bazında görev ve sorumluluk temelli ücretlendirme politikası çalışanlardaki adaletsiz ücret dağılımı algısını yıkacaktır.

5.2. Sınırlılıklar ve Gelecek Çalışmalara Öneriler

Çalışma zaman kısıtı ve Kayseri Şehir Hastanesi'nin araştırma izni vermemesi sebebiyle Kayseri ilinde on melez yönetici ile sınırlı kalmıştır. Bu bağlamda birden fazla il ve daha çok sayıda melez yönetici dikkate alınarak çalışmanın gerçekleştirilmesi fayda sağlayabilir. Ayrıca izin sürecindeki problemler sebebiyle çalışma özel hastaneler bazında incelenememiştir. Araştırmacıların aynı konuyu özel hastaneler perspektifinden inceleyerek yorumlamasının kayda değer sonuçlar çıkaracağına inanılmaktadır.

Çalışma sınırlı sayıdaki kitlelerden veriler sağladığı için genellenebilirlik zafiyeti söz konusudur. Bu kısıt doğrultusunda verilerin çeşitliliğini artırmak için çalışma kapsamında araştırmaya katılanların daha uzun süre gözlemlenerek verdikleri bilgiler ile uygulama sürecindeki davranışları arasındaki farklılıklar tespit edilerek deneyimlerden daha bağımsız bir veri havuzu oluşturularak veri üçlemesi gerçekleştirilebilir. Veya elde edilen nitel veriler ışığında oluşturulan anket ile melez yöneticiliğin sağlık kurumları üzerindeki etkileri sağlık çalışanları perspektifinden nicel araştırma teknikleri ile değerlendirilerek yöntem üçlemesi gerçekleştirilebilir.

Sonuç olarak, çalışma kapsamında melez sağlık yöneticileri ile yapılan görüşmelerin analiz edildiği; melez yöneticilerin eğitim, tecrübe, başarının yanı sıra üst yönetimin uygun görmesi ile informal yollarla da yönetici oldukları; melez hemşire yöneticilerin mesleki kimliklerine bağlılıkları, hekim melez yöneticilerin ve diğer mesleki kimliğe sahip melez yöneticilerin genelde iş kimliklerine

bağlılıkları tespit edilmiştir. Aynı zamanda melez sağlık yöneticilerinin mevzuat, resmi süreçler ve muhasebe-finans konularında ciddi bilgi eksiklikleri ile mücadele ettikleri ve Sağlık Bakanlığı'nın mevzuatlarının eskiliğinden ve eksikliğinden muzdarip oldukları ortaya koyulmuştur. Melez sağlık yöneticilerinin ücret tatmini konusunda ise hekimler ile diğer mesleki kimliğe sahip yöneticiler arasında ciddi bir adaletsizlik olduğunu dile getirdikleri gözlemlenmiştir. Bu bağlamda her ne kadar bu çalışma nitel çalışmaların taşıdığı kısıtlılıkları taşımış olsa da melez sağlık yöneticilere ilişkin elde etmiş olduğu bilgilerle literatürde eksik olan bilgi birikimine ışık tutacağı değerlendirilmektedir.

KAYNAKLAR

- Baugher, J. E. (2003). Caught in the middle? Worker identity under new participatory roles. *Kluwer Academic Publishers-Plenum Publishers*, 18(3), 417-439.
- Belkıs, Ö. (2016). Anneliğin akademik kariyer gelişimine etkileri üzerine nitel bir araştırma. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 5(4), 250-263.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Cascon-Pereira, R., Chillas, S., & Hallier, J. (2016). Role-meanings as a critical factor in understanding doctor manager's identity work and different role identities. *Social Science & Medicine*, 170, 18-25.
- Christiansen, C. H. (1999). Defining lives: occupation as identity: an essay on competence, coherence and the creation of meaning. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 547-558.
- Çeltek, A. B. (2019). *Okul Yöneticilerinin Mesleki Kimlik Alguları*. (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Çınaroğlu, S. (2012). Yönetim eğitiminde yeni yaklaşımlar ve hastanelerde profesyonel yönetici ihtiyacı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 15(1), 79-110.
- Gürbüz, S., & Şahin, F. (2018). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri Felsefe-Yöntem-Analiz*. (5. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Hayran, O. (2012). *Sağlık yönetimi yazıları*. (2. Baskı). Ankara: SAGE Yayıncılık Reklam Matbaacılık.
- Holden, R. J., Karanam, Y. L. P., Cavalcanti, L. H., Parmar, T., Kodtha, P., Fowler, N. R., & Bateman, D. R. (2018). Health information management practices in informal caregiving: an artifacts analysis and implications for IT design. *International Journal of Medical Informatics*, 120, 31-41.
- Joffe, M., & MacKenzie-Davey, K. (2012). The problem of identity in hybrid managers: Who are medical directors? *The International Journal of Leadership in Public Services*, 8(3), 161-174.
- Jolley, J. (2014). *Araştırma ve Kanıta Dayalı Uygulamaya Giriş*. (Çev. Sultan A.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kaya, R. R. (2018). *Melez İş Kimliği: Hekim Yöneticiler Üzerine Nitel Bir Çalışma*. (Yüksek Lisans Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Kippist, L., & Fitzgerald, A. (2009). Organizational professional conflict and hybrid clinician managers: The effects of dual roles in Australian health care organisations. *Journal of Health Organization and Management*, 23(6), 1-17.

- Korkmaz, F., & Görgülü, S. (2010). Hemşirelerin, meslek ölçütleri bağlamında hemşireliğe ilişkin görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 17(1), 1-17.
- Kurunmäki, L. (2004). A hybrid profession-the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. *Accounting, Organizations and Society*, 29, 327-347.
- Loh, E. (2015). Doctors as health managers: An oxymoron, or a good idea? *Journal of Work- Applied Management*, 7(1), 52-60.
- Mcgivern, G., Currie, G., Ferlie, E., Fitzgerald, L., & Waring, J. (2015). Hybrid manager-professionals' identity work: The maintenance and hybridization of medical professionalism in managerial contexts. *Public Administration*, 93(2), 412-432.
- Pavlica, K., & Thorpe, R. (1998). Managers' perceptions of their identity: A comparative study between the Czech Republic and Britain. *British Journal of Management*, 9, 133-149.
- Resmi Gazete. (2011). *Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*. (Sayı: 28103 (Mükerrer)). Erişim Tarihi: 10.11.2019, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>.
- Resmi Gazete. (2014). *Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik*. (Sayı: 29007). Erişim Tarihi: 10.11.2019, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm>.
- Resmi Gazete. (2017). *Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Tedbirler Alınması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname*. (Sayı: 30165). Erişim Tarihi: 10.11.2019, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/08/20170825.pdf>.
- Sabancıoğulları, S., & Doğan, S. (2012). Profesyonel kimlik gelişimi ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(4), 275-282.
- Strateji ve Bütçe Başkanlığı (SBB). *Vatandaş Bütçe Rehberi- 2019 Bütçesi*. Erişim Tarihi: 28.09.2020, http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2019/01/Vatanda%C5%9F-B%C3%BCt%C3%A7e-Rehberi-2019.BASKI_.pdf
- Spehar, I., Frich, J. C., & Kjekshus, L. E. (2014). Clinicians in management: A qualitative study of managers' use of influence strategies in hospitals. *BMC Health Services Research*, 14(251), 1-10.
- Spehar, I., Frich, J. C., & Kjekshus, L. E. (2012). Clinicians' experiences of becoming a clinical manager: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 12(421), 1-11.
- Şener, E., Erdem, R., & Akçakanat, T. (2010). Türkiye'de lisans düzeyinde sağlık yöneticisi yetiştiren kurumların akademik ve eğitsel profili. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 13(1), 29-44.
- Tabish, S. A. (1998). Towards development of professional management in Indian hospitals. *Journal of Management in Medicine*, 12(2), 109-119.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1989). The social identity theory of intergroup behaviour. *The Academy of Management Review*, 14(1), 20-39.
- Türk Dil Kurumu (TDK). (2011). *Türkçe Sözlük*. (11. Baskı). Ankara: Saray Matbaacılık.
- Wallace, M. (2002). Managing and developing online education: Issues of change and identity. *Journal of Workplace Learning*, 14(5), 198-208.

Walsh, K., & Gordon, J. R. (2008). Creating an individual work identity. *Human Resource Management Review*, 18(1), 46-61.

Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2008). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. (7. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

ROBOTİK VE AÇIK RADİKAL PROSTATEKTOMİ YÖNTEMLERİNİN MALİYET ETKİLİLİK ANALİZİ

Deniz Tugay ARSLAN *
Afsun Ezel ESATOĞLU **
Evren SÜER ***

ÖZ

Araştırmada, prostat kanseri tedavisinde kullanılan açık radikal prostatektomi (ARP) ve robotik radikal prostatektomi (RRP) yöntemlerinin maliyet etkililiklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır; hizmet başı ödeme kapsamında geri ödeme kurumu perspektifi ve doğrudan hasta maliyeti perspektifinden maliyet ve etkililik verileri hesaplanmıştır. Ayrıca geri ödeme kurumu perspektifine geri ödeme kapsamına alınabilecek (ameliyat için cepten ödeme, ilaç ve muayene) maliyetlerinin eklenmesiyle oluşan üçüncü bir perspektiften de maliyet etkililik analizi gerçekleştirilmiştir. Maliyet verileri Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi'nde Mart 2018 – Mayıs 2019 tarihleri arasında 36'sı ARP ve 69'u RRP ile ameliyat olan toplam 105 hasta için belirlenmiştir. Etkililik verileri, EuroQol-Five Dimensional-Five Level (EQ 5D 5L) yaşam kalitesi aracılığıyla elde edilmiştir. Araştırmaya katılan hastalara ameliyattan önce ve ameliyat sonrası üçüncü ay olmak üzere iki kere yaşam kalitesi ölçeği uygulanmıştır. Tüm perspektiflerde RRP daha maliyetli bir yöntem olarak belirlenmiştir. Yöntemler arasında ameliyat sonrası Quality Adjusted Life Year (QALY) farkı robotik radikal prostatektomi lehine 0,07 olarak tespit edilmiştir. Maliyet etkililik analizi sonucunda ilave maliyet etkililik oranları (İMEO), hizmet başı ödeme kapsamında geri ödeme kurumu perspektifinden 9.891,42 TL, doğrudan hasta maliyeti perspektifinden 136.663,14 TL olarak belirlenmiştir. Doğrudan hasta maliyeti içerisinde yer alıp geri ödeme kapsamına alınabilecek maliyetlerin (ameliyat için cepten ödeme, ilaç ve muayene) eklenmesiyle oluşan perspektiften elde edilen İMEO değeri 146.948,14 TL olarak tespit edilmiştir. Belirlenen İMEO değerleri eşik değer ile karşılaştırıldığında RRP, hizmet başı ödeme kapsamında geri ödeme kurumu perspektifinden çok maliyet etkili bir yöntem olarak tespit edilmiştir. Robotik radikal prostatektomi sonrasında daha fazla yaşam kalitesi değeri elde edilse de hastaların tamamı RRP yöntemini tercih edememiştir. Hastaların robotik cerrahi için yapmış oldukları ortalama 9.565,21 TL'lik cepten ödemenin bu durum üzerinde etkili olduğu varsayılmaktadır. Endikasyonu olan hastaların, RRP için cepten ödeme yapmadığı bir geri ödeme politikası ile daha fazla hastanın robotik cerrahi hizmetinden faydalanacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Radikal prostatektomi, maliyet etkililik, ekonomik değerlendirme, robotik cerrahi, sağlık teknolojisi değerlendirme\$

MAKALE HAKKINDA

* Arş. Gör. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, darslan@ogu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-9654-2263>

** Prof. Dr., Ankara Üniversitesi, esatoglu@health.ankara.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0542-7228>

*** Doç. Dr., Ankara Üniversitesi, drevrensuer@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4093-5436>

Gönderim Tarihi: 15.08.2020

Kabul Tarihi: 24.09.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Arslan, D.T., Esatoğlu, A.E. & Süer, E. (2020). Robotik ve açık radikal prostatektomi yöntemlerinin maliyet etkililik analizi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(4), 699-724

COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF ROBOTIC AND OPEN RADICAL PROSTATECTOMY METHODS

Deniz Tugay ARSLAN *
Afsun Ezel ESATOĞLU **
Evren SÜER ***

ABSTRACT

The aim of the study is to evaluate the cost-effectiveness of open radical prostatectomy (ORP) and robotic radical prostatectomy (RRP) methods used in the treatment of prostate cancer. With this purpose, cost and effectiveness data were calculated from the perspective of reimbursement institution and direct patient care costs within the scope of payment per service. In addition, a cost-effectiveness analysis was carried out from a third perspective which was created with the addition of costs (pocket pay for surgery, medication and examination) that could be added to the repayment cover in the reimbursement institution's perspective. Cost data were specified for a total of 105 patients, 36 of whom were operated with ORP and 69 with RRP at Ibni Sina Hospital, Ankara University between March 2018 and May 2019. Effectiveness data were obtained using the EuroQol-Five Dimensional-Five Level (EQ 5D 5L) quality of life. Quality of life scales were applied to the patients participating in the study twice: once before the operation and second time in the third month after surgery. In all perspectives, RRP was determined as a more costly method. The postoperative Quality Adjusted Life Year (QALY) difference between methods was found to be 0.07 in favor of robotic radical prostatectomy. As a result of the cost effectiveness analysis, the additional cost effectiveness rates (ICER) were determined as 9,891.42 TL from the perspective of the reimbursement institution within the scope of payment per service and 136,663.14 TL from the direct patient care cost perspective. The ICER value obtained from the perspective which was created with the addition of the costs (pocket payment for surgery, medication and examination) that were included in the direct patient care cost and could also be included in the repayment cover was determined as 146,948.14 TL. When comparing the determined ICER values with the threshold value, RRP was found to be as a cost effective method only from the perspective of the reimbursement institution within the scope of payment per service. Although higher quality of life values were achieved after robotic radical prostatectomy, not all patients could prefer the RRP method. It is assumed that the average out-of-pocket payment of 9,565.21 TL made by the patients for robotic surgery has an effect on this situation. With a reimbursement policy where patients with an indication do not pay out-of-pocket for RRP, it is thought that more patients will be able to benefit from robotic surgery service.

Keywords: Radical prostatectomy, Cost effectiveness, Economic evaluation, Robotic surgery, Health technology assessment

ARTICLE INFO

* Res. Assist. Dr., Eskişehir Osmangazi University, darслан@ogu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-9654-2263>

** Prof. Dr., Ankara University, esatoglu@health.ankara.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0542-7228>

*** Assoc. Prof. Dr., Ankara University, drevrensuer@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4093-5436>

Received: 15.08.2020

Accepted: 24.09.2020

Cite This Paper:

Arslan, D.T., Esatoğlu, A.E. & Süer, E. (2020). Robotik ve açık radikal prostatektomi yöntemlerinin maliyet etkililik analizi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 23(4), 699-724

I. GİRİŞ

Prostat kanseri dünya genelinde en sık rastlanan beşinci, erkeklerde ise en sık rastlanan ikinci kanser türüdür. Dünya’da erkeklerde kansere bağlı ölüm sebepleri arasında beşinci sırada yer almaktadır (American Cancer Society, 2017; World Cancer Research Fund, 2018). Türkiye’de de prostat kanseri, erkeklerde akciğer kanserinden sonra ikinci sırada gelen kanser türüdür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

Dünya nüfusu her geçen gün yaşlanırken, tüm dünyada doğum hızlarındaki düşüşle birlikte, yaşam standartlarının iyileşmesine bağlı olarak ortalama insan ömrünün uzaması sonucunda yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün nüfus öngörüsüne göre, 2025 yılında yaklaşık 1,2 milyar, 2050 yılında ise 2 milyar insanın 60 ve üzeri yaşta olacağı; yaşlı nüfusun 2025 yılında %70’i, 2050 yılında ise %80’inin gelişmekte olan ülkelerde yaşıyor olacağı öngörülmektedir. Türkiye nüfusu için de benzer bir değişim beklenmektedir (WHO, 2019).

Nüfusun yaşlanmasına bağlı olarak ürolojik hastalıkların görülme sıklığında artış yaşanmakta; ürolojik hastalıkların görülme sıklığı altmış beş yaş üstü insanlarda tüm hastalıklar içerisinde üçüncü sırada yer almaktadır. Yaşlanan erkeklerin ürolojik sorunları içerisinde, prostat kanseri önemli bir yerdedir (Drach ve Griebing, 2003). Prostat kanseri 1987 yılına kadar daha çok metastatik evrelerde tespit edilirken, prostat spesifik antijen ve transrektal ultrasonografi gibi teşhis yöntemleriyle lokalize prostat kanseri tanısı konulabilmektedir (Stamey vd., 1987; Alavi vd., 2001; European Association of Urology, 2018).

Lokalize prostat kanseri tedavisinde altın standart olarak kabul edilen radikal prostatektomi, organla sınırlı ve bazı lokal ileri evre prostat kanseri olan hastalarda tercih edilen tedavi yöntemidir. Prostatın cerrahi bir müdahale ile tamamıyla alınması kalıcı iyileşme için mümkün olan en iyi alternatifi sunmaktadır (Balbay, 2008). Radikal prostatektomi ameliyatları, 2002 yılına kadar sadece açık radikal prostatektomi (ARP) ve laparoskopik radikal prostatektomi (LRP) yöntemleriyle gerçekleştirilmiştir. Gelişen teknoloji ürünü robotik cerrahi ile robotik radikal prostatektomi (RRP) geleneksel yöntemlere alternatif olmuştur (Sanda vd., 2018).

Robotik cerrahi, üroloji alanında özellikle de prostat kanseri ameliyatlarında diğer alanlarda olduğundan daha sık kullanılmaktadır (Anderson vd., 2012). RRP, laparoskopik ameliyatın robot bir ara yüz kullanılmasıyla gerçekleştirilmesidir. Günümüzde kullanılan robotik cerrahi sistemi Da Vinci S olarak adlandırılmaktadır. Robot yardımıyla gerçekleştirilen ameliyatlarda, cerrah daha hassas ve daha fazla manevra kabiliyetiyle çalışabilmektedir. Dolayısıyla hasta için diğer yöntemlere göre daha az travmatik bir operasyon gerçekleştirilebilmektedir (American Cancer Society, 2017).

Klinik bulgular bakımından da RRP’nin ARP’ye göre bazı avantajları bulunduğu belirtilmektedir. Ameliyat yöntemlerine göre yatış süreleri karşılaştırıldığında RRP sonrasında ARP’ye göre, bir veya iki gün hastalar daha az hastanede kalmaktadır (Anderson vd., 2012; Leow vd., 2016). Robotik radikal prostatektomi ameliyatlarında kan transfüzyonu ihtiyacının açık radikal prostatektomiden daha az oluşu bir diğer avantajdır (Burgess vd., 2006; Yu vd., 2012; Gandaglia vd., 2014). Alternatif ameliyat yöntemleri arasında komplikasyon ve yeniden yatış oranları bakımından RRP lehine farklılık bulunmuştur. Robotik radikal prostatektomi ile gerçekleşen ameliyatlarda komplikasyon oranı, %2 ile %32 arasında değişmekle beraber ARP’ye göre daha az olduğu belirlenmiştir. Yöntemler yeniden yatış oranları bakımından karşılaştırıldığında, RRP sonrasında %2 ile %19.4 arasında değişmekle birlikte ARP’ye göre daha az yeniden yatışın yaşandığı farklı çalışmalarla belirlenmiştir (Yu vd., 2012; Kim vd., 2013; Leow vd., 2016; Niklas vd., 2016).

Açık ve robotik radikal prostatektomi arasında klinik bulgu bakımından farklılık olmakla birlikte, her iki ameliyat sonrasında benzer komplikasyonlar görülebilmektedir. Radikal prostatektomi ameliyatları sonrasında; kanama, anastomoz kaçağı, enfeksiyon, ileus, hematüri, postoperatif cerrahi revizyon gerekliliği, üriner enfeksiyon, idrar kanalında darlık, erektil disfonksiyon ve idrar kaçırma

gibi farklı komplikasyonlar yaşanabilmektedir (Lepor ve Kaci, 2003; Cooperberg vd., 2013; Fuller ve Pautler, 2013). İdrar kaçırma ve erektil disfonksiyon, ARP ve RRP sonrasında en sık karşılaşılan komplikasyonlar olma özelliğini taşımaktadır. Tüm komplikasyonlar içerisinde idrar kaçırma ve erektil disfonksiyonun kısa ve uzun dönemde hastaların yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu farklı çalışmalarla belirlenmiştir (Asmara vd., 2011; Bach vd., 2011; Haglind vd., 2015; Seo vd., 2016; Bratu vd., 2017).

Klinik sonuçları bakımından RRP'nin ARP'ye göre çeşitli avantajları olduğunu belirleyen çalışmalar bulunmakla birlikte, RRP maliyet boyutunda dezavantajlıdır. Literatürde RRP'nin ARP'den daha maliyetli olduğunu belirleyen çalışmalar bulunmaktadır (Lotan vd., 2004; Bolenz vd., 2009; Hyams vd., 2012; Chang vd., 2015; Schroeck vd., 2017). Olumlu özellikleri doğrultusunda sıklıkla kullanılmaya başlanan robotik cerrahi yeni bir teknoloji olması sebebiyle geri ödeme kuruluşları, hastalar ve hizmet sunucuları için maliyetlerin artmasına neden olmuştur. Robotik cerrahiyle artan maliyetlere rağmen alternatif ameliyat yöntemlerinin hem maliyet hem de yaşam kalitesi üzerindeki etkisi bakımından değerlendiren çalışmaların sayısı oldukça azdır (O'Malley ve Jordan, 2007; Hohwü vd., 2011; Ramsey vd., 2012; Close vd., 2013; Lord vd., 2013; Teljeur vd., 2014). Bu noktada kıt olan kaynakların etkili ve verimli bir şekilde dağıtımının gerçekleştirilmesi için RRP gibi yeni teknolojileri inceleyen ekonomik değerlendirme çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır (Chang vd., 2015; Hu vd., 2017).

Sağlık harcamalarındaki artışı kontrol altına alma çabaları, tüm sağlık sistemlerinin öncelikleri arasında üst sıralarda yer almaktadır. Sağlık harcamalarının kontrol altına alınması ve sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin sürekli iyileştirilmesi için yeni teknolojilerin sağlık teknolojisi değerlendirme kapsamında incelenmesi önem kazanmıştır (Bridges ve Jones, 2007). Sağlık teknolojisi değerlendirme çalışmalarında yeni sağlık hizmetlerinin maliyetleri ile olumlu ve olumsuz sonuçları bir arada değerlendirilebilmektedir. Böylece kaynak aktarımının rasyonel olarak gerçekleştirilmesi için karar vericilere bilgi sağlanmaktadır (Elbarbary, 2010).

Sağlık teknolojisi değerlendirme çalışmalarının ekonomik boyutu ile sağlık politikalarına ilişkin karar alma aşamasına destek olacak düzeyde veriler üretilmektedir. Sağlık teknolojisi değerlendirmeleri kapsamında ekonomik değerlendirme çalışmaları, geri ödeme kararlarının alınmasına, yeni teknolojilere ilişkin faydaların tanımlanmasına ve klinik kalitenin artırılmasına yardımcı olmaktadır. Ekonomik değerlendirme kapsamında maliyet etkililik analizi ile yeni yöntemler çok yönlü değerlendirilebildiği için bireysel ihtiyaçlar arasında denge kuracak politik kararların alınmasında destek sağlanmaktadır. Maliyet etkililik, politika belirlerken alternatif yöntemlerin değerlerini ağırlıklandırmak için ek bilgi sağlamaktadır (Thomson vd., 2009).

Robotik cerrahinin yeni bir teknoloji olması teçhizat, donanım ve insan kaynağının eğitimi gibi harcamaların artmasına neden olmaktadır. Yaşlanan nüfusla beraber vaka sayısındaki artış ile yeni teknoloji olan robotik cerrahinin uygulanmaya başlanmasının maliyet artışlarını da beraberinde getireceği düşünüldüğünden, sağlık harcamalarının kontrol altında tutulabilmesi için yeni tıbbi uygulamaların birey ve toplum sağlığı üzerindeki gerçek etkilerinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu kapsamda, yapılan bu çalışmada prostat kanseri tedavisinde kullanılan ARP ve RRP yöntemlerinin maliyet etkililiğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda birbirinin alternatifi olan ARP ve RRP yöntemlerinin hizmet başı ödeme kapsamında geri ödeme kurumu ve doğrudan hasta maliyeti perspektifinden maliyet etkililik analizi gerçekleştirilmiştir. Ayrıca geri ödeme kurumu perspektifine, geri ödeme kapsamına alınabilecek (ameliyat için cepten ödeme, ilaç ve muayene) maliyetlerin eklenmesiyle oluşan üçüncü bir perspektiften de maliyet etkililik analizi gerçekleştirilmiştir.

II. YÖNTEM

2.1. Evren

Araştırmanın evreni, Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi'nde Mart 2018 – Mayıs 2019 tarihleri arasında ARP ve RRP ameliyatı olan hastalardan oluşmaktadır. Araştırmada örneklem çekilmemiş olup evrenin tamamına ulaşılması amaçlanmıştır. Bu hastalar içerisinde 107 hasta araştırmaya katılmayı kabul ederek EQ-5D-5L yaşam kalitesi formunu ve doğrudan hasta maliyeti soru formunu doldurmuştur. Araştırmaya katılan hastalardan ikisi farklı tıbbi gerekçelerden dolayı ameliyat olmadığı için ARP grubunda 36, RRP grubunda 69 olmak üzere toplam 105 hasta ile araştırma gerçekleştirilmiştir.

2.2. Varsayımlar

1. Katılımcıların soru formlarını yanıtlarken başkalarının düşüncelerinden etkilenmeyerek, yansız ve bilinçli doldurdukları varsayılmaktadır.
2. Veri toplama aracında yer alan sorular nitelik ve nicelik bakımından yaşam kalitesi değerlerini ve doğrudan hasta maliyetlerini belirlemek için yeterlidir.
3. Hastane faturalandırma biriminden alınan tüm verilerin doğru şekilde kayıt altına alındığı varsayılmaktadır. Türkiye'de gerçekleştirilen farklı maliyet etkililik çalışmalarında da Türkiye'ye ait ağırlıklar bulunmadığı için Almanya'ya ait ağırlıklar kullanılmıştır (Işıkçelik vd., 2019; Yiğit, 2013). Bu araştırmada da Almanya'ya ait yaşam kalitesi ağırlıklarının Türkiye'nin yaşam kalitesi ağırlıklarını yansıttığı varsayılmaktadır.
4. Bütçe etki analizinde kullanılan ameliyat olma oranının yıllara göre değişmediği varsayılmaktadır.
5. Sadece ARP ve RRP yöntemlerinin yaşam kalitesi üzerindeki doğrudan etkilerini tespit edebilmek için, katılımcıların prostat kanserine eşlik eden başka bir hastalığının olmadığı varsayılmıştır.

2.3. Kısıtlar

1. Yaşam kalitesi ölçeği, ameliyat öncesinde hastaların tamamına uygulanamadığı için evrenin tamamına ulaşamamıştır.
2. EQ-5D-5L Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türkiye için yaşam kalitesi ağırlıkları bulunmamaktadır. Analiz, literatürdeki farklı çalışmalarda kullanılan ve Türkiye'nin ağırlıklarını yansıttığı varsayılan farklı bir ülkenin yaşam kalitesi ağırlıklarıyla gerçekleştirilmiştir.
3. Prostat kanseri teşhisi konan hastalar ARP ve RRP ameliyatları olmak üzere iki ihtimal üzerinden değerlendirilmiştir. Söz konusu değerlendirme, sadece açık ve robotik radikal prostatektomi yöntemlerini diğer koşullardan bağımsız olarak karşılaştırmak için yapılmıştır. Dolayısıyla, prostat kanseri teşhisi konmuş ancak müdahale edilmemiş hastalar kapsam dışı tutulmuştur.
4. Ameliyat sonrası kazanılan yaşam kalitesini tespit etmek için ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesi ölçeği uygulanmıştır. Ameliyat sonrası gerçekleştirilen ölçek uygulamaları 3. ay ile sınırlı tutulmuştur.

2.4. Etik Boyut

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Ankara Üniversitesi Etik Kurulundan 29 Ocak 2018 tarihli ve 56786525-050.04.04/6995 sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

2.5. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Araştırma kapsamında prostat kanseri tedavisinde kullanılan ARP ve RRP yöntemlerinin maliyet etkililiklerinin prospektif olarak karşılaştırılması amacıyla maliyet etkililik ve bütçe etki analizleri uygulanmıştır. Araştırma süreci ameliyat yöntemlerinin maliyetlerinin belirlenmesi, ameliyat yöntemlerinin etkililiklerinin değerlendirilmesi, ameliyat yöntemlerinin maliyet etkililikleri ve bütçe etkilerinin belirlenmesi aşamalarından oluşmaktadır.

2.5.1. Maliyet Verilerinin Toplanması

Araştırmada, hizmet başı ödeme kapsamında geri ödeme kurumu perspektifi ve doğrudan hasta maliyeti perspektifi ile birlikte maliyet etkililik analizi gerçekleştirilmiştir. Ayrıca geri ödeme kurumu perspektifine, geri ödeme kapsamına alınabilecek (cepten ödeme, ilaç ve muayene) maliyetlerin eklenmesi ile oluşan üçüncü bir perspektiften de maliyet etkililik analizi gerçekleştirilmiştir. Birbirinin alternatifi olan sağlık teknolojileri için hastaların cepten ödemelerini dikkate almadan belirlenen maliyetler arasında yapay maliyet farkı oluşmaktadır. Yeni sağlık teknolojisinin tam anlamıyla değerlendirilebilmesi için hastaların cepten yaptığı ödemelerin de dikkate alınarak yapay maliyet farkının ortadan kaldırılması gerekmektedir (Nguyen vd., 2011). Bu nedenle çalışmada maliyetler doğrudan hasta maliyeti perspektifinden de belirlenmiştir. Türkiye’de geri ödeme kurumu olan Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından robotik cerrahi uygulamaları karşılanmamaktadır. Hastaneler Sosyal Güvenlik Kurumu’ndan ARP için aldıkları geri ödemenin üç katına kadar hastadan RRP için ilave ücret alabilmektedir (SGK, 2020).

Ameliyat yöntemlerinin hizmet başı ödeme kapsamında geri ödeme kurumu perspektifinden maliyetleri, hastanenin faturalandırma biriminden temin edilen ayrıntılı fatura dökümlerinden elde edilmiştir. Ayrıntılı fatura dökümleriyle elde edilen maliyet verileri, ameliyat, ilaç, radyoloji, kan merkezi, hastane yatağı, laboratuvar, anestezi, tıbbi malzeme, patoloji, ağrı uygulaması, diğer hizmetler (konsültasyon, ilaç infüzyonu, öğretim üyesi farkı ve enjeksiyon) ve toplam maliyet olarak sınıflandırılmıştır. Doğrudan hasta maliyetleri perspektifinden maliyetlerin belirlenmesi için hastalara literatürden ve Üroloji Anabilim Dalında doçentlik unvanına sahip bir uzman hekim görüşünden faydalanarak hazırlanan soru formu uygulanmıştır (Tai vd., 2016). “Doğrudan Hasta Maliyeti Soru Formu” adı verilen form ile cepten ödeme, muayene, ulaşım, beslenme, hastane yatağı, konaklama, ilaç, diğer (giyim, temizlik malzemeleri vb.) gibi harcamalar her bir hasta için belirlenmiştir. Cepten ödeme kalemi içerisinde sadece robotik cerrahi için hastalardan alınan ameliyat ücreti bulunmaktadır. Ameliyat yöntemlerine ilişkin ayrıntılı maliyet kalemleri IBM SPSS 17.0 programı ile analiz edilmiştir. Tablolarda belirlenen tüm maliyet kalemlerinin toplam maliyet içerisindeki payı ve hasta başı ortalama maliyetleri belirtilmiştir. Her iki ameliyat yöntemi için tüm perspektiflerden hasta başı ortalama maliyet de verilmiştir.

Açık ve robotik radikal prostatektomi yöntemlerine ilişkin hizmet başı ödeme kapsamında geri ödeme kurumu perspektifinden maliyet kalemleri tespit edildikten sonra, toplam maliyeti oluşturan kalemler arasında ameliyat yöntemlerine göre, istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olup olmadığı tespit edilmiştir. Veri seti normal dağılım göstermediği için ($p<0,05$), Mann Whitney U testi ile bağımsız gruplar arasındaki farkın anlamlılığı tespit edilmiştir. Verilerin analizinde IBM SPSS 17.0 programı kullanılmıştır.

Ameliyat yöntemlerine ilişkin harcamalar ayrıntılı faturalardan ve doğrudan hasta maliyeti soru formundan elde edildikten sonra hastalığa ilişkin taburculuk sonrası maliyetlerin belirlenmesi safhasına geçilmiştir. Bu doğrultuda her iki tedavi yöntemi sonrası literatürde yer alan postoperatif

süreçler değerlendirilmiştir (European Association of Urology, 2018). Ayrıca Üroloji Anabilim Dalında doçentlik unvanına sahip uzman hekim görüşüne başvurulmuştur. Yapılan inceleme ve alınan görüş sonucunda her iki ameliyat yöntemi için üçünü, altıncı ve dokuzuncu ayda kontrol muayenelerinin gerçekleştirildiği bilgisi alınmıştır. Üç farklı zamanda gerçekleştirilen muayene işlemleri için Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kodları belirlenmiştir. Elde edilen SUT kodları aracılığıyla her bir hastanın ameliyat sonrası postoperatif süreç maliyeti verileri elde edilmiş ve hizmet başı ödeme kapsamında geri ödeme kurumu perspektifinden belirlenen maliyetlere eklenmiştir.

2.5.2. Etkililiğin Belirlenmesi

Araştırmada etkililik verisi olarak hastaların QALY skorları esas alınmıştır. Hastaların QALY skorlarının tespit edilebilmesi için The EuroQol Group Association tarafından geliştirilen 5Q-5D-5L ölçeği kullanılmıştır. Genel yaşam kalitesi ölçeği olarak hazırlanan 5Q-5D-5L ölçeği farklı hastalık türleri için kullanılabilir. Bu ölçeğin Türkiye için hazırlanmış Türkçe versiyonu kullanılmıştır. Her iki ameliyat yöntemi için ameliyat sonrası kazanılan QALY skorlarının tespiti için, prostat tanısı konmuş hastalara ameliyat öncesinde yüz yüze, ameliyattan üç ay sonra telefonla olmak üzere iki farklı zamanda ölçek uygulanmıştır.

Araştırmada QALY skorlarının tespiti için kullanılan 5Q-5D-5L ölçeği literatürdeki farklı ekonomik değerlendirme çalışmalarında da kullanılmıştır. Balçık (2013), “Türkiye’de İleri Evre Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Pemetrexed ve Gemcitabine Tedavilerinin Maliyet Etkililik Analizi” adlı çalışmada, 5Q-5D-5L ölçeğini etkililik verisini belirlemek amacıyla kullanmıştır. Yiğit (2013), “Sağlık Hizmetlerinde Ekonomik Değerlendirme: Türkiye’de Diyaliz ve Böbrek Transplantasyonu Tedavi Yöntemlerinin Maliyet Etkililik Analizi” başlıklı çalışmada da 5Q-5D-5L ölçeğini kullanmıştır. Kar’ın (2016) “Reptüre Olmamış Serebral Anevrizmaların Tedavisinde Cerrahi Kliplleme ve Endovasküler Koil Yöntemlerinin Maliyet Etkililiğinin Değerlendirilmesi” çalışmada da 5Q-5D-5L ölçeği kullanılmıştır. Işıkçelik ve diğerleri (2019) “An Analysis of Cost-Effectiveness of Stents Used in The Treatment of Coronary Artery Disease” başlıklı çalışmalarında 5Q-5D-5L ölçeğini kullanmışlardır. İki bölümden oluşan ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Kahyaoğlu (2009) tarafından gerçekleştirilmiş ve Cronbach’s Alpha katsayısı 0,860 olarak belirlenmiştir.

İki bölümden oluşan ölçeğin ilk kısmı beşli likert tipinde hareket edebilme, kendi kendine bakabilme, olağan işleri yürütebilme, ağrı/rahatsızlık durumu ve endişe/moral bozukluğu durumları olmak üzere beş farklı boyuttan oluşmaktadır. Her bir boyutu ifade eden soruya verilen 1 yanıtı en iyi sağlık durumunu ifade ederken 5 yanıtı ise, o boyut için en kötü sağlık durumunu ifade etmektedir. Soru formunu yanıtlayan tüm boyutlara 1 ile 5 arasında bir skor verdiğinde 5 haneli bir skor oluşmaktadır. Ortaya çıkan bu skor 0’ın ölümü 1’in mükemmel sağlığı ifade ettiği bir skalada ülkelere özgü ağırlıklar ile değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilen skorlar Danimarka, Fransa, Almanya, Japonya, Hollanda, İspanya, Tayland, Birleşik Krallık, ABD ve Zimbabwe ülkeleri için hazırlanmış ağırlıklara göre değişmektedir.

Araştırmada toplam 105 hastaya ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası üçüncü ayda EQ-5D-5L ölçeği uygulanmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonu bulunmakla birlikte, ölçekte yer alan her bir hastanın sağlık durumunu tanımlayan ağırlıklar Türkiye için bulunmadığından Almanya için bulunan ağırlıklar kullanılmıştır. Işıkçelik ve diğerleri (2019) ile Yiğit’in (2013) maliyet etkililik çalışmalarında da 5Q-5D-5L ölçeği için Türkiye’nin yaşam kalitesi ağırlıklarını yansıttığı varsayılan Almanya ağırlıkları kullanılmıştır.

Ölçeğin ikinci bölümünde, Görsel Analog Ölçeği (Visual Analog Scale –VAS) bulunmaktadır. Görsel Analog Ölçeğinde yanıtlayıcıların mevcut sağlık durumları için 0 ile 100 arasında bir puan vermesi istenir. Ölçekte yer alan 0 değeri hayal edilebilecek en kötü sağlık düzeyini ifade etmektedir. Alınan cevaplar ile yanıtlayıcının o günkü sağlık durumunun bir ifadesi belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastalarla ameliyat sonrasında yüz yüze görüşme imkânı olmadığı için VAS ölçeği de uygulanmıştır. Söz konusu ölçekten elde edilen veriler ilk bölümdeki sorular ile belirlenen

QALY değerlerinin tutarlılığını belirlemek için kullanılmaktadır. Araştırmaya katılan 105 hastaya ameliyattan öncesi ve ameliyat sonrası üçüncü ayda VAS ölçeği uygulanarak, her iki ameliyat yöntemi için ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası üçüncü ayı kapsayan QALY ve VAS değerleri belirlenmiştir. Toplanan QALY ve VAS değerleri IBM SPSS 17.0 programında analiz edilerek tablollaştırılmıştır.

2.4.3. Maliyet Etkililiğinin Belirlenmesi

Açık radikal prostatektomi ve robotik radikal prostatektomi yöntemlerinin ekonomik değerlendirmesi için maliyet etkililik analizi yapılmıştır. Bu doğrultuda daha önce de ifade edilen üç farklı perspektiften maliyet verileri toplanmıştır. Prostat kanseri tanısı almış hastalara EQ-5D-5L ölçeği uygulandıktan sonra, her bir hastanın sağlık durumunu ifade eden katsayılar Almanya'ya özgü ağırlıklar kullanılarak hastaların QALY değerleri etkililik verisi olarak belirlenmiştir. Belirlenen maliyet ve etkililik verileri doğrultusunda üç farklı perspektiften ilave maliyet etkililik oranı (İMEO) değeri hesaplanarak maliyet etkililik analizi gerçekleştirilmiştir.

Sağlık teknolojisi için yapılacak yatırıma karar verirken sadece elde edilen İMEO değeri yeterli olmamakta, sağlık teknolojisinin maliyet etkililiğine ilişkin karar verebilmek için elde edilen İMEO değerinin belirlenen eşik değer ile karşılaştırılması gerekmektedir (Özgen ve Tatar, 2007). Dünya Sağlık Örgütü tarafından kişi başına gayri safi yurt içi hasıla (GSYİH) eşik değer olarak önerilmektedir. Bir sağlık teknolojisi için elde edilen İMEO, kişi başına düşen GSYİH'dan düşük ise maliyet etkililiğinin çok yüksek olduğu, kişi başına düşen GSYİH'nın 1-3 katı arasında ise maliyet etkili olduğu ve kişi başına düşen GSYİH'nın 3 katından fazla ise o sağlık teknolojisinin maliyet etkili olmadığı ifade edilmektedir (Bertram vd., 2016; Marseille vd., 2015). Maliyet etkili olan tercihi belirleyebilmek için, araştırmada üç farklı perspektiften belirlenen İMEO değerleri eşik değer olarak belirlenen GSYİH ile karşılaştırılmıştır.

2.5. Duyarlılık Analizi

Ekonomik değerlendirme araştırmalarında tüm değişkenlerin dikkate alınarak model oluşturulması oldukça zor ve tüm değişkenler dikkate alınamadığından ekonomik değerlendirme araştırmalarına ilişkin belirsizlik söz konusu olmaktadır. Ortaya çıkan bu belirsizliği gidermek için duyarlılık analizi gerçekleştirilmektedir. Araştırmanın bu aşamasında kurulan modele ilişkin parametrelerde değişiklikler yapılarak maliyet etkililik analizinin sonuçlarının bu değişimler karşısındaki duyarlılığı değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamında çok maliyet etkili olduğu belirlenen radikal prostatektomi ameliyatının maliyetleri %10 - %40 azaltılarak ve arttırılarak tek yönlü duyarlılık analizi gerçekleştirilmiştir.

2.6. Bütçe Etki Analizi

Prostat kanseri ameliyatında kullanılan ARP ve RRP yöntemlerinin ülke bütçesi üzerindeki yükünü belirlemek için bütçe etki analizi yapılmıştır. Bütçe etki analizinde Türkiye'de prostat kanseri insidans verileri, prostat kanseri olan hastaların ameliyat olma oranları ve 2040 nüfus projeksiyonu verileri kullanılmıştır. Prostat kanseri insidans verisi T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlık İstatistiği Yıllığı 2017'den elde edilmiştir. Prostat kanseri olan hastaların ameliyat olma oranı, Zorlu (2009) tarafından Üroonkoloji Derneği adına gerçekleştirilen "Türkiye'de Prostat Kanseri İnsidansı: Epidemiyolojik Bir Çalışma" adlı projeden elde edilmiştir. Türkiye'de cinsiyet ve yaş gruplarına göre 2040 nüfus projeksiyonu ise TÜİK'ten temin edilmiştir.

Bütçe etki analizi gerçekleştirilirken öncelikle prostat kanseri insidansı verisi kullanılarak 2040 yılına kadar tahmini prostat kanseri olan hasta sayısı belirlenmiş; sonrasında da prostat kanseri ameliyatı olma oranı kullanılarak 2040 yılına kadar yıl bazında tahmini ameliyat sayıları belirlenmiştir. Son olarak belirlenen tahmini ameliyat sayıları ile ameliyat maliyetleri çarpılarak ülke bütçesine olan beklenen etki belirlenmiştir. Bütçe etki analizi, RRP yönteminin çok maliyet etkili olduğu perspektiften elde edilen maliyet verileri ile gerçekleştirilmiştir.

III. BULGULAR

Prostat kanseri ameliyatlarından olan açık ve robotik radikal prostatektomi yöntemlerinin, hizmet başı ödeme kapsamında geri ödeme kurumu perspektifi ve doğrudan hasta maliyeti perspektifinden maliyet etkililik analizi gerçekleştirilmiştir. Ayrıca geri ödeme kurumu perspektifine geri ödeme kapsamına alınabilecek (cepten ödeme, ilaç ve muayene) maliyetlerin eklenmesiyle oluşturulan üçüncü bir perspektiften de maliyet etkililik analizi gerçekleştirilmiş ve aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Tablo 1. Araştırma Grubunun Tanımlayıcı Bulguları

			Ameliyat Türü		Toplam
			Açık Radikal Prostatektomi	Robotik Radikal Prostatektomi	
Yaş	49-60	n	7	25	32
		%	19,4	36,2	30,4
	61-69	n	21	28	49
		%	58,3	40,5	46,6
	70-79	n	8	16	24
		%	22,2	23,1	22,8
Toplam		n (%)	36 (34,3)	69 (65,7)	105 (100)

Araştırmaya katılan hastaların %34,3'ü ARP, %65,7'si RRP ile ameliyat olmuştur. ARP ile ameliyat olan hastaların %19,4'ü 49 – 60 yaş, %58,3'ü 61 – 69 yaş, %22,8'i 70 – 79 yaş aralığında; RRP yöntemi ile ameliyat olan hastaların %36,2'si 49 – 60 yaş, %40,5'i 61 – 69 yaş, %23,1'i 70 – 79 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Hizmet Başı Ödeme Kapsamında Geri Ödeme Kurumu Perspektifinden Ameliyat Maliyetleri (TL)

	Açık Radikal Prostatektomi			Robotik Radikal Prostatektomi		
	Toplam Maliyet	Ortalama Maliyet	Toplam Gider İçindeki Pay (%)	Toplam Maliyet	Ortalama Maliyet	Toplam Gider İçindeki Pay (%)
Ameliyat	118.792,8	3.299,80	48,66	251.275,23	3.641,67	48,73
İlaç	34.651,08	962,53	14,19	49.027,95	710,55	9,50
Radyoloji	223,2	6,20	0,09	304,29	4,41	0,05
Kan merkezi	2.577,96	71,61	1,05	1.642,2	23,8	0,31
Hastane yatağı	9.383,76	260,66	3,84	12.429,66	180,14	2,41
Laboratuvar	4.968,72	138,02	2,03	6.738,54	97,66	1,30
Anestezi	22.295,88	619,33	9,13	44.106,87	639,23	8,55
Malzeme	40.505,76	1.125,16	16,59	134.850,84	1.954,36	26,15
Patoloji	7.006,32	194,62	2,87	8.622,24	124,96	1,67
Ağrı uygulaması	677,16	18,81	0,27	1.269,6	18,40	0,24
Diğer hizmetler*	3.023,28	83,98	1,23	5.377,86	77,94	1,04
Toplam	244.105,92	6.780,72	100	515.645,28	7.473,12	100

*Konsültasyon, ilaç infüzyonu, öğretim üyesi farkı ve enjeksiyon.

Açık radikal prostatektomi toplam maliyetinin 244.105,92 TL ve hasta başı ortalama maliyetin 6.780,72 TL olduğu belirlenmiştir. Toplam maliyet içerisinde en büyük paya sahip maliyet kaleminin %48,66 ile ameliyat kalemi olduğu belirlenmiştir. Ameliyat kalemini %16,59 ile malzeme, %14,19 ile ilaç, %9,13 ile anestezi, %3,84 ile yatak, %2,87 ile patoloji, %2,03 ile laboratuvar, %1,23 ile diğer

hizmetler, %1,05 ile kan merkezi, %0,27 ile ağrı uygulaması ve %0,09 ile radyoloji maliyetleri izlemektedir. Robotik radikal prostatektomi toplam maliyetinin 515.645,28 TL ve hasta başı ortalama maliyetin 7.473,12 TL olduğu belirlenmiştir. Toplam maliyet içerisinde en büyük paya sahip maliyet kaleminin %48,73 ile ameliyat olduğu belirlenmiştir. Ameliyat kalemini %26,15 ile malzeme, %9,50 ile ilaç, %8,55 ile anestezi, %2,41 ile yatak, %1,67 ile patoloji, %1,30 ile laboratuvar, %1,04 ile diğer hizmetler, %0,31 ile kan merkezi, %0,24 ile ağrı uygulaması ve %0,05 ile radyoloji maliyetleri izlemektedir (Tablo 2).

Tablo 3. Ameliyat Türlerine Göre Maliyet Kalemlerinin Dağılımı

Maliyet Kalemi	Ameliyat Türü	n	Ortalama	SS	Ortanca	U	p
Ameliyat	RRP	69	3641,67	1124,35	3902,62	901,0	0,018
	ARP	36	3299,8	1088,91	3889,91		
İlaç	RRP	69	710,55	206,90	646,51	798,5	0,003
	ARP	36	962,53	537,97	840,84		
Radyoloji	RRP	69	4,41	9,43	2,64	1228,5	0,908
	ARP	36	6,20	15,78	2,53		
Kan Merkezi	RRP	69	23,8	25,62	18,19	724,5	0,001
	ARP	36	71,61	117,73	22,70		
Yatak	RRP	69	180,14	56,24	171,29	1082,5	0,275
	ARP	36	260,66	249,69	186,66		
Laboratuvar	RRP	69	97,66	57,72	77,31	1038,0	0,168
	ARP	36	138,02	161,19	77,93		
Anestezi	RRP	69	639,23	183,83	629,57	1201,5	0,766
	ARP	36	619,33	164,01	643,10		
Malzeme	RRP	69	1954,36	511,94	1964,38	393,5	0,001
	ARP	36	1125,16	593,39	1090,52		
Patoloji	RRP	69	124,96	102,67	87,78	854,0	0,008
	ARP	36	194,62	125,83	196,0		
Ağrı Uygulaması	RRP	69	18,40	3,50	18,65	1231,5	0,924
	ARP	36	18,81	6,86	18,58		
Diğer Hizmetler*	RRP	69	77,94	69,16	106,25	1125,5	0,425
	ARP	36	83,98	77,75	71,32		

*Konsültasyon, ilaç infüzyonu, öğretim üyesi farkı ve enjeksiyon.

Robotik radikal prostatektomi için oluşan ortalama ameliyat ve malzeme maliyetlerinin açık radikal prostatektomiden daha fazla olduğu belirlenmiştir. Açık radikal prostatektomide ise; ortalama ilaç, kan merkezi, yatak ve laboratuvar maliyetlerinin robotik radikal prostatektomiden daha fazla olduğu belirlenmiştir. Toplam maliyeti oluşturan alt kalemler arasında oluşan fark incelenmiş, ameliyat türlerine göre; ameliyat, ilaç, kan, merkezi, malzeme ve patoloji alt kalemleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Belirlenen anlamlı fark doğrultusunda, RRP için oluşan ameliyat (3902,62) ve malzeme (1964,38) kalemlerinin maliyetinin ARP'ye ait ameliyat (3889,91) ve malzeme (1090,52) maliyetlerinden daha fazla olduğu belirlenmiştir. Açık radikal prostatektomide ise; ilaç (840,84), kan merkezi (22,7) ve patoloji (196,0) kalemlerinin maliyetinin robotik radikal prostatektominin ilaç (646,51), kan merkezi (18,19) ve patoloji (87,78) maliyetlerinden daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Ameliyat Sonrası Taburcu Olan Hastaların İzlem Maliyetleri (TL)

	İşlemler	Maliyet (TL)
1	Muayene	15,5
2	Prostat Spesifik Antijen	6,18
3	Total Testosteron	4,75
4	Kreatinin	1,05
5	Potasyum	1,05
6	Kan Üre Azotu	1,05
7	Sodyum	1,05
8	Kalsiyum	1,05
9	Laktik Dehidrogenaz	0,95
10	Albümin	0,95
11	Tam Kan (Hemogram)	2,85
12	İdrar Tetkiki	3,80
13	İdrar Kültürü	2,38
14	Üroflowmetri	8,93
Toplam		51,54

Hastaların ARP ve RRP ameliyatlarına ilişkin hizmet başı ödeme kapsamında geri ödeme kurumu perspektifinden elde edilen maliyetler Tablo 2’de verilmiştir. Ancak taburculuk sonrası hastaların kontrol muayenelerine ilişkin veriler bu çizelgelerde yer almamaktadır. Bu yüzden her iki ameliyat yöntemi için alınan uzman görüşleri ile tedavi protokolleri doğrultusunda hastaların taburculuk sonrası oluşabilecek maliyet kalemleri belirlenmiştir. Her iki ameliyat yönteminde yapılan üçüncü, altıncı ve dokuzuncu ayda kontrol muayenelerinin ve muayenede yapılan işlemlerin toplam maliyeti 51,54 TL olarak saptanmıştır (Tablo 4).

Ameliyat sonrası taburcu olan hastalara ilişkin muayene ve işlemler her iki ameliyat için üçüncü, altıncı ve dokuzuncu ayda gerçekleşmiş; her iki ameliyat için taburculuk sonrası maliyet 154,62 TL (51,54x3) olarak belirlenmiştir. Taburculuk sonrası maliyetlerin de eklenmesiyle hizmet başı ödeme kapsamında geri ödeme kurumu perspektifinden ARP toplam ortalama maliyeti 6.935,34 TL (6780,72+154,62) ve RRP toplam ortalama maliyeti 7.627,74 TL (7473,12+154,62) olarak saptanmıştır.

Tablo 5. Doğrudan Hasta Maliyeti Perspektifinden Ameliyat Maliyetleri (TL)

	Açık Radikal Prostatektomi			Robotik Radikal Prostatektomi		
	Toplam Maliyet	Ortalama Maliyet	Toplam Gider İçindeki Pay (%)	Toplam Maliyet	Ortalama Maliyet	Toplam Gider İçindeki Pay (%)
Ameliyat için cepten ödeme	0,00	0,00	0,00	659.999,49	9.565,21	86,63
Muayene	4.509,72	125,27	8,49	8.889,96	128,84	1,16
Ulaşım	16.431,84	456,44	30,95	28.789,56	417,24	3,77
Beslenme	8.035,92	223,22	15,13	16.094,94	233,26	2,11
Hastane yatağı	9.839,88	273,33	18,53	20.774,52	301,08	2,72
Konaklama	3.627,84	100,69	6,82	4.849,32	70,28	0,63
İlaç	9154,8	254,3	17,24	19.284,81	279,49	2,53
Diğer*	1.489,68	41,38	2,80	3.149,85	45,65	0,41
Toplam	53.086,68	1.474,63	100	761.832,45	11.041,05	100

*Giyim, temizlik malzemesi, vb.

Doğrudan hasta maliyeti perspektifinden ARP toplam maliyetinin 53.086,68 TL ve hasta başı ortalama maliyetin 1.474,63 TL olduğu belirlenmiştir. Toplam maliyet içerisinde en büyük paya sahip maliyet kaleminin %30,95 ile ulaşım olduğu belirlenmiştir. Ulaşım kalemini %18,53 ile yatak, %17,24 ile ilaç, %15,13 ile beslenme, %8,49 ile muayene, %6,82 ile konaklama, %2,80 ile diğer hizmetler maliyetleri izlemektedir. Açık radikal prostatektomi ameliyatı için hastaların cepten herhangi bir ödeme yapmadığı belirlenmiştir. Doğrudan hasta maliyeti perspektifinden RRP toplam maliyetinin 761.832,45 TL ve hasta başı ortalama maliyetin 11.041,05 TL olduğu belirlenmiştir. Toplam maliyet içerisinde en büyük paya sahip maliyet kaleminin %86,63 ile cepten ödeme olduğu saptanmıştır. Cepten ödeme kalemini %3,77 ile ulaşım, %2,72 ile yatak, %2,53 ile ilaç, %2,11 ile beslenme, %1,16 ile muayene, %0,63 ile konaklama, %0,41 ile diğer hizmetler maliyetleri izlemektedir (Tablo 5).

Tablo 6. Geri Ödeme Kapsamına Alınabilecek Maliyet Kalemlerinin Geri Ödeme Kurumu Perspektifine Eklenmesiyle Oluşan Maliyet Perspektifi (TL)

Ameliyat Yöntemleri	Geri Ödeme Kurumu Perspektifinden Maliyet	Geri Ödeme Kapsamına Alınabilecek Maliyetler			Toplam
		Cepten Ödeme	İlaç	Muayene	
ARP	6.935,34	0	254,30	125,27	7.314,91
RRP	7.627,74	9.565,21	279,49	128,84	17.601,28

Araştırmada geri ödeme kurumu perspektifine, geri ödeme kapsamına alınabilecek (cepten ödeme, ilaç ve muayene) maliyetlerin eklenmesiyle üçüncü bir perspektif oluşturulmuştur. Geri ödeme kurumu perspektifinden ARP maliyetine geri ödeme kapsamına alınabilecek doğrudan hasta maliyeti kalemlerinin eklenmesi ile ARP maliyeti 7.314,91 TL olarak değişmiştir. Geri ödeme kurumu perspektifinden RRP maliyetine geri ödeme kapsamına alınabilecek doğrudan hasta maliyeti kalemlerinin eklenmesiyle RRP maliyeti ise, 17.601,28 TL olarak yeniden hesaplanmıştır. (Tablo 6). Yöntemler arasındaki maliyet farkının büyük bir kısmının cepten ödemeden kaynaklandığı anlaşılmıştır. Cepten ödeme, Sağlık Uygulama Tebliği'nde "İstisnai Sağlık Hizmetlerinde İlave Ücret Uygulanması" başlığı altında düzenlenmiş olup, hastadan radikal prostatektomi işleminin ek listede yer alan işlem bedelinin 3 katına kadar ilave ücret alınabilmektedir (SGK, 2020).

Tablo 7. Ameliyat Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi Değerleri

Ameliyat Türü	Ameliyat Zamanı	Yaşam Kalitesi	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Açık Radikal Prostatektomi	Ameliyat Öncesi	QALY	0,351	1,0	0,820	0,15
		VAS Skor	30	100	78,19	13,53
	Ameliyat Sonrası 3. Ay	QALY	0,619	1,0	0,891	0,11
		VAS Skor	60	100	80,86	0,98
Robotik Radikal Prostatektomi	Ameliyat Öncesi	QALY	0,499	1,0	0,826	0,13
		VAS Skor	40	100	76,81	0,11
	Ameliyat Sonrası 3. Ay	QALY	0,559	1,0	0,961	0,10
		VAS Skor	50	100	83,69	0,10

Açık radikal prostatektomi ameliyatı olan hastalardan ameliyat öncesi, en düşük 0,351 ve en yüksek 1,0 QALY değeri elde edildiği anlaşılmaktadır. Ameliyat öncesi ortalama QALY değeri ise, 0,820 olarak belirlenmiştir. Açık radikal prostatektomi ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası üçüncü ay QALY değerleri incelendiğinde, en düşük 0,619 ve en yüksek 1,0 QALY değeri elde

edildiği anlaşılmaktadır. Ameliyat sonrası ortalama QALY değeri ise, 0,891 olarak belirlenmiştir. Hastaların mevcut sağlık durumlarını 100 üzerinden puan vererek ifade ettikleri VAS skorları incelendiğinde, ARP ameliyatı olan hastaların ameliyat öncesi VAS skoru ortalaması 78,19 ve ameliyat sonrası üçüncü ay VAS skoru ortalaması 80,86 olarak belirlenmiştir. Robotik radikal prostatektomi ameliyatı olan hastaların ameliyat öncesi QALY değerleri incelendiğinde, en düşük 0,499 ve en yüksek 1,0 QALY değeri elde edildiği anlaşılmaktadır. Ameliyat öncesi ortalama QALY değeri ise, 0,826 olarak belirlenmiştir. Robotik radikal prostatektomi ameliyatı olan hastaların ameliyat sonrası üçüncü ay QALY değerleri incelendiğinde, en düşük 0,559 ve en yüksek 1,0 QALY değeri elde edildiği anlaşılmaktadır. Ameliyat sonrası ortalama QALY değeri ise, 0,961 olarak belirlenmiştir. Hastaların mevcut sağlık durumlarını 100 üzerinden puan vererek ifade ettikleri VAS skorları incelendiğinde, RRP ameliyatı olan hastaların ameliyat öncesi VAS skoru ortalaması 76,81 ve ameliyat sonrası üçüncü ay VAS skoru ortalaması 83,69 olarak belirlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 8. Alternatif Ameliyat Yöntemleri Arası Kazanılan Yaşam Kalitesi Farkı

	QALY	VAS
Robotik Radikal Prostatektomi	0,135	6,88
Açık Radikal Prostatektomi	0,071	1,67
Fark	0,064	5,21

Robotik radikal prostatektomi ameliyatı öncesi ve üç ay sonrası kazanılan QALY değeri 0,135, açık radikal prostatektomi ameliyatı öncesi ve üç ay sonrası kazanılan QALY değeri 0,071 olarak belirlenmiş, RRP sonrası ARP'ye göre hastaların 0,064 QALY daha fazla elde ettiği saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 9. Maliyet Etkililik Analizi Sonuçları

Hizmet Başı Ödeme Kapsamında Geri Ödeme Kurumu Perspektifi						
Ameliyat Yöntemi	Maliyet (TL)	İlave Maliyet	Ameliyat Sonrası Etkililik (QALY)	İlave Etkililik (QALY)	Maliyet/QALY (TL)	İMEO
ARP	6.935,34		0,891		7.783,77	
RRP	7.627,74	692,4	0,961	0,07	7.937,29	9.891,42
Doğrudan Hasta Maliyeti Perspektifi						
Ameliyat Yöntemi	Maliyet (TL)	İlave Maliyet	Ameliyat Sonrası Etkililik (QALY)	İlave Etkililik (QALY)	Maliyet/QALY (TL)	İMEO
ARP	1.474,63		0,891		1.655,02	
RRP	11.041,05	9.566,42	0,961	0,07	11.489,12	136.663,14
Geri Ödeme Kapsamına Alınabilecek Maliyet Kalemlerinin Geri Ödeme Kurumu Perspektifine Eklenmesiyle Oluşan Maliyet Perspektifi						
Ameliyat Yöntemi	Maliyet (TL)	İlave Maliyet	Ameliyat Sonrası Etkililik (QALY)	İlave Etkililik (QALY)	Maliyet/QALY (TL)	İMEO
ARP	7.314,91		0,891		8.209,77	
RRP	17.601,28	10.286,37	0,961	0,07	18.315,58	146.948,14

Hizmet başı ödeme kapsamında geri ödeme kurumu perspektifinden karşılaştırıldığında RRP'nin ARP'ye göre 692,4 TL ilave maliyet oluşturduğu belirlenmiştir. Maliyet etkililik analizi sonucunda ARP'ye karşı RRP ile tedavi için İMEO değeri, kazanılan fayda başına 9.891,42 TL olarak tespit edilmiştir. Buna göre, RRP ile tedavisi ile ilave fayda kazanmak için 9.891,42 TL ilave maliyet gerektiği anlaşılmıştır. Doğrudan hasta maliyeti perspektifinden karşılaştırıldığında RRP'nin ARP'ye göre 9.566,42 TL ilave maliyet oluşturduğu saptanmıştır. Maliyet etkililik analizinde ARP'ye karşı RRP ile tedavi için İMEO değeri, kazanılan fayda başına 136.663,14 TL olarak belirlenmiştir. RRP tedavisi ile ilave fayda kazanmak için 136.663,14 TL ilave maliyet gerekmektedir. Doğrudan hasta maliyeti perspektifinde yer alıp geri ödeme kapsamına alınabilecek maliyet kalemlerinin (ameliyat için cepten ödeme, ilaç ve muayene) geri ödeme kurumu perspektifine eklenmesiyle oluşturulan üçüncü perspektiften karşılaştırıldığında, RRP'nin ARP'ye göre 10.256,37 TL ilave maliyet oluşturduğu belirlenmiştir. Maliyet etkililik analizi sonucunda ARP'ye karşı RRP ile tedavi için İMEO değeri, kazanılan fayda başına 146.948,14 TL olarak saptanmıştır. RRP tedavisi ile ilave fayda kazanmak için 146.948,14 TL ilave maliyet gerekmektedir (Tablo 9).

Robotik radikal prostatektominin maliyet etkililiğini belirlemek için İMEO değerleri eşik değer olarak GSYİH ile karşılaştırılmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2018 yılına ait kişi başına düşen GSYİH 45.750 TL'dir. Kişi başına düşen GSYİH değerine göre, çok maliyet etkililik eşiği 45.750 TL ve maliyet etkililik eşiği 137.250 TL'dir. Bu doğrultuda ekonomik değerlendirmesi yapılan teknolojilerin ilave maliyet etkililik oranı 45.750 TL altında ise çok maliyet etkili olduğu, 45.750 TL – 137.250 TL arasında ise maliyet etkili olduğu ve 137.250 TL'den fazla ise maliyet etkili olmadığı anlaşılmaktadır. Üç farklı perspektiften gerçekleştirilen maliyet etkililik analizleri sonucunda belirlenen İMEO değerleri eşik değer ile karşılaştırıldığında RRP yöntemin hizmet başı ödeme kapsamında geri ödeme kurumu perspektifi ve doğrudan hasta maliyeti perspektifinden maliyet etkili bir tercih olduğu belirlenmiştir. Hizmet başı ödeme kapsamında geri ödeme kurumu perspektifinden gerçekleştirilen maliyet etkililik analizi sonucunda RRP için elde edilen İMEO değerinin 9.891,42 TL olması çok maliyet etkililik eşiğinin altında olmasını sağlamıştır. Doğrudan hasta maliyeti perspektifinden gerçekleştirilen analizde RRP için elde edilen İMEO değerinin 136.663,14 TL olması maliyet etkililik eşiğinin altında olmasını sağlamıştır. Söz konusu değer eşik değere oldukça yakındır. Dolayısıyla doğrudan hasta maliyeti perspektifinden elde edilen maliyetlerdeki küçük bir artış RRP yönteminin maliyet etkililik eşiğinin üzerine çıkmasına neden olacaktır.

Tablo 10. Tek Yönlü Duyarlılık Analizi Sonuçları

Değişken	Değişim	İMEO (TL/QALY)
Robotik Radikal Prostatektomi Maliyeti	% 40 arttırıldığında	93.587,4
	% 30 arttırıldığında	74.518,05
	% 20 arttırıldığında	55.448,7
	%10 arttırıldığında	36.379,35
	% 10 azaltıldığında	-1.759,35
	% 20 azaltıldığında	-20.828,7
	% 30 azaltıldığında	-39.898,05
	% 40 azaltıldığında	-58.967,4

Duyarlılık analizi ile maliyet parametresiyle değişiklik yapılarak maliyet etkililik analizinin bu değişimlere karşı duyarlılığı incelenmiş; duyarlılık analizi hizmet başı ödeme kapsamında geri ödeme kurumu perspektifinden çok maliyet etkili çıkan RRP maliyeti kapsamında gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda RRP maliyeti önce %10 - %40 arasında arttırılarak, sonrasında %10 - %40 arasında azaltılarak duyarlılık analizi gerçekleştirilmiştir. Maliyet etkililik analizinde kurulan modelin maliyet parametresi değiştirildiğinde İMEO değeri, 93.518,05 ile -58.967,4 arasında değişiklik göstermiştir. Maliyet parametresi, %30 ve %40 arttırıldığında RRP yönteminin maliyet etkililik eşiği altında olduğu saptanırken; diğer kritik değişimlerde RRP çok maliyet etkililik eşiği altında olduğu belirlenmiştir.

Kritik değişiklikler yapılırsa dahi hizmet başı ödeme kapsamında geri ödeme kurumu perspektifinden RRP yönteminin maliyet etkili bir yöntem olduğu anlaşılmıştır (Tablo 10).

ARP ve RRP'nin maliyet etkililik değerlendirmesinin tamamlayıcısı olarak bütçe etki analizi gerçekleştirilmiş; bütçe etki analizi, karar ağacından elde edilen etkililik verileriyle gerçekleştirilen ve çok maliyet etkili olduğu saptanan hizmet başı ödeme kapsamında geri ödeme kurumu perspektifiyle yapılmıştır. Bu perspektife göre, ARP yönteminin maliyeti 6.935,34 TL ve RRP yönteminin maliyeti 7.627,74 TL'dir.

Bütçe etki analizi gerçekleştirilirken prostat kanseri insidansı ve prostat kanseri ameliyat olma oranı kullanılmıştır. Sağlık İstatistik Yıllığı 2017'de prostat kanseri insidansı 33,1/100.000 olarak belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Üroonkoloji Derneği tarafından projelendirilen bir çalışmada ise, prostat kanseri olan hastaların tanı sonrası ameliyat olma oranı %51,8 olarak saptanmıştır (Zorlu, 2009).

Tablo 11. Bütçe Etki Analizi

Yıl	Hasta Sayısı	Ameliyat Olan Hasta Sayısı	Maliyet (TL)	
			Açık Radikal Prostatektomi	Robotik Radikal Prostatektomi
2019	13.758	7.127	49.428.168	54.362.903
2020	13.924	7.213	50.024.607	55.018.889
2021	14.089	7.298	50.614.111	55.667.247
2022	14.252	7.383	51.203.615	56.315.604
2023	14.415	7.467	51.786.183	56.956.335
2024	14.575	7.550	52.361.817	57.589.437
2025	14.731	7.631	52.923.580	58.207.284
2026	14.884	7.710	53.471.471	58.809.875
2027	15.033	7.787	54.005.493	59.397.211
2028	15.179	7.863	54.532.578	59.976.920
2029	15.320	7.936	55.038.858	60.533.745
2030	15.458	8.007	55.531.267	61.075.314
2031	15.591	8.076	56.009.806	61.601.628
2032	15.719	8.142	56.467.538	62.105.059
2033	15.842	8.206	56.911.400	62.593.234
2034	15.961	8.268	57.341.391	63.066.154
2035	16.075	8.327	57.750.576	63.516.191
2036	16.183	8.383	58.138.955	63.943.344
2037	16.287	8.437	58.513.464	64.355.242
2038	16.386	8.488	58.867.166	64.744.257
2039	16.481	8.537	59.206.998	65.118.016
2040	16.571	8.584	59.532.959	65.476.520

Prostat kanseri ameliyatı yöntemlerinin 2019-2040 yıllarına ait hasta sayısı ve maliyet projeksiyonuna göre, 2020 yılında ameliyat olacak hasta sayısı 7.213 iken bu sayı 2040 yılında artarak 8.584'e ulaşmaktadır. Projeksiyona göre, hastaların tamamı ARP ile ameliyat olduğunda, 2020 yılında 50.024.607 TL harcama yapılırken; 2040 yılında 59.532.959 TL harcama yapılmaktadır. Hizmet başı ödeme kapsamında geri ödeme kurumu perspektifinden çok maliyet etkili olarak tespit edilen RRP ile hastaların tamamı ameliyat olduğunda, 2020 yılında 55.018.889 TL harcama yapılırken; 2040 yılında 65.476.520 TL harcama yapılmaktadır. Yöntemler arasındaki harcama farkı 2020 yılında 4.994.282 TL iken, 2040 yılında 5.943.561 TL olarak hesaplanmıştır (Tablo 11).

IV. SONUÇ VE ÖNERİLER

Prostat kanseri Dünyada ve Türkiye’de erkeklerde 2018 yılı itibariyle en sık görülen ikinci kanser türüdür. Prostat kanseri ileri yaşlarda daha sık görüldüğü için nüfusun yaşlanmasına bağlı olarak bu kanser türünün görülme sıklığının artacağı tahmin edilmektedir. Hastalığın görülme sıklığındaki artış tedaviye ilişkin harcamalardaki artışı da beraberinde getirmektedir. Prostat kanserinin sağlık harcamaları üzerindeki potansiyel etkisi dikkate alındığında kıt kaynakları etkin kullanmak adına alternatif tedavi yöntemleri arasında seçim yapılabilmesi için maliyet etkililiklerinin değerlendirilmesi gereklidir.

Günümüzde robotik cerrahinin en yaygın olarak kullanıldığı ameliyatlardan birinin radikal prostatektomi olduğu bilinmektedir (Anderson vd., 2012; American Cancer Society, 2017). Robotik cerrahinin yeni bir teknoloji olması yeni yatırım kararlarının alınmasını gerekli kılmaktadır. Robotik cerrahi için ortaya çıkan maliyetlere katlanılması için yatış günlerinin azalması, idrar kaçırmanın azalması, erektil disfonksiyonun önlenmesi ve kan ve kan ürünü kullanımının azalması gibi yaşam kalitesini etkileyen birçok neden gösterilerek piyasa güçleri tarafından hastalar ve sağlık kurumları yönlendirilebilmektedir (Hu vd., 2017). Araştırmada ARP ve RRP yöntemlerinin hizmet başı ödeme kapsamında geri ödeme kurumu ve doğrudan hasta maliyeti perspektifinden maliyet etkililik analizi gerçekleştirilmiştir. Maliyet etkililik analizi geri ödeme kurumu perspektifine, geri ödeme kapsamına alınabilecek (ameliyat için cepten ödeme, ilaç ve muayene) maliyetlerin eklenmesiyle oluşan üçüncü bir perspektiften de gerçekleştirilmiştir.

Araştırmadaki üç farklı perspektifte de RRP maliyeti ARP maliyetinden daha yüksek bulunmuştur. Hizmet başı ödeme kapsamında geri ödeme kurumu perspektifinden ortalama hasta başı RRP maliyeti 7.473,12 TL, ARP maliyeti 6.780,72 TL olarak saptanmıştır. Literatürdeki farklı çalışmalarda da benzer şekilde RRP maliyeti ARP maliyetinden daha yüksek bulunmuştur (Lotan vd., 2004; Burgess vd., 2006; O’Malley ve Jordan, 2007; Hohwü vd., 2011; Hyams vd., 2012; Kim vd., 2013; Chang vd., 2015; Leow vd., 2016). Yeni bir teknoloji olması sebebiyle geri ödeme kuruluşları ve hastaneler için maliyetin RRP’de daha yüksek olması beklenen bir sonuç olarak düşünülebilir. Doğrudan hasta maliyeti perspektifinden ortalama hasta başı RRP maliyeti 11.041,05 TL, ARP maliyeti 1.474,63 TL olarak belirlenmiştir. Doğrudan hasta maliyeti perspektifinde yer alıp geri ödeme kapsamına alınabilecek maliyetlerin (ameliyat için cepten ödeme, muayene ve ilaç) geri ödeme kurumu perspektifine eklenmesiyle oluşan perspektifte ise ortalama hasta başı RRP maliyeti 17.601,28 TL, ARP maliyeti 7.314,91 TL olarak saptanmıştır. Doğrudan hasta maliyeti perspektifi ve doğrudan hasta maliyeti perspektifinde yer alan maliyetlerin geri ödeme kurumu perspektifine eklenmesiyle oluşan perspektifte ameliyat yöntemleri arasındaki farkın önemli bir bölümünün ameliyat için hastaların cepten yaptığı ödemelerden kaynaklandığı anlaşılmıştır.

RRP için oluşan ameliyat ve malzeme maliyetleri ile ARP için oluşan ameliyat ve malzeme maliyetleri arasında anlamlı fark belirlenmiştir. Robotik radikal prostatektomi için oluşan ameliyat ve malzeme maliyeti ARP için oluşan malzeme ve ameliyat maliyetlerinden daha yüksektir. Literatürde de benzer şekilde RRP için oluşan ameliyat ve malzeme maliyetini ARP için oluşan ameliyat ve malzeme maliyetinden daha yüksek bulan çalışmalar bulunmaktadır (Leow vd., 2016; Gagnon vd., 2014; Bolenz vd., 2009; Forsmark vd., 2018). Araştırmada ARP için oluşan ilaç, kan merkezi ve patoloji maliyetleri ile RRP için oluşan ilaç, kan merkezi ve patoloji maliyetleri arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Buna göre, ARP için oluşan ilaç, kan merkezi ve patoloji harcamaları RRP için oluşan ilaç, kan merkezi ve patoloji maliyetlerinden daha yüksektir. Araştırma bulgularını destekleyecek şekilde literatürdeki farklı çalışmalarda da ARP için oluşan ilaç ve kan merkezi maliyetleri RRP için oluşan ilaç ve kan merkezi maliyetlerinden daha yüksek bulunmuştur (Tomaszewski vd., 2012; Bijlani vd., 2016; Fabbro vd., 2015; Gandaglia vd., 2014; Yu vd., 2012; Gagnon vd., 2014). Ayrıca literatürdeki farklı çalışmalarda ARP için oluşan yatak ve anestezi maliyetlerinin RRP için oluşan yatak ve anestezi maliyetlerinden daha yüksek olduğu tespit eden çalışmalar da bulunmaktadır (Anderson vd., 2012; Gandaglia vd., 2014; Kim vd., 2013, Leow vd., 2016; Sugihara vd., 2014).

Ameliyat sonrası komplikasyonların da ameliyatlara ilişkin maliyetleri etkilediği bilinmektedir. Literatürdeki çalışmalarda RRP ile gerçekleşen ameliyatlarda komplikasyon oranı, %2 ile %32 arasında değişmekle beraber ARP'ye göre daha az olduğu tespit edilmiştir. Hastaneye yeniden başvuru oranı incelendiğinde de, RRP ile ameliyat olanların %2 ile %19,4 arasında değişmekle beraber ARP'ye göre daha az hastaneye başvurduğu anlaşılmaktadır. Komplikasyon oranları ve yeniden yatışlar yöntemlerin maliyetleri üzerinde etkili olmaktadır. (Kim vd., 2013; Leow vd., 2016; Niklas vd., 2016; Yu vd., 2012).

Robotik cerrahi yöntemi yaygınlaştıkça ve hekimlerin teknolojiye ilişkin deneyimleri arttıkça maliyetlerin azalacağı beklenmektedir. Chang ve diğerleri (2015) yöntemler arasındaki doğrudan hastane maliyetlerinin zamanla azaldığını tespit etmiştir. Yöntemler arasındaki maliyet farkı 2003 yılında 8.544\$ iken, 2010 yılında bu fark 790\$'a inmiştir. Robotik radikal prostatektomi ameliyatını gerçekleştiren hastanelerin ve popülasyonun karakteristiği maliyetler üzerinde etkili olmaktadır (Lotan vd., 2010; Yamadala vd., 2016). Faiena ve diğerleri (2015) robotik cerrahi işlemin maliyetlerinin hastanelerin bulunduğu bölge, sahiplik durumu, büyüklük ve eğitim statüsü gibi faktörlerden etkilendiğini belirlemiştir. Dolayısıyla, RRP ameliyatını gerçekleştirecek olan hastanelerin kendi koşullarını değerlendirerek karar vermeleri gerekmektedir.

Araştırmada yöntemlerin etkililik göstergesi olarak ameliyat öncesi ve sonrası yaşam kalitesi değerleri kullanılmıştır. Açık radikal prostatektomi öncesi QALY değeri 0,820 bulunurken; ameliyat sonrası üçüncü ay QALY değeri 0,891 olarak tespit edilmiştir. Açık radikal prostatektomi sonrası hastalarda 0,071 değerinde QALY kazancı belirlenmiştir. Robotik radikal prostatektomi öncesi QALY değeri 0,826 bulunurken; ameliyat sonrası üçüncü ay QALY değeri 0,961 olarak tespit edilmiştir. Robotik radikal prostatektomi sonrası hastalarda 0,135 değerinde QALY kazancı belirlenmiştir. Açık radikal prostatektomi öncesi VAS değeri 78,19 bulunurken; ameliyat sonrası üçüncü ayda elde edilen VAS değeri 80,86 olarak tespit edilmiştir. Açık radikal prostatektomi öncesi ve üçüncü ay sonrası VAS farkı 1,67 olarak belirlenmiştir. Robotik radikal prostatektomi öncesi VAS değeri 76,81 bulunurken; ameliyat sonrası üçüncü ayda elde edilen VAS değeri 83,69 olarak tespit edilmiştir. Robotik radikal prostatektomi öncesi ve üçüncü ay sonrası VAS farkı ise 6,88 olarak belirlenmiştir. Araştırmada elde edilen QALY ve VAS değerleri birbiriyle paralellik göstermekte ve RRP sonrası kazanılan yaşam kalitesi değerinin ARP'den daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Robotik radikal prostatektomi yönteminde daha kısa yatış süresi, daha kısa kateterizasyon ihtiyacının olması ve anatomik yapıyı daha iyi ortaya koyarak sinirlerin korunması mümkün olabilmektedir. Dolayısıyla RRP sonrasında düşük komplikasyon oranının ortaya çıkacağı ve hastaların yaşam kalitesine daha çok pozitif etkide bulunacağı beklenmektedir (Yıldırım ve Çam, 2014). Bu araştırmada olduğu gibi literatürdeki çalışmalarda da robotik cerrahi sonrası daha fazla fayda kazanımı elde edildiği belirlenmiştir. Nossiter ve diğerleri (2018) 1310 robotik ve 422 açık cerrahi ile ameliyat olan hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, yöntemler arasında RRP lehine QALY farkı tespit etmiştir. Robotik radikal prostatektomi ile ameliyat olan hastaların QALY değeri 0,90; açık radikal prostatektomi ile ameliyat olan hastaların QALY değeri ise 0,89 olarak belirlenmiştir. Lee ve diğerleri (2019) herhangi bir komplikasyon gelişmediği durumda, RRP sonrası fayda değerini 0,827, ARP sonrası fayda değerini 0,796 olarak belirlemiştir. Close ve diğerleri (2013) açık cerrahiye alternatif olarak geliştirilen robotik ve laparoskopik radikal prostatektomi yöntemlerine ilişkin maliyet fayda analizi gerçekleştirmiştir. Araştırmada, robotik radikal prostatektomi QALY değeri 6,52 olarak belirlenirken, laparoskopik radikal prostatektomi QALY değeri 6,44 olarak tespit edilmiştir. Robotik radikal prostatektomi sonrası 0,08'lik bir QALY kazancı tespit edilmiştir. Lord ve diğerleri (2013) ekonomik model çalışmasında açık ve robotik radikal prostatektomi yöntemleri geri ödeme perspektifinden (National Health Services - NHS) değerlendirilmiştir. Çalışmada RRP için QALY değeri 7,943 olarak belirlenirken, ARP için QALY değeri 7,936 olarak tespit edilmiştir. Rush ve diğerleri (2015) 643 açık ve 331 robotik radikal prostatektomi olan hastaya ilişkin ameliyat sonrası yaşam kalitelerini değerlendirdikleri çalışmada, RRP sonrası fayda değerini 84,73; ARP sonrası fayda değerini 82,59 olarak belirlemiştir.

Literatürde bazı çalışmalarda, ARP ve RRP yöntemleri arasında yaşam kalitesi bakımından herhangi bir farklılık belirlenmemiştir. Ong ve diğerleri (2016), 1117 açık ve 885 robotik radikal prostatektomi olan hastaya ilişkin yaşam kalitesi verileriyle gerçekleştirdiği çalışmada, yöntemler arasında yaşam kalitesi bakımından herhangi bir farklılık tespit etmemiştir. Wallerstedt ve diğerleri (2019), 942 hastanın açık ve 2764 hastanın robotik radikal prostatektomi ile ameliyat olduğu çalışmalarında, yöntemler arasında 3. ay, 6. ay ve 12. ayda yaşam kalitesi bakımından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Hohwü ve diğerleri (2011) ise, açık radikal prostatektomiye kıyasla RRP lehine kazanılan QALY tespit edememişlerdir.

Araştırmada hizmet başı ödeme kapsamında geri ödeme kurumu perspektifinden gerçekleştirilen maliyet etkililik analizi sonucuna göre İMEO değeri 9.891,42 olarak saptanmıştır. İMEO değerine göre, RRP yönteminin ARP yöntemine göre çok maliyet etkili olduğu anlaşılmaktadır. Doğrudan hasta maliyeti perspektifinden gerçekleştirilen maliyet etkililik analizi sonucuna göre, İMEO değeri 136.663,14 olarak saptanmıştır. Elde edilen İMEO değeri, sınırdan da olsa maliyet etkililik eşliğinin altında olduğu için doğrudan hasta maliyeti perspektifinden RRP yönteminin maliyet etkili bir yöntem olduğu anlaşılmaktadır. Geri ödeme kurumu perspektifine geri ödeme kapsamına alınabilecek (cepten ödeme, ilaç ve muayene) maliyetlerin eklenmesiyle gerçekleştirilen maliyet etkililik analizi sonucuna göre, İMEO değeri 146.948,14 olarak belirlenmiştir. Son olarak saptanan İMEO değeri de maliyet etkililik eşliği üzerinde olduğu için RRP yönteminin maliyet etkili bir yöntem olmadığı belirlenmiştir.

Literatürdeki açık ve robotik radikal prostatektomi yöntemlerinin maliyet etkililiğini değerlendiren az sayıdaki çalışma incelendiğinde, araştırma bulgularıyla paralellik gösterdikleri ve RRP'yi maliyet etkili bir yöntem olarak belirledikleri anlaşılmaktadır. O'Malley ve Jordan (2007) 100 açık ve 500 robotik cerrahi ile ameliyat olan hasta üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmada, RRP için İMEO değeri 24.457,43\$ olarak hesaplamıştır. Söz konusu İMEO değerinin Avustralya Tıbbi Hizmetler Danışma Komitesi tarafından belirlenen eşik değerin oldukça altında olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucunda bu araştırmanın bulgularını destekleyecek şekilde RRP'nin ekonomik olarak rasyonel bir tercih olduğu ifade edilmiştir. Teljeur ve diğerleri (2014) ARP, LRP ve RRP yöntemlerinin maliyet etkililiklerini meta analizinden elde edilen verilerle gerçekleştirmiştir. Çalışma sonucunda, İMEO değeri ortalama olarak 24.193€, ortanca olarak 26.731€ olarak saptanmıştır. Belirlenen İMEO değerleri farklı senaryolarda değerlendirildiğinde, RRP'nin diğer yöntemlere göre maliyet etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Lord ve diğerleri (2013) geri ödeme kurumu perspektifinden gerçekleştirdikleri çalışmada, İMEO değeri yaklaşık olarak 20.000€ olarak belirlenmiştir. İMEO değerine göre, RRP'nin ARP'ye göre maliyet etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Hohwü ve diğerleri (2011) toplumsal perspektiften gerçekleştirilen retrospektif maliyet etkililik analizinde ise, bu araştırmanın sonuçlarından farklı olarak RRP yöntemini maliyet etkili bir tercih olarak belirlememiştir. Çalışmada, RRP lehine QALY kazanımı belirlenemediğinden QALY başına İMEO değeri tespit edilmemiştir. Ancak operasyon sayısı arttırıldığı takdirde robotik radikal prostatektominin maliyet etkililiğinin artabileceği ifade edilmiştir.

Günümüzde cepten ödemeler birçok sağlık sisteminde yaygın olarak kullanılmaktadır. Buna rağmen cepten harcamaların hizmetin finansmanı ve hizmete erişim bakımından hakkaniyeti sağlamayacağına dair literatürde görüş bulunmaktadır. Cepten harcamaların hastalar arasında eşitsizliğe neden olacağı ve hastaların hizmete ulaşımı bakımından çeşitli sorunlar oluşturacağı ifade edilmektedir. Özellikle gelir dağılımının dengesiz olduğu ülkelerde, gelir seviyesi düşük olan bireylerin sağlık statüsü üzerinde olumsuz etkiler yaratacağı düşünülmektedir. Sağlık hizmeti için yüksek miktarda gerçekleşen cepten ödemelerin katastrofik sağlık harcamalarına neden olacağı da ifade edilmektedir. (Köktaş, 2014; Castano vd., 2002; Başara ve Şahin, 2008; Robinson, 2002; Wagstaff vd., 1999).

Araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Hastalardan alınan ortalama 9.565,21TL'lik cepten ödeme nedeniyle araştırma evrenindeki hastaların tamamı RRP yöntemini tercih edememiştir. Cepten harcamaların sağlık hizmetlerinde eşitsizliği arttırdığı ve erişimi olumsuz etkilediği düşünüldüğünde, sağlık hizmetlerine erişimi arttırabilmek adına, endikasyonu olan hastaların robotik cerrahi için cepten ödeme yapmayacakları bir sistem kurgulanabilir.
- Sağlık teknolojilerine ilişkin yatırım kararının alınmasında sonuç odaklı ekonomik değerlendirme çalışmalarının önemli bir kriter olduğu düşünülmektedir. Bununla beraber sağlık hizmetlerinin temel amacının toplumun sağlık statüsünü arttırmak olduğu düşünüldüğünde, toplumun tamamının sağlık hizmetine ulaşım ulaşamadığının değerlendirilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla, yatırım kararının verilmesinde sonuç odaklı araştırmaların yapılması kadar toplumun yeni sağlık hizmetine erişimi de hakkaniyet ve eşitlik çerçevesinde değerlendirilebilir.
- Araştırmada değerlendirilen ameliyat yöntemlerinin toplam maliyeti içerisinde malzeme maliyetinin yüksek oluşu dikkat çekmektedir. Ameliyatlarda kullanılan tıbbi cihaz ve malzemelerin genellikle ithal edilmesi yöntemlerin maliyetlerini arttırmaktadır. Dolayısıyla, AR-GE çalışmalarına destek verilerek söz konusu tıbbi teknolojiler yurt içinde geliştirilip üretilebilir. Böylece uzun vadede ameliyat yöntemlerine ilişkin maliyetler azalabilir.
- Günümüzde sağlık teknolojileri değerlendirilirken maliyetlerin yanı sıra insanların yaşam kalitesi üzerindeki etkisi de dikkate alınmaktadır. Dolayısıyla, hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası yaşam kalitesi değerleri ve memnuniyet düzeyleri hastaneler tarafından sistematik olarak toplanabilir. Bu sayede yeni teknolojilerin ekonomik değerlendirmesi eksik veri olmadan gerçekleştirilebilir ayrıca, hastanelerin kendi hizmet kalitelerini farklı alanlarda düzenli olarak takip edebileceği söylenebilir.
- Sağlık teknolojisinin Türkiye'ye özgü bir şekilde değerlendirilmesi için Türkiye'ye ait ağırlıkların hesaplanması gerekmektedir. Türkiye'de toplumun özelliklerini dikkate alan kendine özgü bir yaşam kalitesi ölçütü bulunmamaktadır. Türkiye'de yaşayan insanların özelliklerine uygun yaşam kalitesi ölçütünün geliştirilmesi ve sağlık hizmetleri özelinde düzenli takip edilmesi faydalı olabilir.
- Araştırma bir yıllık veriler doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Gelecekteki çalışmalarda etkililik değerlendirmesinin modelleme yöntemi ile yaşam boyu hesaplanması daha kapsamlı sonuçlar ortaya koyabilir.
- Sonraki çalışmalarda dolaylı hasta maliyetlerinin de dikkate alınması ile toplumsal perspektiften robotik cerrahi daha kapsamlı değerlendirilebilir.
- Prostat kanseri ameliyatı yöntemlerine ilişkin gelecekte yapılacak çalışmalarda, hastaların eşlik eden hastalıklarının da ekonomik değerlendirme çalışmasına dahil edilmesi daha kapsamlı sonuçlar ortaya çıkarabilir.
- Etkin kaynak kullanımı için, sağlık hizmetlerine yönelik kaynak aktarımı kararları verilirken ve Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından geri ödeme kapsamı belirlenirken bilimsel esaslar çerçevesinde gerçekleştirilmiş ekonomik değerlendirme çalışmalarından faydalanılabilir.
- Türkiye'de farklı sağlık teknolojilerinin değerlendirildiği bilimsel çalışma sayısının uluslararası literatüre göre az olduğu dikkat çektiğinden, hastalık yükünün yüksek olduğu ve sağlık harcamaları üzerinde önemli etkisi bulunan alanlardaki sağlık teknolojilerinin ekonomik değerlendirilmesine yönelik çalışmalar yapılabilir.

- Sağlık harcamalarının kontrol altına alınması ve toplumun sağlık statüsünün artırılması adına sağlık teknolojisi değerlendirme çalışmalarının kurumsallaşması ve geri ödeme kapsamına alınacak hizmetler için eşik değer belirleme çalışmalarının gerçekleştirilmesi önerilmektedir.
- İleride gerçekleştirilecek çalışmaların ülke genelini yansıtabilecek bir örneklem ile gerçekleştirilmesiyle güvenilirliği daha yüksek sonuçlara ulaşılabilir.

KAYNAKLAR

- Alavi, A. S., Solowqa, M. S., Vaidya, A., Lynne, C. M., & Gheiler, E. L. (2001). Local anesthesia for ultrasound guided prostate biopsy: a prospective randomized trial comparing 2 methods. *The Journal of Urology*, 166(4), 1343-1345.
- American Cancer Society (2017). Prostate cancer. Erişim Tarihi: 04.04.2017 <https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer.html>.
- Anderson, J. E., Chang, D. C., Parsons, J. K., & Talamini, M. A. (2012). The first national examination of outcomes and trends in robotic surgery in the United states. *Journal of the American College of Surgeons*, 215, 107-114.
- Asmara, K., Marisha, M., Agustanti, F., & Tampubolon, H. P. (2011). Erectile dysfunction and health-related quality of life in elderly males. *Universa Medicina*, 30(3), 182-188.
- Bach, P., Doring, T., Gesenberg, A., Mohring, C., & Goepel, M. (2011). Quality of life of patients after retropubic prostatectomy – pre- and postoperative scores of the EORTC QLQ-C30 and QLQ-PR25. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(93), 1-9.
- Balbay, D. (2008). Radikal retropubik prostatektomi. İçinde. Balbay, D. (Ed.), *Prostat*. (ss. 257-259). Ankara: Güneş Tıp Kitapevi.
- Balçık, P. Y. (2013). *Türkiye’de ileri evre küçük hücreli dışı akciğer kanserinde pemetrexed ve gemcitabine tedavilerinin maliyet etkililik analizi*. (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Balçık, P. Y., & Şahin, B. (2013). Sağlık hizmetlerinde maliyet etkililik analizi ve karar analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 16(20), 121-134.
- Başara, B., & Şahin, İ. (2008). Türkiye’de cepten yapılan sağlık harcamalarını etkileyen etmenler. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2), 319-340.
- Bertram, M. Y., Lauer, J. A., Joncheere, K. D., Edejer, T., Hutubessy, R., Kieny, M. P., & Hill, S. R. (2016). Cost-effectiveness thresholds: pros and cons. *Bulletin of the World Health Organization*, 94, 925-930.
- Bijlani, A., Hebert, A. E., Davitian, M., May, H., Speers, M., Leung, R., Mohamed, N. E., Sacks, H. S., & Tewari, A. (2016). A multidimensional analysis of prostate surgery costs in the united states: robotic-assisted versus retropubic radical prostatectomy. *Value in Health*, 19, 391-403.
- Bolenz, C., Gupta, A., Hotze, T., Ho, R., Cadeddu, J. A., Roehrborn, C. G., & Loton, Y. (2009). Cost Comparison of robotic, laparoscopic and open radical prostatectomy for prostate cancer. *European Urology*, 57, 453-458.

- Bratu, O., Oprea, I., Marcu, D., Spinu, D., Niculae, A., Geavlete, B., & Mischianu, D. (2017). Erectile dysfunction post-radical prostatectomy- challenge for both patient and physician. *Journal of Medicine and Life*, 10(1), 13-18.
- Bridges, J. F. P., & Jones, C. (2007). Patient-based health technology assessment: a vision of the future. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 23(1), 30-35.
- Burgess, S. V., Atug, F., Castle, E. P., Davis, R., & Thomas, R. (2006). Cost Analysis of Radical Retropubic, Perineal, and Robotic Prostatectomy. *Journal of Endourology*, 20(10), 827-830.
- Castano, R. A., Arbalaez, J. J., Giedion, U. B., & Morales, L. G. (2002). Equitable financing out-of-pocket payments and the role of health care reform in colombia. *Health Policy and Planning*, 17, 5-11.
- Chang, S. L., Kibel, A. S., Brooks, J. D., & Chung, B. I. (2015). The impact of robotic surgery on the surgical management of prostate cancer in the USA. *British Journal of Urology International*, 115, 929-936.
- Close, A., Robertson, C., Rushton, S., Shirley, M., Vale, L., Ramsay, C., & Pickard, R. (2013). Comparative cost-effectiveness of robot-assisted and standard laparoscopic prostatectomy as alternatives to open radical prostatectomy for treatment of men with localised prostate cancer: a health technology assessment from the perspective of the uk national health services. *European Urology*, 64, 361-369.
- Cooperberg, M. R., Ramakrishna, N. R., Duff, S. B., Hughes, K. E., Sadownik, S., Smith, J. A., & Tewari, A. K. (2013). Primary treatments for clinically localised prostate cancer: a comprehensive lifetime cost-utility analysis. *BJU International*, (111)3, 437-450.
- Drach, G. W., & Griebeling, T. L. (2003). Geriatric urology. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(7), 355-358.
- Elbarbary, M. (2010). Health technology assessment (HTA) in cardiac field. *Journal of The Saudi Heart Association*, 22(2), 77-84.
- European Association Of Urology (2018). EAU-ESTRO-ESUR-SIOG guidelines on prostate cancer. Erişim Tarihi: 10.04.2018 <https://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/>.
- Fabbro, E., Crivellaro, S., Dalle Fratte, C. F., Vetrugno, L., Adani, G., Saule, B., Drigo, D., Zumerle, G., Favaretti, C., & Guarrera, G. M. (2015). Robot- assisted laparoscopic prostatectomy: an economic analysis for decision – making in a university hospital of northern italy. *Epidemiology Biostatistics and Public Health*, 12(1), 1-9.
- Faiena, I., Dombrovskiy, V. Y., Modi, P., Patel, R., Salmasi, A. H., Parihar, J. S., Singer, E. A., & Kim, I. Y. (2015). Regional cost variations of robot-assisted radical prostatectomy compared with open radical prostatectomy. *Clinical Genitourinary Cancer*, 13(5), 447-452.
- Forsmark, A., Gehrma, J., Angenete, E., Bjartell, A., Bjorholt, I., Carlsson, S., Hugosson, J., Marlow, T., Stinesen-Kollberg, K., Stranne, J., Wallerstedt, A., Wiklund, P., Wilderang, U., & Haglund, E. (2018). Health economic analysis of open and robot-assisted laparoscopic surgery for prostate cancer within the prosoective multicentre LAPPRO trial. *European Urology*, 74, 816-824.

- Fuller, A., & Pautler, S. E. (2013). Complications following robot-assisted radical prostatectomy in a prospective canadian cohort of 305 consecutive cases. *Canadian Urological Assosiation Journal*, 7(3-4), 116-121.
- Gagnon, L. O., Goldenberg, S. L., Lynch, K., Hurtado, A., & Gleave, M. E. (2014). Comparison of open and robotic-assisted prostatectomy: the university of british columbia experience. *Canadian Urological Assosiation journal*, 8(3-4), 92-97.
- Gandaglia, G., Sammon, J. D., Chang, S. L., Choueiri, T. K., Hu, J. C., Karakiewicz, P. L., Kibel, A., Kim, A. S., Konijeti, R., Montorsi, F., Nguyen, P. L., Sukumar, S., Menon, M., Sun, M., & Trinh, Q. D. (2014). Comparative effectiveness of robot-assisted and open radical prostatectomy in the postdissemination era. *Journal of Clinical Oncology*, 32(14), 1419-1426.
- Haglund, E., Carlsson, S., Stranne, J., Wallerstedt, A., Wildrang, U., Thorsteinsdottir, T., Lagerkvist, M., Damber, J. E., Bjartell, A., Hugosson, J., Wiklund, P., & Steineck, G. (2015). Urinary Incontinence and erectile dysfunction after robotic versus open radical prostatectomy: a prospective, controlled, nonrandomised trial. *European Urology*, 68, 216-225.
- Hohwu, L., Borre, M., Ehles, L., & Pedersen, V. K. (2011). A short-term cost effectiveness study comparing robot-assisted laparoscopic and open retropubic radical prostatectomy. *Journal of Medical Economics*, 14, 403-409.
- Hu, J. C., O'Malley, P., Chughtai, B., Isaacs, A., Mao, J., Wright, J. D., Hershman, D., & Sedrakyan, A. (2017). Comparative effectiveness of cancer control and survival after robot-assisted versus open radical prostatectomy. *The Jorunal of Urology*, 197, 115-121.
- Hyams, E. S., Mullins, J. K., Pierorazio, P. M., Partin, A. W., Allaf, M. E., & Matlaha, B. R. (2012). Impact of robotic technique and surgical volume on the cost of radical prostatectomy. *Journal of Endourology*, 27(3), 298-303.
- Işıkçelik, F., Ağırbaş, İ., & Kaya, C. T. (2019). An analysis of cost-effectiveness of stents used in the treatment of coronary artery disease. *Balkan Medical Journal*, 36(5), 276-282.
- Kahyaoğlu, S. H. (2009). *Akut kroner sendromlu hastalarda yaşam kalitesi ölçeği: 5q-5d ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması.* (Yüksek Lisans Tezi). Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Kar, A. (2016). *Rüptüre olmamış serebral anevrizmaların tedavisinde cerrahi kliplleme ve endovasküler koil yöntemlerinin maliyet etkililiğinin değerlendirilmesi.* (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Kim, S. P., Shah, N. D., Karnes, R. J., Weight, C. J., Shippee, N. D., Han, L. C., Boorjian, S. A., Smaldone, M. C., Frank, I., Gettman, M. T., Tollefson, M. K., & Thopson, R. H. (2013). Hospitalization costs for radical prostatectomy attributable to robotic surgery. *European Urology*, 64, 11-16.
- Köktaş, A. M. (2014). *Sağlık Ekonomisi.* Ankara: 657 Yayınevi.
- Lee, M. J., Park, D. A., & Lee, S. H. (2019). Utility after robot-assisted radical prostatectomy compared to conventional approaches for localized prostate cancer [socioeconomic perspective study]. *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*, 22, 461-466.
- Leow, J. J., Chang, S. L., Meyer, C. P., Wang, Y., Hanske, J., Sammon, J. D., Cole, A. P., Preston, M. A., Dasgupta, P., Menon, M., Chung, B. I., & Trinh, Q. D. (2016). Robot-assisted versus open

- radical prostatectomy: a contemporary analysis of an all-payer discharge database. *European Urology*, 70(5), 837-845.
- Lepor, H., & Kaci, L. (2003). Contemporary evaluation of operative parameters and complications related to open radical retropubic prostatectomy. *Urology*, 62(4), 702-706.
- Lord, J., Willis, S., Eatock, J., Taoenden, P., Bertran-Trapero, M., Miners, A., Crossan, C., Westby, M., Anagnostou, A., Taylor, S., Mavranezouli, I., Wonderling, D., Alderson, P., & Ruiz, F. (2013). Economic modelling of diagnostic and treatment pathways in national institute for health and care excellence clinical guidelines: the modelling algorithm pathways in guidelines (mapguide) project. *Health Technology Assessment*, 12(58), 1-191.
- Lotan, Y., Bolenz, C., Gupta, A., Hotze, T., Ho, R., Cadeddu, J. A., & Roehrborn, C. G. (2010). The effect of the approach to radical prostatectomy on the profitability of hospitals and surgeons. *British Journal of Urology International*, 105, 1531-1536.
- Lotan, Y., Cadeddu, J. A., & Gettman, M. T. (2004). The new economics of radical prostatectomy: cost comparison of open, laparoscopic and robot assisted techniques. *Journal of Urology*, 174, 1431-1435.
- Marseille, E., Larson, B., Kazi, D., Kahnd, J., & Rosen, S. (2015). Thresholds for the cost – effectiveness of interventions: alternative approaches. *Bulletin of the World Health Organization*, 93, 118-124.
- Nguyen, P. L., Gu, X., Lipsitz, S. R., Choueiri, T. K., Choi, W. W., Lei, Y., Hoffman, K. E., & Hu, J. C. (2011). Cost implications the rapid adoption of newer Technologies for treating prostate cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 29(12), 1517-1524.
- Niklas, C., Saar, M., Berg, B., Steiner, K., Janssen, M., Siemer, S., Stockle, M., & Ohlmann, C. H. (2016). Da vinci and open radical prostatectomy: comparison of clinical outcomes and analysis of insurance costs. *Urologia Internationalis*, 96(3), 287-294.
- Nossiter, J., Sujenthiran, A., Charman, S. C., Cathcart, P. J., Aggarwal, A., Payne, H., Clarke, N. W., & van der Meulen, J. (2018). Robot-assisted radical prostatectomy vs laparoscopic and open retropubic radical prostatectomy: functional outcomes 18 months after diagnosis from a national cohort study in England. *British Journal of Cancer*, 118, 489-494.
- O'Malley, S. P., & Jordan, E. (2007). Review of a decision by the medical services advisory committee based on health technology assessment of an emerging technology: the case for remotely assisted radical prostatectomy. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 23, 286-291.
- Ong, W. L., Evans, S. M., Spelman, T., Kearns, P. A., Murphy, D. G., & Millar, J. L. (2016). Comparison of oncological and health-related quality of life outcomes between open and robot-assisted radical prostatectomy for localised prostate cancer-findings from the population-based victorian prostate cancer registry. *British Journal of Urology International*, 118, 563-569.
- Özgen, H., & Tatar, M. (2007). Sağlık sektöründe bir verimlilik değerlendirme tekniği olarak maliyet-etkililik analizi ve Türkiye'de durum. *Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(2), 110-137.
- Ramsey, C., Pickard, R., Robertson, C., Close, A., Vale, L., Armstrong, N., Barocas, D. A., Eden, C. G., Fraser, C., Gurung, T., Jenkinson, D., Jia, X., Lam, T. B., Mowatt, G., Neal, D. E., Robinson, M. C., Royle, J., Rushton, S. P., Sharma, P., Shirley, M. D. F., & Soomro, N. (2012). Systematic review and economic modelling of the relative clinical benefit and cost-effectiveness

- of laparoscopic surgery and robotic surgery for removal of the prostate in men with localised prostate cancer. *Health Technology Assessment*, 16(41), 1-313.
- Robinson, R. (2002). User charges for health care. In Mossialos, A., Dixon, J. (Eds.) *Funding Health Care: Options for Europe* (pp. 161-183). Buckingham: Open University Press.
- Rush, S., Alibhai, S. M. H., Xu, L., Xu, W., Louis, A. S., Matthew, A. G., Nesbitt, M., Finelli, A., Fleshner, N. E., Hamilton, R. J., Kulkarni, G., Zlotta, A., Jewett, M. A. S., & Trachtenberg, J. (2015). Health-related quality of life in robotic versus open radical prostatectomy. *Canadian Urological Association Journal*, 9(5-6), 179-187.
- Sanda, M. G., Dunn, R. L., Michalski, J., Sandler, H. M., Northouse, L., Hembroff, L., Lin, X., Greenfield, T. K., Litwin, M. S., Saigal, C. S., Mahadevan, A., Klein, E., Kibel, A., Pisters, L. L., Kuban, D., Kaplan, I., Wood, D., Ciezki, J., Shah, N., & Wei, J. T. (2018). Quality of life and satisfaction with outcome among prostate-cancer survivors. *The New England Journal of Medicine*, 358(12), 1250-1261.
- Schroek, F. F., Jacobs, B. L., Bhayani, S. B., Nguyen, P. L., Penson, D., & Hu, J. (2017). Cost of new technologies in prostate cancer treatment: systematic review of cost and cost effectiveness of robotic-assisted laparoscopic prostatectomy, intensity-modulated radiotherapy and proton beam therapy. *European Urology*, 72, 712-735.
- Seo, H. J., Lee, N. R., Son, S. K., Kim, D. K., Rha, K. H., & Lee, S. H. (2016). Comparison of robot-assisted radical prostatectomy and open radical prostatectomy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Yonsei Medical Journal*, 57(5), 1165-1177.
- SGK (2020). 3 Mart 2020 SUT değişiklik tebliği işlenmiş güncel 2013 SUT. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/merkezteskilati/ana_hizmet_birimleri/gss_gen_el_mudurlugu/anasayfa_duyurular/duyuru_20200603_20.
- Stamey, T. A., Yang, N., Hay, A. R., Mcneal, J. E., Freiha, F. S., & Redwine, E. (1987). Prostate specific antigen as a serum marker for adenocarcinoma of the prostate. *The New England Journal of Medicine*, 317(15), 909-16.
- Sugihara, T., Yasunaga, H., Hriguchi, H., Matsui, H., Fujimura, T., Nishimatsu, H., Fukuhara, H., Kume, H., Changhong, Y., Kattan, M. W., Fushimi, K., & Homma, Y. (2014). Robot-assisted versus other types of radical prostatectomy: population-based safety and cost comparison in Japan, 2012-2013. *Cancer Science*, 105(11), 1421-1426.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2019). Sağlık istatistikleri yılı 2017. Erişim Tarihi: 28.08.2019 <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0>.
- Tai, B. W. B., Bae, Y. H., & Le Q. A. (2016). A systematic review of health economic evaluation studies using the patient's perspective. *Value in Health*, 19, 903-908.
- Teljeur, C., O'Neil, M., Moran, P., Murphy, L., Harrington, P., & Ryan, M. (2014). Using prediction intervals from random effects meta-analyses in an economic model. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 30(1), 44-49.
- Thomson, S., Foubister, T., & Mossialos, E. (2009). *Financing Health Care in the European Union*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe,.

- Tomaszewski, J. J., Matchett, J. C., Davies, B. J., Jackman, S. V., Hrebinko, R. I., & Nelson, J. B. (2012). Comparative hospital cost-analysis of open and robotic-assisted radical prostatectomy. *Urology Journal*, 80, 126-139.
- Wagstaff, A., van Doorslaer, E., van der Burg, H., Calonge, S., Christiansen, T., Citoni, G., Gerdtham, U. G., Gerfin, M., Gross, L., Hakinnen, U., Johnson, P., John, J., Klavus, J., Lachaud, C., Lauritsen, J., Leu, R., Nolan, B., Peran, E., Pereira, J., Propper, C., Puffer, F., Rochaix, L., Rodriguez, M., Schellhorn, M., Sundberg, G., & Winkelhake, O. (1999). Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 18(3), 263-290.
- Wallerstedt, A., Nyberg, T., Carlsson, S., Thorsteinsdottir, T., Stranne, J., Tyrirtzis, S. I., Kollberg, K. S., Hugosson, J., Bjartell, A., Wilderang, U., Wiklund, P., Steineck, G., & Haglind, E. (2019). Quality of life after open radical prostatectomy compared with robot-assisted radical prostatectomy. *European Urology Focus*, 5, 389-398.
- WHO (2019). World population prospects 2019. Erişim Tarihi: 07.01.2019 https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf.
- World Cancer Research Fund. (2018). Prostate cancer. Erişim Tarihi: 01.01.2018 <https://www.wcrf.org/dietandcancer/prostate-cancer>.
- Yamadala, S., Chung, B. I., & Hernandez-Boussard, T. M. (2016). Robot-assisted versus open radical prostatectomy utilization in hospitals offering robotics. *The Canadian Journal of Urology*, 23, 8279-8284.
- Yıldırım, O., & Çam, K. (2014). Robotik prostatektomi: yaşam kalitesi açısından avantaj sağlıyor mu? *Üroonkoloji Bülteni*, 13, 241-243.
- Yiğit, V. (2013). *Sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme: Türkiye’de diyaliz ve böbrek transplantasyonu tedavi yöntemlerinin maliyet etkililik analizi*. (Doktora Tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Yu, H., Hevelone, N. D., Lipsitz, S. R., Kowalczyk, K. J., & Hu, J. C. (2012). Use, cost and comparative effectiveness of robotic assisted, laparoscopic and open urological surgery. *Journal of Urology*, 187, 1392-1398.
- Zorlu, F. (2009). Türkiye’de prostat kanseri insidansı: epidemiyolojik bir çalışma (Prostatturk). Erişim Tarihi: 05.05.2009 <http://uroonkoloji9.naklenkongre.com/sunumlar/>.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

HASTANE YÖNETİCİLERİNİN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN HİZMETKAR LİDERLİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN ALGILARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ¹

Gülşen BUDAK TOPAKTAŞ*
Oğuz IŞIK**

ÖZ


Bu çalışmanın amacı hastane yöneticilerinin kişilik özelliklerinin hizmetkâr liderlik özelliklerine ilişkin algıları üzerindeki etkisini ortaya koymaktır. Çalışmanın evrenini Sağlık Bakanlığına bağlı 100 ve üstü yatak kapasitesine sahip 353 hastanenin üst yöneticileri (başhekim, idari mali hizmetler müdürü ve sağlık bakım hizmetleri müdürü) oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında örneklem seçilmeyip tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmada kullanılan verilerin toplanmasında Hizmetkar Liderlik Ölçeği ve On Madde Kişilik Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra çok değişkenli analizler için Yapısal Eşitlik Modelinden yararlanılmıştır. Araştırma bulgularına göre, yöneticilerin sahip olduğu kişilik özelliklerinden en yüksek ortalamaya sahip boyutun sorumluluk (6,662±0,666) olduğu en düşük ortalamaya sahip boyutun ise deneyimlere açıklık (5,157±1,103) olduğu bulunmuştur. Yöneticilerin hizmetkar liderlik algılarına ilişkin bulgulara göre ise paylaşımcı liderlik (6,625±0,463) boyutu sağlık yöneticilerinin en yüksek katılım gösterdiği boyut olurken, en düşük katılım başkalarını güçlendirmek ve geliştirmek (6,276±0,630) boyutuna olmuştur. Ayrıca sağlık yöneticilerinin kişilik özelliklerinin (dışa dönüklük, yumuşak başlılık, sorumluluk ve duygusal dengelilik) hizmetkar liderlik özelliklerine ilişkin algıları üzerinde anlamlı etkiye sahip olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hastane, yönetici, hizmetkâr liderlik, kişilik özelliği

MAKALE HAKKINDA

¹ Bu çalışma Gülşen BUDAK TOPAKTAŞ'ın "Sağlık Kurumları Yöneticilerinin Algılanan Hizmetkâr Liderlik Özelliklerinin Lider Etkililiği ve Kurum Performans Göstergeleri Üzerindeki Etkisi" isimli doktora tezinden elde edilen bulgulara dayanarak hazırlanmıştır.

* Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Sertifikasyon Dairesi Başkanlığı, gulsentopaktass@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-8825-6737>

** Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, oguzisik@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-7368-7024>

Gönderim Tarihi: 09.09.2020

Kabul Tarihi: 20.10.2020

Atıfta Bulunmak İçin:

Budak Topaktaş, G. & Işık, O. (2020). Hastane yöneticilerinin kişilik özelliklerinin hizmetkâr liderlik özelliklerine ilişkin algıları üzerindeki etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 725-736

THE IMPACT OF HOSPITAL MANAGERS' PERSONAL FEATURES ON PERCEPTIONS OF SERVANT LEADERSHIP FEATURES ¹

Gülşen BUDAK TOPAKTAŞ *
Oğuz IŞIK **

ABSTRACT

The aim of this study is to reveal the effect of personality traits of hospital managers on perceptions of servant leadership traits. The population of the study consists of the top managers (chief physician, administrative financial services manager and health care services director) of 353 hospitals affiliated to the Ministry of Health, which have a bed capacity of 100 or more. Within the scope of the research, it was aimed to reach the whole population, not the sample. The servant leadership scale and ten item personality scale were used to collect the data used in the study. In the analysis of the data, descriptive statistics such as frequency, percentage, mean and standard deviation as well as the Structural Equation Model for multivariate analysis was used. According to the findings of the study, it was found that the dimension with the highest average of the managers' personality traits was responsibility (6.662 ± 0.666) and the dimension with the lowest average was openness to experiences (5.157 ± 1.103). According to the findings regarding the servant leadership perceptions of managers, the participatory leadership dimension (6.625 ± 0.463) was the dimension in which health managers participated the most, while the lowest participation was in the dimension of strengthening and developing others (6.276 ± 0.630). In addition, it was found that health managers' personality traits (extroversion, mildness, responsibility, and emotional stability) had a significant effect on their perceptions of servant leadership traits.

Keywords: Hospital, administrator, servant leadership, personal trait

ARTICLE INFO

¹ This study was prepared based on the findings of Gülşen BUDAK TOPAKTAŞ's doctoral thesis titled "The effect of perceived servant leadership features of health institution managers on leader effectiveness and institution performance indicators".

* Ministry of Health, gulsentopaktass@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-8825-6737>

** Hacettepe University, oguzisik@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-7368-7024>

Received: 09.09.2020

Accepted: 20.10.2020

Cite This Paper:

Budak Topaktaş, G. & Işık, O. (2020). Hastane yöneticilerinin kişilik özelliklerinin hizmetkâr liderlik özelliklerine ilişkin algıları üzerindeki etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 725-736

I. GİRİŞ

Gelişen teknoloji, diğer kurumlarda olduğu gibi sağlık kurumlarında da etkili olmaktadır. Bu gelişmelere ayak uydurmak, kurumsal başarı sağlamak ve diğer kurumlarla rekabet edebilmek için var olan kaynakların verimli kullanılması gerekmektedir. Teknolojik gelişmeleri yakından takip etmek ve bu teknolojiye sahip olmak tek başına yeterli değildir. Aynı zamanda nitelikli insan gücünü de bir araya getirerek verimli şekilde kullanmak önem arz etmektedir. Bunun için, işletmede yönetici rolünü üstlenen kişinin sahip olduğu kişilik özelliği ve liderlik davranışı nitelikli insan gücünü bir araya getirmek ve amaca ulaşmak açısından önemlidir.

Teorisyenler kişiliğin oluşmasında birçok etkenin rol oynadığını ileri sürmüşler ve farklı açıdan bakmışlardır. Bazı yazarlar genetik faktörler ve erken çocukluk döneminde yaşanan deneyimleri gösterirken, bazıları toplumsal ve çevresel faktörlerin etkisiyle geliştiğini ileri sürmüşlerdir. Bazıları kişiliği bir bütün olarak değerlendirirken bazıları ise ayırt edici özelliklere sahip olduğunu savunmuşlardır.

Kişilik kişiden kişiye değişiklik gösteren ve bireye özgü duygu, düşünce ve davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Güvenç, 1970). Wortman kişiliği zihinsel, ruhsal ve bedensel farklılıklarının bireyin davranışlarına ve yaşamlarına yansımaları şeklinde tanımlamıştır (Özdevecioğlu, 2002; Öktem, 2009; Şeker, 2011). Kişilik bireysel özellikler ve bireyin kendine özgü davranışları olarak tanımlandığı gibi bireyin davranışlarının süreklilik göstermesi ve çevresine uyum tarzı olarak da tanımlanmıştır (Başaran, 1982).

Kuramcılar kişiliğin daha iyi anlaşılmasını sağlamak için birçok farklı kuram tanımlamış ve geliştirmiştir. Ancak kişilik kuramlarının tarihsel sürecine bakıldığında bütün kişilik kuramlarının Sigmund Freud'un psikoanalitik yaklaşımına dayandığı görülmektedir.

Kişilik ile ilgili ileri sürülen altı yaklaşımın olduğu görülmektedir. Bu yaklaşımlar; psikoanalitik kuram, ayırıcı özellikler kuramı, biyolojik yaklaşım, insancıl yaklaşım, davranışsal & sosyal öğrenme yaklaşımı ve bilişsel yaklaşımdır. Her bir yaklaşım, davranışlarda görülen kişisel farklılıkları açıklayabilmek için farklı bir nokta üzerinde durmakta ve o nokta üzerinden açıklanmaktadır (Burger, 2006). Genel anlamda bütün kuramlara bakıldığında aslında kuramcıların kendi kişisel yapılarını yansıtmakta olduğu görülmektedir.

Birbiriyle zıt anlamlara sahip olan liderlik-hizmetkâr kavramlarını bir arada kullanan ve örgütlerde kullanılmasının yolunu açan Greenleaf'tir. Özünde hizmet etmeyi barındıran hizmetkâr liderlik hayal gücünü kullanan, astların gelişmesini sağlayan ve onları doğru yönlendiren, dinleyen, destek olan ve herkesin kendisini grubun bir parçası olarak görmelerini sağlayan, astların yerine kendini koyan ve onları anlayan, sıra dışı bir güce ve kaynağa sahip olan kişi olarak ifade edilmiştir (Greenleaf, 1977).

Liderin kendisinden ziyade astlarını ön plana çıkararak, ben dili yerine sen ve biz dili kullanımını tercih eden hizmetkâr liderlik, önceliği astlarına vermesi, lideri astları üzerinde etkin kılmaktadır. Astların yeteneklerini, isteklerini, amaç ve hedeflerini, ihtiyaçlarını tespit etmeye çalışır. Elde ettiği bu bilgiler sayesinde onların sahip olduğu potansiyeli keşfeder ve onlara destek olarak kendilerine olan özgüveni yükseltir (Fındıkçı, 2009; Liden vd., 2008).

Lider özellikleri ile ilgili yapılmış olan araştırmalara bakıldığında liderin kişilik özellikleri ve beş faktör kişilik özelliklerinin lider olmayla ilişkili olduğunu savunan pek çok araştırma ortaya konulmuştur (Campbell vd., 2003; Kickul ve Neuman, 2000; Reichard vd., 2011; Taggar vd., 1999). Bu çalışmada da sağlık kuruluşlarında görev yapan üst düzey yöneticilerin kişilik özellikleri ile hizmetkâr liderlik özellikleri arasındaki ilişkinin ortaya konması amaçlanmıştır.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı, hastane yöneticilerinin kişilik özelliklerinin hizmetkâr liderlik özelliklerine ilişkin algıları üzerindeki etkisinin ortaya konmasıdır.

2.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırma evrenini Sağlık Bakanlığına bağlı 100 ve üstü yatak kapasitesine sahip hastanelerin üst yöneticileri (başhekim, idari mali hizmetler müdürü ve sağlık bakım hizmetleri müdürü) oluşturmaktadır. Türkiye genelinde 100 yatak ve üzeri toplam 353 Sağlık Bakanlığı hastanesi bulunmakta olup, toplamda 1059 yönetici araştırma evrenini oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında örneklem seçilmeyip tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir.

2.3. Veri Toplama Aracı ve Uygulama

Araştırmada kullanılan verilerin toplanmasında 2 ölçekten oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formunun ilk bölümü hizmetkâr liderlik davranışını ölçmek için Wong ve Page (2003) tarafından geliştirilen Hizmetkâr Liderlik Ölçeği (Servant Leadership Profile-Revised) olup; Yöneticilerin öz değerlendirmesine olanak sağlayan ölçek 7 boyut ve 62 ifadeden oluşmaktadır. Ancak boyutlardan kontrol amaçlı olduğu düşünülen ve hizmetkâr liderlik özellikleri arasında olmayan güç ve gurur boyutu araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Dolayısıyla çalışmaya esas alınan hizmetkâr liderlik ölçeği 6 boyut ve 54 ifadeden oluşmaktadır. 7'li likert tipindeki ölçekte 1=Kesinlikle Katılmıyorum, 7=Kesinlikle Katılıyorum şeklinde düzenlenmiş skala kullanılmıştır. İkinci bölümde ise Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Atak (2013) tarafından yapılan ve yöneticilerin kişilik özelliklerini belirlemek için Gosling ve diğerleri (2003) tarafından geliştirilen (Ten Item Personality Inventory) On Maddelik Kişilik Ölçeği kullanılmıştır. 7'li likert tipindeki ölçekte 1=Tamamen Katılmıyorum, 7=Tamamen Katılıyorum şeklinde düzenlenmiş skala kullanılmıştır. Ayrıca anket formunda yöneticilerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalıştığı hastanenin yatak sayısı, toplam çalışma süresi, yönetsel pozisyon, liderlik ile ilgili eğitim alıp almadığı) belirlemeye yönelik 7 soru yer almaktadır.

Çalışmanın etik izni 16 Nisan 2019 tarih ve 35853172-755.02.06 sayılı Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Komisyonundan alınmıştır. Gerekli izinler alındıktan sonra 1 Mayıs - 20 Ağustos 2019 tarihleri arasında yatak kapasitesi 100 ve üstü olan 353 Sağlık Bakanlığı hastane yöneticisine anket formu elektronik ortamda gönderilerek uygulanmıştır. Toplam 353 hastanenin 221'inde görev yapan 461 yöneticiden geri bildirim sağlanmış ancak eksik veya uygun olmayan verilerin çıkartılmasından sonra kullanılabilir 414 anket çalışmaya dâhil edilmiştir.

2.4. Verilerin Analizi

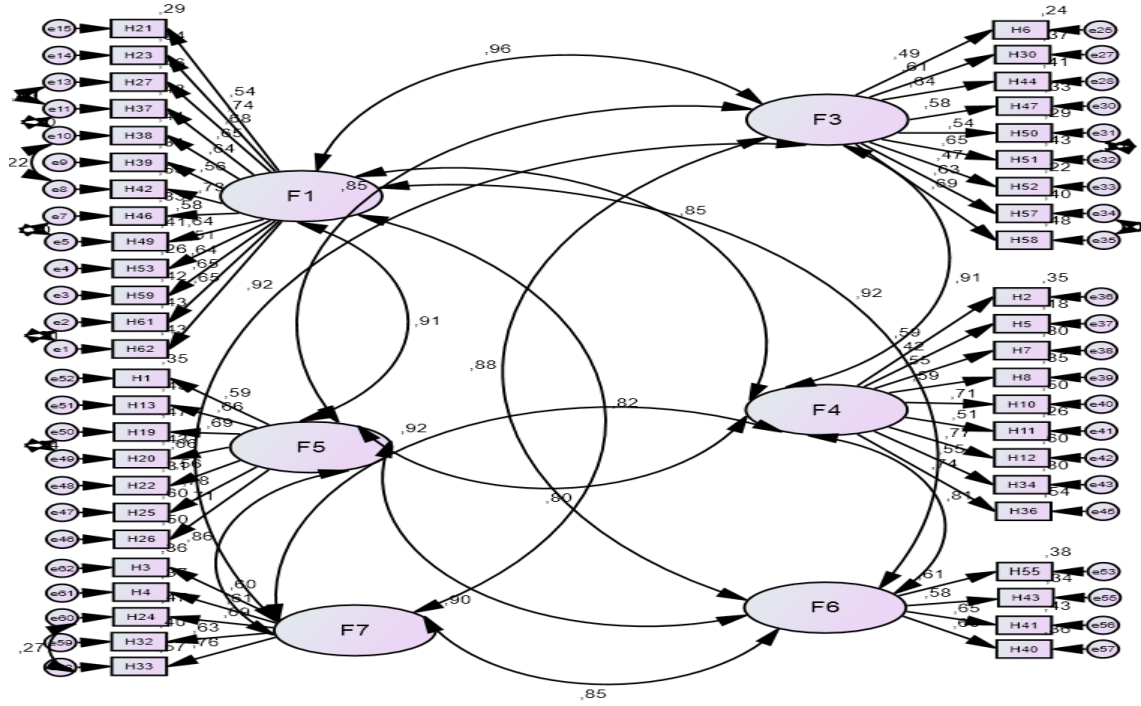
Araştırmanın amacına uygun olarak toplanan veriler, bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra katılımcıların sosyo-demografik özellikleri frekans ve yüzde dağılımı, hizmetkâr liderlik algıları ve kişilik özellikleri ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Yöneticilerin kişilik özellikleri ile hizmetkâr liderlik algıları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde ise Yapısal Eşitlik Modelinden (YEM) yararlanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS-23 (Statistical Package for the Social Sciences) ve AMOS 23 yazılım programları kullanılmıştır.

2.5. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizleri

Çalışma kapsamında kullanılan ölçeklerden hizmetkâr liderlik ölçeğine ilişkin 54 ifadeye önce Açıklayıcı Faktör Analizi yapılmış olup, yapılan analiz sonucunda faktör yükleri 0,40'ın altında olan

ifadelerin yer aldığı görülmüştür. Bu nedenle öncelikle faktör yükleri 0,40'ın altında olan 7 ifadenin modelden çıkartılarak kalan 47 ifadeyle analiz tekrar edilmiştir. Analiz sonucunda KMO örneklem yeterliliği 0,953; Bartlett Küresellik Test değeri 10083,82 ($p < 0,001$) bulunmuş ve bu bulgularla ifadelerin faktör analizi için yeterli ve uygun örnekleme sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan incelemede kalan 47 ifadenin 6 boyutta toplandığı ve açıklanan varyans değerinin %53,28 olduğu görülmüştür. AFA sonucunda elde edilen modele Maksimum Olabilirlik Metodu (ML) kullanılarak DFA yapılmıştır. Modele ilişkin DFA sonuçları Şekil 1'de görülmektedir.

Şekil 1. Hizmetkâr Liderlik Ölçeğine İlişkin Ölçüm Modeli



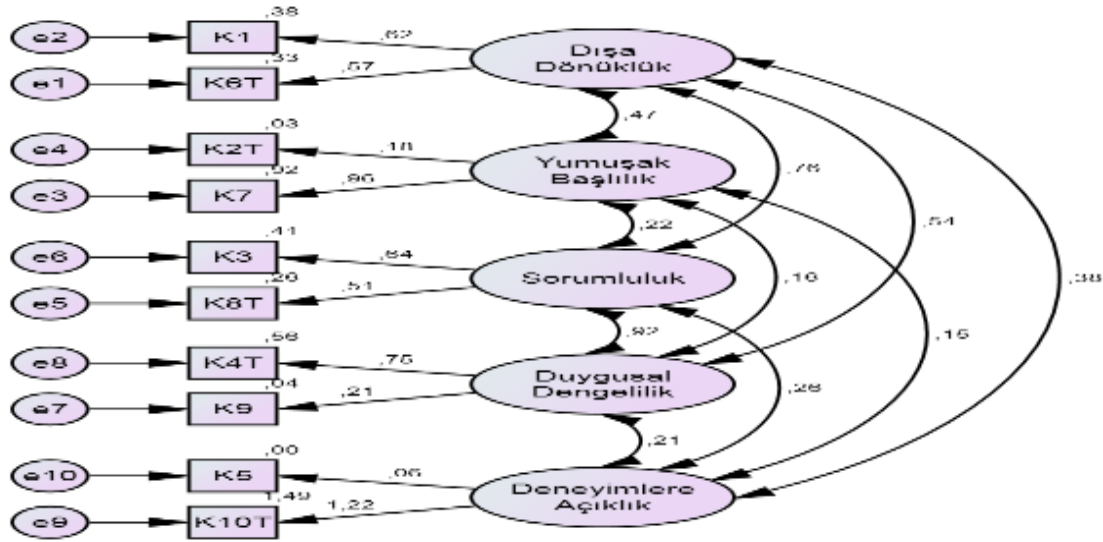
X^2/sd : 2,245; NFI: 0,785; IFI: 0,868; CFI: 0,867; RMSEA: 0,055; GFI: 0,805

Modele ilişkin uyum indeksleri incelendiğinde NFI değeri dışında tüm değerlerin (X^2/sd : 2,245; IFI: 0,868; CFI: 0,867; RMSEA: 0,055; GFI: 0,805 SRMR: 0,039) kabul edilebilir değer sınırları içerisinde olduğu görülmektedir. Diğer taraftan NFI ve CFI değerlerinin örneklem büyüklüğünden etkilendiği ve küçük örneklerde model uyumu olsa dahi kabul edilebilir sınırın altında kalma eğiliminde olduğu bilinmektedir (Bayram, 2010; Meydan ve Şeşen, 2011).

Çalışmada yöneticilerin hizmetkâr liderlik ölçeği ile ilgili ifadelerle verdikleri cevapların güvenilirliği içsel tutarlılık katsayısı ile değerlendirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda Cronbach Alpha değeri 0,852 bulunmuştur. Hizmetkâr liderlik ölçeğini oluşturan boyutların güvenilirlik katsayıları ise; F1: Empowering and developing others - Başkalarını Güçlendirme ve Geliştirme (BGvG) boyutu için 0,901; F3: Serving others - Başkalarına Hizmet Etme (BH) boyutu için 0,834; F4: Open, participatory leadership - Paylaşımçı Liderlik (PL) boyutu için 0,835; F5: Inspiring leadership - İlham Veren Liderlik (İL) boyutu için 0,848; F6: Visionary leadership - Vizyoner Liderlik (VL) boyutu için 0,706 ve F7: Courageous leadership (Integrity and authenticity) - Cesur Liderlik (CL) boyutu için 0,797 olarak bulunmuştur.

Yöneticilerin kişilik özelliklerini belirlemek için Gosling ve diğerleri (2003) tarafından geliştirilen (Ten Item Personality Inventory) On Maddelik Kişilik Ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Atak (2013) tarafından yapılmıştır. Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,83 (Deneyime Açıklık alt ölçeği için 0,83; Yumuşak Başlılık alt ölçeği için 0,81; Duygusal Dengelilik alt ölçeği için 0,83; Sorumluluk alt ölçeği için 0,84 ve son olarak Dışa Dönüklük alt ölçeği için 0,86) olarak bulunmuştur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmış olan On Maddelik Kişilik Ölçeğine DFA yapılmış olup Şekil 2’de ölçeğe ilişkin ölçüm modeli sonuçları yer almaktadır. Modele ilişkin uyum indeksleri incelendiğinde (X^2/sd : 3,649; NFI:0,838; IFI: 0,877; CFI: 0,870; RMSEA: 0,080; GFI:0,963) modelin bazı uyum ölçütleri düşük olmakla birlikte kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu görülmektedir.

Şekil 2. On Maddelik Kişilik Ölçeğine İlişkin Ölçüm Modeli



X^2/sd : 3,649; NFI: 0,838; IFI: 0,877; CFI: 0,870; RMSEA: 0,080; GFI: 0,963

III. BULGULAR

Araştırmaya katılan yöneticilerin %65’i erkek, %35’i kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların %23,4’ü 39 yaş ve altı, %55,8’i 40-50 yaş arası, %20,8’i 51 ve üstü yaşadadır. %27,8’inin lisans mezunu olduğu katılımcıların, %29,2’si yüksek lisans, %9,4’ü doktora, %30,9’u tıpta uzmanlık ve %2,4’ü de altı yıllık fakülde mezunudur. Çalışma süreleri açısından ise yöneticilerin %41,5’i 3 yıl ve altı, %17,4’ü 3,1-6 yıl, %9,2’si 6,1-9 yıl, % 7,2’si 9,1-12 yıl, %6,3’ü 12,1-15 yıl ve %18,4’ü 15,1 yıl ve üstü katılımcılardan oluşmaktadır. Çalışma kapsamındaki yöneticilerin yönetsel pozisyon itibarıyla %45,2’si başhekim, %31,2’si idari ve mali hizmetler müdürü ve %23,7’si sağlık bakım hizmetleri müdürü oluşturmaktadır.

Tablo 1’de araştırmaya katılan yöneticilerin kişilik özelliklerine ilişkin tanımlayıcı bulgular görülmektedir. Sonuçlara göre yöneticilerin sahip olduğu kişilik özelliklerinden en yüksek ortalamaya sahip boyutun sorumluluk (6,662±0,666) olduğu en düşük ortalamaya sahip boyutun ise deneyimlere açıklık (5,157±1,103) olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 1. Yöneticilerin Kişilik Özellikleri İle İlgili Değerlendirmeleri

Kişilik Özellikleri	Ort.	S.S.
Dışadönüklük	6,157	1,033
Yumuşak Başlılık	5,941	1,023
Sorumluluk	6,662	0,666
Duygusal Dengelilik	5,662	1,219
Deneyimlere Açıklık	5,157	1,103

Araştırmaya katılan yöneticilerin hizmetkâr liderlik ifadelerine ilişkin değerlendirmeleri Tablo 2’de görülmektedir. Buna göre hizmetkâr liderliğe ilişkin boyutlardan paylaşımcı liderlik (6,625±0,463) boyutu sağlık yöneticilerinin en yüksek katılım gösterdiği boyut olurken, en düşük katılım başkalarını güçlendirmek ve geliştirmek (6,276±0,630) boyutuna olmuştur.

Tablo 2. Yöneticilerin Hizmetkâr Liderlik İfadelerine İlişkin Değerlendirmeleri

	Ort.	S.S.
Başkalarını Güçlendirme ve Geliştirme	6,276	0,630
Başkalarına Hizmet Etme	6,460	0,576
Paylaşımcı Liderlik	6,625	0,463
İlham Veren Liderlik	6,243	0,653
Vizyoner Liderlik	6,356	0,650
Cesur Liderlik	6,557	0,581
Hizmetkâr Liderlik (Genel Ort.)	6,410	0,517

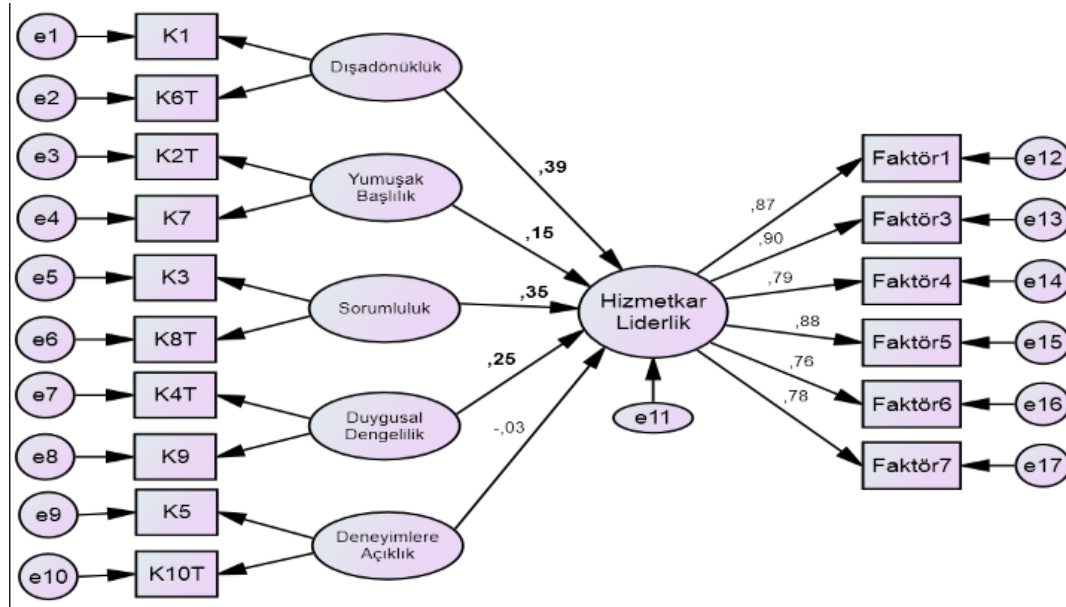
Şekil 3’de sağlık yöneticilerinin kişilik özelliklerini oluşturan dışadönüklük, yumuşak başlılık, sorumluluk, duygusal dengelilik ve deneyimlere açıklık boyutları ile hizmetkâr liderlik özellikleri arasındaki ilişkiyi incelemek için oluşturulan model görülmektedir. Modelde kişilik özelliklerini oluşturan boyutlardan dışadönüklük, yumuşak başlılık, sorumluluk, duygusal dengelilik ve deneyimlere açıklık bağımsız değişkenler olarak adlandırılırken hizmetkâr liderlik özellikleri bağımlı değişken olarak adlandırılmaktadır.

Yapısal veya ölçüm modelleri ile ilgili bir değerlendirme yapılmadan önce, tüm nedensel ilişkiler kümesinin gösteriminin yeterli olduğundan ve yapısal modelin kabul edilebilirliğinden emin olmak için modelin uyum istatistiklerine bakılmıştır. Şekil 6.3’de görüldüğü üzere, modelin uyum ölçütlerinin (X^2/sd : 3,092; NFI: 0,900; IFI: 0,930; GFI: 0,924; CFI: 0,929; RMSEA: 0,071) iyi uyum değer sınırları içerisinde olduğu görülmektedir.

Modelin uyum ölçütlerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu tespit edildikten sonra yapısal denklem modelinin değerlendirilmesi yapılabilir. Şekil 3’de görüldüğü üzere sağlık yöneticilerinin kişilik özelliklerini oluşturan boyutlardan dışa dönüklük, yumuşak başlılık, sorumluluk ve duygusal dengelilik özellikleri hizmetkâr liderlik özellikleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahiptir ($p<0,05$). Buna karşılık deneyimlere açıklık boyutunun hizmetkâr liderlik özelliklerine olan etkisi anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Buna göre sağlık yöneticilerinin hizmetkâr liderlik özellikleri üzerinde anlamlı etkiye sahip olan en etkili kişilik özellikleri sırasıyla dışa dönüklük (β :0,390, $p<0,001$), sorumluluk (β :0,349, $p<0,001$), duygusal dengelilik (β :0,252, $p=0,032$) ve yumuşak başlılık (β :0,151, $p=0,006$) olarak bulunmuştur (Şekil 3).

Şekil 3. Hastane Yöneticilerinin Kişilik Özelliklerinin Hizmetkâr Liderlik Özellikleri Üzerindeki Etkisine İlişkinin Ölçüm Modeli



χ^2/sd : 3,092; NFI: 0,900; IFI: 0,930; GFI: 0,924; CFI: 0,929; RMSEA: 0,071

			Estimate	S.E.	C.R.	p
Hizmetkâr Liderlik	<---	Dışadönüklük	0,390	0,070	4,305	***
Hizmetkâr Liderlik	<---	Yumuşak Başlılık	0,151	0,118	2,761	0,006
Hizmetkâr Liderlik	<---	Sorumluluk	0,349	0,078	3,635	***
Hizmetkâr Liderlik	<---	Duygusal Dengelilik	0,252	0,088	2,142	0,032
Hizmetkâr Liderlik	<---	Deneyimlere Açıklık	-0,031	0,019	-0,565	0,572

*** p<0,001

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık Bakanlığı'na bağlı 100 yatak ve üzerinde bulunan hastanelerde görevli üst düzey yöneticilerin kişilik özellikleri ile hizmetkâr liderlik özellikleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçlayan bu çalışmada, yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgulara ilişkin tartışma ve sonuçlar aşağıdaki şekilde özetlenebilir.

Sağlık yöneticilerinin kişilik özellikleri açısından sorumluluk ve dışa dönük olma özelliklerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Beş faktör kişilik özellikleri (dışadönüklük, yumuşak başlılık, duygusal denge, deneyimlere açıklık) arasında en yüksek ortalamaya sahip özelliğin sorumluluk olduğu görülmektedir (6,662 ±0,666). Yani yöneticiler kendilerini güvenilir ve öz disiplini yüksek bireyler olarak görmektedir. Sorumluluğun liderin başarılı olmasındaki en önemli özelliklerden biri olduğu düşünüldüğünde bu sonucun olumlu olduğu düşünülmektedir.

Sağlık yöneticilerinin hizmetkâr liderlik özelliklerinden paylaşımcı (açık ve katılımcı) liderlik özelliğine ilişkin algı puanları 6,625 ile en yüksek düzeyde olan boyuttur. Bu bulgu literatür ile de uyumludur. Auxier (2013), tarafından sağlık sektöründe yapılan bir çalışmada da hizmetkâr liderlik boyutlarından paylaşımcı liderlik boyutu en yüksek katılım gösteren boyut olmuştur. Erzurum (2007) tarafından yapılan çalışma sonucunda da hizmetkâr liderlerin iş ile ilgili karar alırken çalışanların düşünce ve fikirlerine daha çok önem verdikleri ve çalışanları karar alma sürecine daha sık dâhil ettikleri bulunmuştur.

Araştırmada yöneticilerin hizmetkâr liderlik özellikleri üzerinde kişilik özelliklerinden dışa dönüklük, yumuşak başlılık, sorumluluk ve duygusal dengelilik özelliklerinin etkili olduğu bulunmuştur. Sağlam (2017) tarafından kişilik ve hizmetkâr liderlik özellikleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan çalışmada da kişilik özelliklerinden; duygusal dengesizlik özelliğinin hizmetkâr liderlik ile negatif yönde bir ilişkisi olduğu, dışadönüklük, deneyimlere açıklık, yumuşak başlılık ve sorumluluk özellikleri ile pozitif yönde bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Ayrıca hizmetkâr liderlik özellikleri ile en yüksek düzeyde ilişkiye sahip olan kişilik özelliklerinin yumuşak başlılık ve sorumluluk olduğu ifade edilmiştir.

Politis ve Politis (2012) yaptıkları çalışmada kişilik özellikleri ve hizmetkâr liderlik arasında pozitif bir ilişkinin olduğu, kişilik alt boyutlarından yumuşak başlılık, dışadönüklük ve sorumluluk arasında pozitif ilişki olduğunu, duygusal dengesizlik arasında ise negatif yönde bir ilişki olduğunu bulmuştur. Benzer şekilde Krekeler (2010) tarafından yapılan çalışmada hizmetkâr liderlik ile kişilik özellikleri arasında güçlü pozitif ilişkinin olduğu, yumuşak başlılık, sorumluluk ve dışadönüklük ile hizmetkâr liderlik arasında da pozitif yönde bir ilişkinin mevcut olduğu, duygusal dengesizlik özelliğinin hizmetkâr liderlik ile negatif yönde ilişkisinin olduğu bulunmuştur. Washington (2006) yumuşak başlılık ile hizmetkâr liderlik arasında pozitif bir ilişkinin varlığını tespit etmiştir.

Smith ve Canger (2004) tarafından yapılan başka bir çalışmada çalışanların liderlerin hoşgörülülük, dışa dönüklük ve duygusal denge özelliklerinden tatmin olduklarını göstermişlerdir. McCrae ve Costa Jr. (1987) sorumluluk özelliğine sahip olan bireylerin aynı zamanda liderlik özellikleri gösterdiğini ileri sürmektedir (Çivitçi ve Arıcıoğlu, 2012).

Judge ve diğerlerinin (2002) yapmış oldukları “Kişilik ve Liderlik” adlı çalışmalarında duygusal dengesizlik özelliğinin liderlik ile negatif yönde bir ilişkisi olduğu saptanmıştır. Bartone ve diğerleri (2009) ise sorumluluğun lider etkililiğini etkileyen kişilik özelliği olduğunu tespit edilmiştir. Bununla birlikte duygusal dengesizliğin de liderlik üzerinde negatif yönde bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Ancak Ensari ve diğerlerinin (2011) yaptığı çalışmada dışadönüklükle beraber, deneyimlere açıklık ve nörotizm alt boyutlarının da lider olarak görülme üzerinde etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Araştırmada kullandığımız beş faktör kişilik özelliklerinden duygusal denge bazı araştırmalarda duygusal dengesizlik olarak kullanılmaktadır. Dolayısıyla duygusal dengesizlik ile liderlik arasında bulunan negatif ilişkiyi duygusal denge ile liderlik arasında pozitif bir ilişki olarak değerlendirdiğimizde çalışma sonuçları literatürle de desteklenmektedir.

Farrell'e (2017) göre dışa dönük liderler sürdürülebilir rekabet avantajı elde etmek için örgütsel projelerin planlama sürecinde içe dönük liderlere göre daha iyidir. Kültürel olarak dışa dönükler, başkalarıyla birlikte çalışmak ve başarıya yönelmek gibi bir arayış içinde olan kişiler olarak görülür ve yeni fikirler üretmek için sosyal etkileşimlerini geliştirirler.

Judge ve diğerleri (2002) liderlik ve kişilik özellikleri arasında ilişki olup olmadığını bulmak için 1967-1998 yılları arasında yapılmış olan çalışmalardan 78 çalışmayı meta analiz ile değerlendirmiş ve 5 faktör kişilik özellikleri ile liderlik arasındaki ilişkinin güçlü olduğunu bulmuştur. Özellikle kişilik özellikleri ile lider başarısı arasında açık bir ilişki olduğu saptanmıştır (Akt. Northouse, 2016). Saxena (2014) tarafından bir başka çalışmada da liderin başarısında kişilik özelliklerinin önemli rol oynadığı vurgulanmıştır.

Sonuç olarak sağlık yöneticilerinin genel olarak hizmetkâr liderlik özelliklerine ilişkin algıları yüksek olmakla birlikte kendilerini özellikle; iş yerinde hoşgörü, nezaket ve dürüstlüğü destekleyen ve bu yolla güven inşa etmek isteyen liderler olarak düşünmektedirler. Araştırma sonucuna göre kişilik özelliklerinden dışa dönüklük, sorumluluk, duygusal dengelilik ve yumuşak başlılık özellikleri hizmetkâr liderlik özellikleri üzerinde pozitif yönlü anlamlı bir etkiye sahiptir. Özellikle kişilik özelliği olarak; çekingen olmayan, dışa dönük ve istekli olmanın yanı sıra, dikkatli, güvenilir ve öz disiplini yüksek kişilik özelliklerinin, hizmetkâr liderlik özellikleri üzerinde daha yüksek etkiye sahip olduğu görülmektedir.

KAYNAKLAR

- Atak, H. (2013). On-maddeli kişilik ölçeğinin Türk Kültürü'ne uyarlanması. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 50(4), 312-319.
- Auxier, W. R. (2013). *The relationship of servant leadership attributes to sales performance of salespersons in the healthcare industry in 2011* [Unpublished doctoral dissertation]. Andrews University.
- Bartone, P. T., Eid, J., Johnsen, H. B., Laberg, J. C., & Snook, S. A. (2009). Big five personality factors, hardiness, and social judgment as predictors of leader performance. *Leadership & Organization Development Journal*, 30(6), 498-521.
- Başaran, İ. E. (1982). *Örgütlerde iş gören hizmetlerinin yönetimi*. Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Yayını.
- Bayram, N. (2010). Temel kavramlar: *Yapısal eşitlik modellemesine giriş ve AMOS uygulamaları*. Bursa: Ezgi Kitapevi.
- Burger, J. M. (2006). *Kişilik*. (Çev. Sarıoğlu İ. D. E.) İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Campbell, L., Simpson J. A., Stewart, J., & Manning M. (2003). Putting personality in social context extraversion, emergent leadership and the availability of rewards. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(12), 1547-1559.
- Çivitci, N., & Arıcıoğlu, A. (2012). Psikolojik danışman adaylarının yardım etme stilleri ve beş faktör kuramına dayalı kişilik özellikleri. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1 (23), 78-96.
- Ensari, N., Riggio, R.E., Christian, J., & Carlsaw, G. (2011). Who emerges as a leader? Meta-analyses of individual differences as predictors of leadership emergence. *Personality and Individual Differences*, 51(4), 532-536.
- Erzurum, K. (2007). *Liderlik eğitimi ve hizmet içi eğitimdeki rolü(Mersin ili cam sanayisi işletmeleri yöneticilerine yönelik bir uygulama)*. (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Farrell, M., (2017). Leadership reflections: Extrovert and introvert leaders. *Journal of Library Administration*, 57(4), 436-443.
- Fındıkçı, İ. (2009). *Bir gönül yolculuğu: Hizmetkâr liderlik*. İstanbul: Alfa Basım Yayınları.
- Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Swann, W. B. Jr. (2003). A very brief measure of the big five personality domains. *Journal of Research in Personality*, 37(6), 504-528.
- Greenleaf, R. K. (1977). *Servant leadership-A journey into the nature of legitimate power and greatness*. New York: Paulist Press.
- Güvenç, B. (1970). *İnsan ve kültür*. Ankara: Ayyıldız Matbaası. Akt. Sarıtaş M. (1997). Yönetimde kişilik faktörü. *Eğitim Yönetimi*, 3(4), 527-548.
- Judge, T. A., Bono J. E., Ilies, R., & Gerhardt, M. W. (2002). Personality and leadership: A qualitative and quantitative review. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 765-780.

- Kickul, J., & Neuman, G. (2000). Emergent leadership behaviors: The function of personality and cognitive ability in determining teamwork performance and KSAS. *Journal of Business and Psychology*, 15(1), 27-51.
- Krekeler, L. A. (2010). *The relationship between servant leadership behavior and individual personality style in New York annual conference united methodist pastors*. (Master Theses), New Jersey: Seton Hall University.
- Liden, R. C., Wayne, S. J., Zhao, H., & Henderson, D. (2008). Servant leadership: Development of a multidimensional measure and multi-level assessment. *The Leadership Quarterly*, 19(2), 161-177.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 81-90.
- Meydan, C. H. & Şeşen, H. (2011). *Yapısal eşitlik modellemesi AMOS uygulamaları*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Northouse, P. G. (2016). *Leadership: Theory and practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Politis, J., & Politis, N. J. (2012). The relationship between servant leadership and personality characteristics: The big five. In J. Politis (Ed.), *Proceedings of the 8th European Conference on Management, Leadership and Governance*, (pp. 332-240). ECMLG.
- Reichard, R. J., Riggio, R. E., Guerin, D. W., Oliver, P. H., Gottfried, A.W., & Gottfried, A.E. (2011). A longitudinal analysis of relationships between adolescent personality and intelligence with adult leader emergence and transformational leadership. *The Leadership Quarterly*, 22(3), 471-481.
- Sağlam, M. H. (2017). *Öğretmen algularına göre yöneticilerinin kişilik özellikleri ve hizmetkâr liderlik davranışları*. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Saxena, S. (2014). Are transformational leaders creative and creative leaders transformational? An attempted synthesis through the big five factor model of personality lens. *Aweshkar Research Journal*, 18(2), 30-51.
- Smith, M. A., & Canger, J. M. (2004). Effects of supervisor "Big five" personality on subordinate attitudes. *Journal of Business and Psychology*, 18(4), 465-481.
- Şeker, M. (2011). *Kişilik özellikleri ile örgütsel bağlılık ve iş gören performansı arasındaki ilişkiler ve kayseri eğitim ve araştırma hastanesinde bir uygulama*. (Yüksek Lisans Tezi) Niğde Üniversitesi, Niğde.
- Özdevecioğlu, M. (2002). Kamu ve özel sektör yöneticileri arasındaki davranışsal çalışma koşulları ve kişilik farklılıklarının belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19, 115-134.
- Öktem, U. (2009). *İlköğretim okullarında görev yapan öğretmenlerin a tipi kişilik özellikleri ile iş doyumları arasındaki ilişki (Şanlıurfa örneği)*. (Yüksek Lisans Tezi) Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.

- Taggar, S., Hackett, R., & Saha, S. (1999). Leadership emergence in autonomous work teams: Antecedents and outcomes. *Personnel Psychology*, 52(4), 899-926.
- Wong, P. T. P., & Page, D. (2003). Servant leadership: An opponent-process model and the revised servant leadership profile. Virginia Beach, VA.: Servant Leadership Roundtable.
- Washington, R. R., Sutton, C. D. & Field, H. S. (2006). Individual differences in servant leadership: the roles of values and personality. *Leadership & Organization Development Journal*, 27(8), 700-716.

TÜRKİYE CUMHURİYETİ SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ ALANINDAKİ FAALİYETLERİ

Rabia KAHVECİ *
Esra Meltem KOÇ **
Hilal AKSOY ***
Duygu AYHAN BAŞER ****


ÖZ

Klinik uygulama rehberleri hasta bakımında standardizasyonu sağlaması, kaliteli ve maliyet etkili sağlık hizmeti sunumunu artırması sebebiyle gün geçtikçe artan popüler bir araç haline gelmiştir. Klinik uygulama rehberlerinin gelişiminin dünyadaki örneklerine bakıldığında birçok büyük ve önemli kuruluşun bu alanda çalışmaları olduğu görülmektedir. Ülkemizde ise klinik uygulama rehberleri Sağlık Bakanlığı ve sağlık alanında faaliyet göstermekte olan sivil toplum kuruluşları tarafından geliştirilmektedir. Bu çalışmanın amacı ülkemizde Sağlık Bakanlığı birimleri tarafından geliştirilen mevcut rehberleri listeleyip özelliklerine göre haritalamasını yapmaktır. Çalışmamızda ülkemizde 01.05.2020 yılına kadar yayınlanmış klinik uygulama rehberleri araştırıldı. T.C. Sağlık Bakanlığı çatısı altında faaliyet gösteren birimlerin web sayfaları incelendi. Sağlık Bakanlığı e-kütüphanesi ve arama motorlarında “rehber”; “kılavuz” ve “protokol” anahtar kelimeleri ile aramalar yapıldı. Rehberlerin geliştirildiği kuruluş ve tarihine göre “Türkiye İçin Sağlık Bakanlığı Birimleri Klinik Uygulama Rehberi Haritası” çıkarıldı. Tarama sonucunda ulaşılabilen rehber sayısı 147’dir. Rehberlerin %100’üne online olarak ulaşılabilmekte idi. Rehberlerin metodolojik gelişimlerinin çoğu rehberde yazılmamış olduğu dikkat çekmiştir. Rehberlerin büyük kısmının Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından geliştirildiği saptandı. Rehberler sağlık profesyonellerinin sağlık hizmeti sunumunda günlük pratikte karşılaşılabilecekleri konular ve hastalıklar ile ilgiliydi. Sağlık bakım hizmetinde önemi giderek artan rehberlerin eksik tarafları dikkate alınarak geliştirilmesinin ve kullanımının yaygınlaştırılması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Klinik uygulama rehberleri, sağlık hizmetleri, sağlık bakım kalitesi, Sağlık Bakanlığı, kılavuz

MAKALE HAKKINDA

* Doç. Dr., Ukrayna Sağlık Bakanlığı Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Birimi, drrabiakahveci@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9541-8412>

** Doç. Dr., İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, meltemnuumlali@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3620-1261>

*** Öğr. Gör. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, hilal.aksoy35@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-3330-9317>

**** Dr. Öğr. Üyesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, duygu_ayhan86@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5153-2184>

Received: 22.05.2020

Accepted: 07.09.2020

Cite This Paper:

Kahveci, R., Koç, E. M., Aksoy, H. & Ayhan Başer, D. (2020). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın klinik uygulama rehberleri alanındaki faaliyetleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 737-755

THE ACTIVITIES OF REPUBLIC OF TURKEY MINISTRY OF HEALTH IN THE FIELD OF CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

Rabia KAHVECİ *
Esra Meltem KOÇ **
Hilal AKSOY ***
Duygu AYHAN BAŞER ****

ABSTRACT

Clinical practice guidelines have become an increasingly popular tool as they provide standardization in patient care and increase quality and cost effectiveness in healthcare delivery. When we look at the examples of the development of clinical practice guidelines in the world, it is seen that many big and important organizations have studies in this field. In our country, clinical practice guidelines are developed by the Ministry of Health and non-governmental organizations working in the field of health. The purpose of this study is to list the existing guidelines developed by Ministry of Health units in our country and to map them according to their characteristics. In our study, clinical practice guidelines published until 01.05.2020 in our country were investigated. Web pages of the directorates and departments operating under the Ministry of Health of Republic of Turkey. Searches were carried out in the Ministry of Health e-library and search engines with the keywords "guide", "guideline" and "protocol". According to the organization and historical development of the guide "Clinical Practice Guidelines Map for Ministry of Health Units in Turkey " was created. The number of guidelines available at the end of the screening is 147. 100% of the guidelines were available online. It was noted that the methodological developments of the guidelines were not written in most of them. It was determined that most of the guidelines were developed by the General Directorate of Public Health and the General Directorate of Health Services. The guidelines were concerned with the issues and diseases that healthcare professionals may encounter in daily practice during healthcare delivery. Developing guidelines while taking into account the missing sides and increasing usage of guidelines should be ensured.

Keywords: Clinical practice guidelines, health services, healthcare quality, Ministry of Health, guide

ARTICLE INFO


* Health Technologies Assessment Unit of the Ministry of Health of Ukraine, drrabiakahveci@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9541-8412>

** İzmir Katip Çelebi University, meltemnuzumlali@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3620-1261>

*** Hacettepe University, hilal.aksoy35@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-3330-9317>

**** Hacettepe University, duygu_ayhan86@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5153-2184>

Received: 22.05.2020

Accepted: 07.09.2020

Cite This Paper:

Kahveci, R., Koç, E. M., Aksoy, H. & Ayhan Başer, D. (2020). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın klinik uygulama rehberleri alanındaki faaliyetleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 737-755

I. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde, kanıta dayalı uygulama, hasta bakımı ile ilgili alınan kararlarda mevcut en iyi kanıtların dikkatli, şeffaf ve akılcı kullanılmasıdır (Sackett vd., 1996). Kanıta dayalı uygulamada, hastanın klinik durumu ve tercihleri ile mevcut en iyi kanıtların birleşmesi sonucunda klinisyenin kararlarının kalitesinin geliştirilmesi sağlanır (McKibbin vd., 1995; Gambrell, 1999). Sağlık sistemleri, sivil toplum kuruluşlarının istekleri ve tıbbi uygulama hatalarındaki artış kanıta dayalı tıp uygulamalarının hızlanmasında belirleyici olmuştur (Youngblut ve Brooten, 2001).

Klinik uygulama rehberleri hasta bakımını en iyi hale getirmek için sistematik araştırmaya dayalı kanıtlar ile alternatif bakım seçeneklerinin yarar ve zararlarının değerlendirilmelerinden oluşan tavsiyeleri içeren bildirimlerdir (IOM, 2011). Rehberler uygulanması zorunlu protokoller değildir. Klinik uygulama rehberleri hasta bakım ve tedavisi için bir esas oluşturarak verilen bakım kalitesinin yükselmesini sağlar. Aynı zamanda çeşitli yaklaşımlar sunarak hastanın da karar verme sürecine katılmasını destekler ve maliyet etkin yaklaşımlar sunduğu için sağlık kuruluşları için önemli yer tutmaktadır (Miller ve Kearney, 2004; Scott vd., 2004; Yakışan ve Set, 2013; Kurtçu ve Kızılkaya, 2015).

Klinik uygulama rehberleri tüm dünyada çeşitli bakanlıklar, uluslararası rehber ağları ve sivil toplum kuruluşları tarafından geliştirilmektedir (Twaddle, 2005). Örneklerine bakıldığında The National Institute for Health and Care Excellence (NICE), The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), The National Health and Medical Research Council (NHMRC), The National Guideline Clearinghouse (NGC) gibi büyük kurum ve kuruluşun bu alanda çalışmaları olduğu görülmektedir. Ülkemizde ise klinik uygulama rehberleri Sağlık Bakanlığı ve sağlık alanında faaliyet göstermekte olan sivil toplum kuruluşları tarafından geliştirilmektedir.

Rehberler geliştirilirken üç yöntem kullanılmaktadır. Bunlar de-novo rehber geliştirme, tercüme rehber geliştirme (adoption) ve rehber adaptasyonudur. Daha önce üzerine herhangi bir rehberin geliştirilmediği ya da oluşturulmuş bir rehberdeki kanıtların artık o hastalık için yetersiz kaldığı durumlarda, araştırılan konu ile ilgili uzmanların deneyimlerinden veya başka kaynaklardan bulunan kanıtlardan derlenerek en baştan rehber oluşturma işlemine de-novo rehber geliştirme adı verilmektedir (Twaddle 2005; Field ve Lohr, 1990; Klein, 2002). Tercüme rehber geliştirme yöntemi ise daha önce hazırlanmış olan bir başka rehberin kalitesi ve geçerliliği değerlendirildikten sonra, rehberi olduğu gibi kabul ederek rehberin kullanılacağı dile birebir tercümesi edilmesi ile rehber geliştirme yöntemidir (Karuza vd., 1995). Daha önce oluşturulmuş olan rehberlerin farklı ortamlarda ve koşullarda uygulanması için kültürel ya da konu ile ilgili diğer farklılıklar göz önünde bulundurularak değişiklik yapılması yöntemi ise rehber adaptasyonudur (Ayhan Başer vd., 2015).

Ülkemizde rehberler Sağlık Bakanlığı'nca ve sağlık alanında faaliyet göstermekte olan sivil toplum kuruluşlarınca (STK) de-novo yöntemlerle ya da doğrudan tercüme edilerek geliştirilmektedir.

Bu çalışmanın amacı ülkemizdeki sağlık alanında Sağlık Bakanlığı birimleri tarafından geliştirilen mevcut rehberleri saptayıp, özelliklerine göre haritalamasını yapmaktır.

II. YÖNTEM

T.C. Sağlık Bakanlığı çatısı altında faaliyet gösteren birimlerin web sayfaları, Sağlık Bakanlığı E-kütüphanesi ve arama motorlarında "rehber", "kılavuz" ve "protokol" anahtar kelimeleri ile aramalar yapıldı.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve bu genel müdürlüklere bağlı daire başkanlıklarının web sayfalarında yer alan yayınlar incelenerek, rehber olarak çıkartılmış olan yayınlar tespit edildi. Sağlık profesyonellerine yönelik hastalık yönetimi ve sağlık kurumlarında

yürütülen işlemlerle ilgili 01.05.2020 tarihine kadar yayınlanmış bütün rehberler çalışmaya dâhil edildi. Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan birimlerin bir kısmının ismi değiştiği için aynı görevi yürüten birimin son ismi kaydedildi. Teknik bilgi içeren kısa kılavuzlar, hastalara yönelik kılavuzlar ve bazı hastalıklarla ilgili yayınlanmış özet kısa metinler çalışmaya alınmadı.

Rehberlerin geliştirildiği birim, yayınlanma tarihi ve güncelleme tarihi değerlendirilerek “Türkiye İçin Sağlık Bakanlığı Birimleri Klinik Uygulama Rehberi Haritası” çıkarıldı.

III. BULGULAR

Tarama sonucunda ulaşılabilen rehber sayısı 147 idi (Tablo 1). 33(%22,4) rehber Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 60(%40,8) rehber Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından geliştirilmiştir. 1 rehberin hangi birim tarafından geliştirildiği bilgisi rehberde yer almamaktadır Geri kalan rehberler ise şu anda kapanmış ve başka birimlere görevleri devrolmuş Sağlık Bakanlığı birimleri tarafından geliştirilmiştir (Tablo 2). 6 rehberin yayın tarihine ulaşılamadı. Yayın tarihi belirtilenler arasında en eski tarihli rehber 1994 yılında Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından çıkartılmıştır. En yeni tarihli rehber ise Nisan 2020’de yayınlanan COVID 19 (SARS-COV-2 Enfeksiyonu) Rehberi’dir.

Rehberlerin %100’üne online olarak ulaşılabilmekte, herhangi bir üyelik gerekmemektedir.

Ulusal Kan ve Kan Ürünleri Rehberi, Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri, İlaç Bağışlarına İlişkin Rehberler, Sağlık Personeline Yönelik El Yıkama ve El Dezenfeksiyonu Rehberi, Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, HIV/AIDS Tanı Tedavi Rehberi, Ulusal Hemovijilans Rehberi güncellenmiştir. Yayınlanmış rehberlerin %6,1’i güncellenmiştir.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Dairesi Başkanlığı tarafından 2019 yılında yayınlanan Türkiye Beslenme Rehberi’nin yayın dili İngilizce olup diğer rehberlerin tamamının dili Türkçedir.

Rehberlerin değerlendirilmesinde rehberlerin metodolojik gelişimlerinin çoğu rehberde yazılmamış olduğu, yazılanlarda ise çok detaylandırılmamış ve ortak bir metodolojide geliştirilmemiş olduğu dikkat çekmiştir. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan Kolorektal Kansere Taraması ve Teşhisinde Avrupa Birliği Kalite Rehberi’nin çeviri olduğu belirtilmiştir. Diğer rehberler ise belirtilmese de genel olarak de-novo rehber özelliği göstermektedir. Rehberler hekimler ve hemşirelerin sağlık hizmeti sunumunda günlük pratikte karşılaşılabilecekleri konular ve hastalıklar ile ilgiliydi.

Tablo 1. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın Sunduğu Klinik Uygulama Rehberleri

	Sağlık Bakanlığı Birimi	Daire Başkanlığı	Klinik Uygulama Rehberi	Yayın Yılı	Güncelleme Tarihi
1	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı	Koroner Arter Hastalığı Klinik Protokolü	2020	
2	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı	Akut İskemik İnme Tanı ve Tedavi Rehberi	2020	
3	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı	Meme Kanseri Klinik Rehberi	2020	
4	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı	Kolorektal Kanser Klinik Protokolü	2019	
5	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı	Diyabet Tedavi ve İzlem Klinik Protokolleri	2019	
6	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı	Güvenli Doğum Süreci Uygulama Rehberi	2019	
7	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı	Anket Uygulama Rehberi	2019	
8	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı	Gebelik Süreci ve Doğum Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberi	2019	
9	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlık Teknoloji Değerlendirme Daire Başkanlığı	KOAH Klinik Protokolü	2018	
10	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı	İnme Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberi	2018	
11	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı	Kolorektal Kanser Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberi	2018	
12	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı	Prostat Kanseri Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberi	2018	
13	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı	Diş İmplantı Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberi	2018	
14	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıklar Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberi	2018	
15	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı	Katarakt Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberi	2017	

Tablo 1. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın Sunduğu Klinik Uygulama Rehberleri – Devamı

	Sağlık Bakanlığı Birimi	Daire Başkanlığı	Klinik Uygulama Rehberi	Yayın Yılı	Güncelleme Tarihi
16	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı	Diz ve Kalça Protezi Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberi	2017	
17	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı	Diabetes Mellitus Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberi	2017	
18	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı	Koroner Kalp Hastalığı Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberi	2017	
19	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı	Klinik Kalite Uygulama ve Veri Kalitesi İyileştirme Rehberi	2017	
20	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı	Prostat Kanseri Klinik Protokolü	2017	
21	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı	Total Diz Artroplastisi Klinik Protokolü	2017	
22	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı	Total Kalça Artroplastisi Klinik Protokolü	2017	
23	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Kan ve Kan Ürünleri Dairesi Başkanlığı	Ulusal Hemovijilans Rehberi	2016	2020
24	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü		Kan Hizmet Birimleri için Kalite Yönetim Sistemi Rehberi	2016	
25	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü		Kan Hizmet Birimleri İçin Ulusal Standartlar Rehberi	2016	
26	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü		Ulusal Kan ve Kan Bileşenleri Hazırlama, Kullanım ve Kalite Güvencesi Rehberi	2016	
27	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı	İlaç Güvenliği Rehberi	2015	
28	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı	Doküman Yönetim Rehberi	2015	
29	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı	Gösterge Yönetim Rehberi	2015	
30	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı	Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi	2015	

Tablo 1. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın Sunduğu Klinik Uygulama Rehberleri – Devamı

	Sağlık Bakanlığı Birimi	Daire Başkanlığı	Klinik Uygulama Rehberi	Yayın Yılı	Güncelleme Tarihi
31	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı	Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı Kalite Yönetim Rehberi	2014	
32	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü		Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı	2012	
33	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü		T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi (Özet Kitap)	2011	
34	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü		COVID-19(SARS-COV-2) Enfeksiyonu Rehberi	2020	
35	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Daire Başkanlığı	Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) Olan Bireylere Yönelik Sağlıklı Beslenme Önerileri Rehber	2019	
36	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı	Hac ve Umre İbadeti Sırasında Enfeksiyon Bulaşımın Önlenmesi İçin Rehber	2019	
37	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	İzleme, Değerlendirme ve İstatistik Daire Başkanlığı	İzleme ve Değerlendirme Eğitimi Rehberi	2019	
38	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı	Görme Taraması Rehberi	2019	
39	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı	Sıtma Vaka Yönetim Rehberi	2019	
40	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı	Kuduz Profleksisi Rehberi	2019	
41	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı	Ebola Virüs Hastalığı Bilgilendirme ve Vaka Yönetim Rehberi-	2019	
42	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Dairesi Başkanlığı	Türkiye Beslenme Rehberi (İngilizce)	2019	
43	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Daire Başkanlığı	Türkiye Beslenme Rehberi	2019	
44	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Daire Başkanlığı	Çölyak Hastalığında Aile Hekimleri İçin Tanı, Tedavi ve İzlem Rehberi	2019	

Tablo 1. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın Sunduğu Klinik Uygulama Rehberleri – Devamı

	Sağlık Bakanlığı Birimi	Daire Başkanlığı	Klinik Uygulama Rehberi	Yayın Yılı	Güncelleme Tarihi
45	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü		Çölyak Hastalığı Öğretmenlere Yönelik Bilgilendirme Rehberi	2018	
46	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü		Bulaşıcı Hastalıklar İle Mücadele Rehberi	2018	
47	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Çevre Sağlığı Daire Başkanlığı	Biyosidal Ürünle İşlenmiş Eşyalar Rehberi	2018	
48	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı	Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri Rehberi	2018	
49	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü		HIV/AIDS Tanı Kılavuzu	2018	
50	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı	Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi-	2018	
51	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Daire Başkanlığı	Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Tip 1 Diyabet Tanı Tedavi İzlem Rehberi	2018	
52	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı	Evlilik Öncesi Hemoglobinopati Tarama Programı Saha Rehberi	2018	
53	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı	Emzirme Danışmanlığı Uygulayıcı Kitabı	2018	
54	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı	Kistik Fibrozis Yenidoğan Tarama Testi ile Tanı Alan Hastaları İzleme Rehberi	2017	
55	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Daire Başkanlığı	Erişkin için Kronik Hastalıklarda Fiziksel Aktivite Rehberi	2017	
56	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Daire Başkanlığı	Diyetisyenler İçin Hasta İzlem Rehberi	2017	
57	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Daire Başkanlığı	Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi	2017	
58	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı	Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Rehberi	2017	

Tablo 1. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın Sunduğu Klinik Uygulama Rehberleri – Devamı

	Sağlık Bakanlığı Birimi	Daire Başkanlığı	Klinik Uygulama Rehberi	Yayın Yılı	Güncelleme Tarihi
59	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Tüketici Güvenliği ve Halk Sağlığı Laboratuvarları Daire Başkanlığı	Hemoglobinopati Tanı Rehberi	2016	
60	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı	Zika Virüs Hastalığı Bilgilendirme ve Vaka Yönetimi Rehberi	2016	
61	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı	Lejyoner Hastalığı Kontrol Programı Rehberi	2016	
62	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Tüberküloz Daire Başkanlığı	Anti TNF Kullanan Hastalarda Tüberküloz Rehberi	2016	
63	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Tüberküloz Daire Başkanlığı	Verem (Tüberküloz) Bilgilendirme Rehberi ve Verem Hastalarının Hak ve Sorumlulukları	2016	
64	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Aşı ile Önlenebilir Hastalıklar Daire Başkanlığı	Aşı ile Önlenebilir İnvaziv Bakteriyel Hastalıkların Sürveyansı Rehberi	2016	
65	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Daire Başkanlığı	Diyabetli Bireyler İçin Eğitimci Rehberi	2015	
66	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Daire Başkanlığı	Çocukluk Çağı Diyabeti Eğitimci Rehberi	2015	
67	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı	Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi	2015	
68	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Daire Başkanlığı	Türkiye Fiziksel Aktivite Rehberi	2014	
69	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları ve Biyolojik Ürünler DB	Laboratuvar Güvenliği Rehberi	2014	
70	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları ve Biyolojik Ürünler DB	Bulaşıcı Hastalıklar Laboratuvar Tanı Rehberi	2014	
71	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı	Kuduz Saha Rehberi	2014	
72	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları Daire Başkanlığı	Ulusal Tüberküloz Tanı Rehberi	2014	
73	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı	Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi	2014	
74	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı	Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi	2014	
75	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Tüketici Güvenliği ve Halk Sağlığı Laboratuvarları Daire Başkanlığı	L1 Tipi Halk Sağlığı Laboratuvarı Prototip Proje Rehberi	2014	

Tablo 1. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın Sunduğu Klinik Uygulama Rehberleri – Devamı

	Sağlık Bakanlığı Birimi	Daire Başkanlığı	Klinik Uygulama Rehberi	Yayın Yılı	Güncelleme Tarihi
76	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı	Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi	2014	2018
77	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı	Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi	2014	2018
78	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı	HIV/AIDS Tanı Tedavi Rehberi	2013	2019
79	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı	Gelişimsel Kalça Displazisi Ulusal Erken Tanı ve Tedavi Programı	2013	
80	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Tüketici Güvenliği ve Halk Sağlığı Laboratuvarları Daire Başkanlığı	L2 Tipi Halk Sağlığı Laboratuvarı Prototip Proje Rehberi	2013	
81	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Daire Başkanlığı	Kronik Solunum Yolu Hastalıkları Modülleri Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi	2012	
82	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Tüberküloz Daire Başkanlığı	Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi	2011	2019
83	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Daire Başkanlığı	Astım KOAH Eğitimci Rehberi	2011	
84	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Daire Başkanlığı	Astım KOAH Katilimci Rehberi	2011	
85	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Daire Başkanlığı	Göğüs Hastalıklarında Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Rehberi	2011	
86	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı	Türkiye Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Rehberi	2010	
87	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü		Kolorektal Kansere Taraması ve Teşhisinde Avrupa Birliği Kalite Rehberi	2010 Çeviri rehber	
88	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Obezite Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Dairesi Başkanlığı	Sağlık Personeline Yönelik El Yıkama ve El Dezenfeksiyonu Rehberi	2008	2012
89	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Tüketici Güvenliği ve Halk Sağlığı Laboratuvarları Daire Başkanlığı	Halk Sağlığı Laboratuvarları Denetim Rehberi	*	
90	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Dairesi Başkanlığı	KKKA Resimli Eğitim Rehberi	*	

Tablo 1. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın Sunduğu Klinik Uygulama Rehberleri – Devamı

	Sağlık Bakanlığı Birimi	Daire Başkanlığı	Klinik Uygulama Rehberi	Yayın Yılı	Güncelleme Tarihi
91	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanlığı	Kardiyovasküler Risk Değerlendirmesi Kılavuzu	*	
92	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Daire Başkanlığı	Çocuklara Yönelik Aşırı Tüketimi Tavsiye Edilmeyen Gıdalar ve İçecekler İle İlgili Reklamlar İçin Besin Profili Modeli Kullanım Rehberi	*	
93	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı	Resimli Emzirme Rehberi	*	
94	Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı		Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı	2008	
95	Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı		Birinci Basamağa Yönelik Zehirlenmeler Tanı ve Tedavi Rehberleri	2007	
96	Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı		Reçete Yazma Rehberi	2004	
97	Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı		Eğiticilere Yönelik Reçete Yazma Rehberi	2004	
98	Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı		Sağlık ve Aile Planlamasını Geliştirme Gereçleri Rehberi	2004	
99	Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı		İlaç Tedavi Kurulları Uygulama Kılavuzu	2004	
100	Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı		İlaç Bağışlarına İlişkin Rehberler	2004	2013
101	Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı		Sağlık ve Aile Planlamasını Geliştirme Gereçleri Rehberi	2004	
102	Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı		Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri	2003	2012
103	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü		Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi	2010	
104	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü		Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber	2010	
105	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü		Tamamlayıcı Beslenme Sağlık Çalışanları İçin Rehber Kitabı	2009	

Tablo 1. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın Sunduğu Klinik Uygulama Rehberleri – Devamı

	Sağlık Bakanlığı Birimi	Daire Başkanlığı	Klinik Uygulama Rehberi	Yayın Yılı	Güncelleme Tarihi
106	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü		Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi	2009	
107	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü		Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi	2009	
108	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü		Çocukların Hastane Bakımı Cep Kitabı Sık Rastlanan Hastalıklara Kısıtlı Kaynaklarla Yaklaşım Rehberi	2009	
109	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü		Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı	2009	
110	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü		Aile Planlaması Danışmanlığı Katılımcı Kitabı	2009	
111	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü		Üreme Sağlığına Giriş Katılımcı Kitabı	2009	
112	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü		Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Katılımcı Kitabı	2009	
113	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü		Gençlere Yönelik Üreme Sağlık Hizmetleri Katılımcı Kitabı	2009	
114	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü		Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri İçin Dış Ulaşım Rehberi Gençlere Erişim Etkinlikleri Rehberi	2007	
115	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü		Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri CSÜS Eğitimi Modülü Katılımcı Rehberi	2007	
116	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü		Hemşirelik Eğitimi CS/ÜS Öğrenim Rehberi (Öğrenci)	2006	
117	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü		Ebelik Eğitimi CS/ÜS Değerlendirme Rehberi (Eğitimci)	2006	
118	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü		Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Mezuniyet Öncesi Eğitimini Güçlendirme Projesi- Hemşirelik Eğitimi CS/ÜS Değerlendirme Rehberleri	2006	

Tablo 1. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın Sunduğu Klinik Uygulama Rehberleri – Devamı

	Sağlık Bakanlığı Birimi	Daire Başkanlığı	Klinik Uygulama Rehberi	Yayın Yılı	Güncelleme Tarihi
119	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü		Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Mezuniyet Öncesi Eğitimini Güçlendirme Projesi-Ebelik Eğitimi CS/ÜS Öğrenim Rehberleri	2006	
120	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü		Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Mezuniyet Öncesi Eğitimini Güçlendirme Projesi Tıp Eğitimi CÜ/ÜS Öğrenim Rehberi (Öğrenci)	2006	
121	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü		Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Mezuniyet Öncesi Eğitimini Güçlendirme Projesi Tıp Eğitimi CÜ/ÜS Değerlendirme Rehberi (Eğitimci)	2006	
122	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü		Gebelik ve Doğumun Entegre Yönetimi Gebelik ve Doğumda Komplikasyonların Yönetimi: Ebeler ve Doktorlar İçin Bir Kılavuz	2003	
123	Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü		Yenidoğan Sorunlarına Yaklaşım: Hekim ve Hemşireler İçin Rehber	*	
124	Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü		Eğitmciler İçin Eğitim Rehberi: Ruh Sağlığı Modülleri	2008	
125	Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü		Eğitmciler İçin Eğitim Rehberi: Sağlık ve Sağlığın Korunması Modülü	2008	
126	Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü		Eğitmciler İçin Eğitim Rehberi: Üreme Sağlığı Modülleri	2008	

Tablo 1. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın Sunduğu Klinik Uygulama Rehberleri – Devamı

	Sağlık Bakanlığı Birimi	Daire Başkanlığı	Klinik Uygulama Rehberi	Yayın Yılı	Güncelleme Tarihi
127	Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü		Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi: Çocuk ve Ergen Sağlığı Modülleri	2008	
128	Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü		Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi: Beslenme Modülleri	2008	
129	Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü		Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi: Bulaşıcı Hastalıklar ve Korunma Modülleri	2008	
130	Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü		Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi: İlk Yardım Modülleri	2008	
131	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü		Tularemi Saha Rehberi	2011	
132	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü		Yaşlı Sağlığı Modülleri Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi	2011	
133	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı	Dumansız Hava Sahası Uygulama Rehberi	2011	
134	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü		DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi Uygulama Rehberi	2010	
135	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü		Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi	2010	
136	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü		Temel İlk Yardım Uygulamaları Kitabı	2007	
137	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü		Sağlık Ocağı Hizmetlerinde İzleme Değerlendirme ve Eğitim Kılavuzu	2003	
138	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü		Genişletilmiş Bağışıklama Programı Rehber El Kitabı	2003	
139	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü		Polio Eradikasyon Programı Saha Rehberi	1999	
140	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü		Tüberküloz Hastalarının Tanı-Tedavi ve İzlenmesi	1998	

Tablo 1. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın Sunduğu Klinik Uygulama Rehberleri – Devamı

	Sağlık Bakanlığı Birimi	Daire Başkanlığı	Klinik Uygulama Rehberi	Yayın Yılı	Güncelleme Tarihi
141	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü		Sağlık Kayıtları ve Veri Toplama Formları Doldurma ve Denetleme Kılavuzu	1996	
142	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü		Sağlık Evi Ebeleri İçin Çevre Sağlığı Rehberi	1996	
143	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü		Ölüm Raporu Yazım Kılavuzu	1995	
144	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü		Toplantı Hazırlama Kılavuzu	1994	
145	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü		Ulusal Aşı Günleri Saha Rehberi	1994	
146	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü		Aşı Uygulamaları Rehberi	1994	
147	Sağlık Bakanlığı		Ulusal Kan ve Kan Ürünleri Rehberi	2009	2011

* Ulaşılamayan veri

Tablo 2. Sağlık Bakanlığı Birimleri Tarafından Çıkarılan Rehber Sayıları

Birim	Rehber Sayısı	Yüzde
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	33	22,4
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	60	40,8
*	1	0,6
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	9	6,1
Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı	9	6,1
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü	21	14,2
Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü	7	4,7
Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü	7	4,7
TOPLAM	147	100

* Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılmış fakat hangi birim olduğu bilgisine ulaşamadı.

IV. TARTIŞMA

Bilimin her dalında olduğu gibi tıpta da gelişmeler çok hızlı olmaktadır. Bu durumda sağlık hizmeti sunumunda en uygun ve geçerli olanı sunmak için bilgilerin güncel tutulması çok önemlidir. Teknolojinin de gelişmesiyle her türlü bilgiye erişim kolaylaşmıştır. Ancak bu durum da bilgi kirliliğine yol açmaktadır ve doğru bilginin kararını vermek zorlaşmaktadır. Klinik uygulama rehberlerinin kullanılması klinisyenlere büyük fayda sağlamaktadır. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan klinik uygulama rehberlerinin neler olduğunu bilmek sağlık profesyonellerine klinik uygulamalarda yol gösterici olacaktır. Nitekim çalışmamızda da son beş yılda çıkartılan rehber sayısındaki artış dikkat çekicidir. Yeni yayınlanmış olan Mükemmeliyet Merkezleri Yönetmeliği’nde (2019) de merkezlerin özellikleri arasında “Merkez, kanıta dayalı güncel klinik rehberleri standart olarak kullanmalı, klinik göstergeleri izlemeli ve klinik sonuçları kamuoyu ile şeffaf bir şekilde paylaşmalıdır” ibaresi geçmektedir.

Çalışmamızın eksik tarafı ise rehber, kılavuz ibaresi geçen bütün yayınların çalışmaya dâhil edilmiş olmasıdır. Rehberde olması gereken özellikler irdelenmeyip sadece teknik bilgi içeren kısa klavuzlar, hastalara yönelik kılavuzlar ve bazı hastalıklarla ilgili yayınlanmış özet kısa metinler çalışmaya alınmadı. Ülkemizde rehber kalitesi ile ilgili yapılmış bazı çalışmalarda rehberler için daha dar kapsamlı dahil etme ve dışlama kriterleri kullanılmıştır (Yaşar vd., 2016).

Literatür taraması yapıldığında Dünya’da klinik uygulama rehberleri taraması konusunda yapılmış çeşitli çalışmalara rastlanmaktadır (Jo vd., 2013; Al-Ansary vd., 2013; Holmer vd., 2013; Fortin vd., 2011).

Ülkemizde ise sağlık alanındaki rehberler konusunda yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Çekiç ve diğerlerinin 2013 yılında yürüttükleri çalışmada STK rehberleri incelenmiştir. Bu çalışmada T.C. İçişleri Bakanlığı Dernekler Daire Başkanlığı’ndan alınan verilere göre, Türkiye’de sağlık alanında faaliyet gösteren 959 adet sivil toplum kuruluşu bulunduğu saptanmıştır. Bunlar arasında klinik uygulama rehberi sunan STK sayısının 47 olduğu belirlenmiştir (Çekiç vd., 2017). Sağlık Bakanlığı birimleri tarafından geliştirilen tüm rehberlerin haritalamasını yapan bir çalışma ise literatür taraması sonucunda bulunamadı.

Klinik uygulama rehberlerinin kalitesi de farklılık göstermektedir. Bu nedenle rehberler arasında seçim yaparken kalitesine göre karar verme gerekliliği ortaya çıkmıştır (Saturno vd., 2003; Christianes vd., 2004). Literatür taramasında Türkiye’deki rehberlerin kalitesi ile ilgili yapılmış iki çalışma tespit edildi. Baydar Artantaş ve diğerleri (2011) tarafından birinci basamak rehberlerinin kalitelerini inceleyen çalışmada 14 rehberin kalitesi değerlendirilmiş ve yalnızca 6 tanesinin kullanılması değerlendiriciler tarafından uygun görülmüştür. Yaşar ve diğerlerinin (2016) çalışmasında ise ülkemizdeki STK’lara ait 402 rehber içinden 8 tanesi değerlendirmeye alınmış ve çalışmada rehber geliştirme konusunda STK’ların yetersiz olduğu belirtilmiştir.

2017 yılından itibaren sağlık olgusu bazında klinik kaliteyi değerlendiren rehberlerin Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından yayınlanmaya başlamış olması da kalite kavramının önemini artırdığını göstermektedir. Bu rehberlerin sayısı eklenen yeni sağlık olgularıyla birlikte sürekli olarak artış göstermektedir.

Klinik uygulama rehberleri klinisyenler için yol gösterici olma özelliği taşıyalar da günlük pratikte hekimler tarafından çok sık kullanılmamaktadır. Türkiye’de kronik obstrüktif akciğer hastalığının tedavi ve takibinde rehberlerin uygun kullanım durumlarını inceleyen çalışmalarda rehberlere uyumun düşük oranda olduğu tespit edilmiştir (Turan vd., 2016; Sen vd., 2015). Yine diyabet takibi ile ilgili Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED)’nin önerilerine uyumu değerlendiren çalışmada da uyum istenen düzeyde değildir (Satman vd., 2012).

Klinik uygulama rehberlerinin önerilerine uyumun neden az olduğunu araştıran çalışmalarda ise rehberler hakkında bilgi eksikliği, uygulama değişikliğine karşı isteksizlik, zaman yetersizliği, sevk sistemlerindeki zorluklar, hastaların çeşitli nedenlerle uyumsuzluklar ön plana çıkmıştır (Brown vd.,2002; Cabana vd., 1999; Larne ve Pugh, 1998; Larne ve Pugh, 2001).

Çalışmada dikkat çeken bir diğer nokta ise aynı konuyu içeren rehberlerin farklı birimler tarafından çıkartılmasıdır. Birimlerin ortak çalışması olmadığı için rehberlerdeki öneriler farklılık göstermektedir. Örneğin Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı “Prostat Kanseri Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberi”ni yayınlarken Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı “Prostat Kanseri Klinik Protokolü”nü yayınlamıştır.

Tıp biliminin çok hızlı ilerliyor olmasından dolayı rehberlerin çoğunda güncelleme yapılmıyor olması da içinde yer alan önerilerin kullanılmasında klinisyende tereddüt oluşturmaktadır. Kaliteli bir rehber belli aralıklarla güncellenmeli ve bu bilgi rehberde belirtilmelidir (Brouwers vd., 2010).

Rehberlerin yayınlandıkları tarihten genel olarak 3 yıl sonra güncellenmeleri önerilmektedir (Ayhan Başer vd., 2015). Çalışmamızda 2016 yılı ve sonrası rehberler çıkarılırsa öncesinde çıkarılan 91 rehberden sadece 8 (%8,7) tanesi güncellenmiştir.

V. SONUÇ

Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma Türkiye'de Sağlık Bakanlığı birimleri tarafından geliştirilmiş, rehberlerin haritalanması ile ilgili ilk çalışma olmuştur. Bu sebeple literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Rehberlerin etkinliğinin ve sürekliliğinin sağlanması için daha ileri çalışmalar yapılmalı ve ihtiyaç duyulan ya da bazı konularda eksikliği görülen alanlarda klinik uygulama rehberleri de hazırlanmalıdır, tıp alanındaki gelişmeler göz önüne alınarak yeni rehberler düzenlenmeli ve mevcut rehberler güncellenmelidir.

KAYNAKLAR

- Al Ansary, L. A., Tricco, A. C., Yaser, A., Bawazeer, G., Perrier, L., Al-Ghonaim, M., Nada Al Yousefi, N., Tashkandi, M., & Strauset, S. E. (2013). A systematic review of recent clinical practice guidelines on the diagnosis, assessment and management of hypertension. *PLoS ONE*, 8(1), e53744.
- Ayhan Başer, D., Kahveci, R., Aksoy, H., Yaşar, İ., Koç, E. M., & Özkara, A. (2015). Klinik uygulama rehberi geliştirme yöntemlerine bakış-derleme. *Yeni Tıp Dergisi*, 32, 186-190.
- Baydar Artantaş, A., Kahveci, R., Sunay, D., & Çaylan, A. (2011). Quality assessment of primary guidelines in Turkey. *Healthmed*, 5(6), 1565-1572.
- Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Hanna, S., & Makarski, J. on behalf of the AGREE Next Steps Consortium. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Canadian Medical Association Journal*, 182(18), 839-842.
- Brown, J. B., Harris, S., Webster-Bogaert, S., Wetmore, S., Faulds, C., & Stewart, M. (2002). The role of patient, physician and systemic factors in the management of type 2 diabetes mellitus. *Family Practice*, 19(4), 344-349.
- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P. A., & Rubin, H. R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 282(15), 1458-1465.
- Christiaens, T., De Backer, D., Burgers, J., & Baerheim, A. (2004). Guidelines, evidence, and cultural factors. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 22(3), 141-145.
- Çekiç, İ., Kahveci, R., Ayhan Başer, D., Koç, E. M., & Baydar Artantaş, A. (2017). Türkiye'deki sivil toplum kuruluşlarının klinik uygulama rehberleri alanındaki faaliyetleri. *Ankara Medical Journal*, 17(1), 29-48.
- Field, M. J., & Lohr, K. N. (1990). *Clinical Practice Guidelines* (1st Ed.). National Academy Press.
- Fortin, M., Contant, E., Savard, C., Hudon, C., Poitras, M. E., & Almirall, J. (2011). Canadian guidelines for clinical practice: An analysis of their quality and relevance to the care of adults with comorbidity. *BMC Family Practice*, 12(1), 74.
- Gambrill, E. (1999). Evidence-based clinical practice, (corrected) evidence-based medicine and the Cochrane collaboration. *Journal of Behavior Therapy Experimental Psychiatry*, 30(1), 1-14.

- Holmer, H. K., Ogden, L., Burda, B. U., & Norris, S. L. (2013). Quality of clinical practice guidelines for glycemic control in type 2 diabetes mellitus. *PLoS ONE*, 8(4), e58625.
- IOM. (2011). *Clinical practice guidelines we can trust*. The National Academies Press, Washington D.C.
- Jo, M. W., Lee, J. Y., Kim, N. S., Kim, S. Y., Sheen, S., Kim, S. H., & Lee, S. I. (2013). Assessment of the quality of clinical practice guidelines in Korea using the AGREE Instrument. *Journal of Korean Medical Science*, 28(3), 357–365.
- Karuza, J., Calkins, E., Feather, J., Hershey, C. O., Katz, L., & Majeroni, B. (1995). Enhancing physician adoption of practice guidelines. Dissemination of influenza vaccination guideline using a small-group consensus process. *Archives of Internal Medicine*, 155(6), 625- 632.
- Klein, W. W. (2002). Current and future relevance of guidelines. *Heart*, 87(6), 497-500.
- Kurtçu, A., & Kızılkaya, B. N. (2015). Klinik uygulama rehberleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 76-82.
- Larne, A. C., & Pugh, J. A. (1998). Attitudes of primary care providers toward diabetes: Barriers to guideline implementation. *Diabetes Care*, 21(9), 1391-1396.
- Larne, A. C., & Pugh, J. A. (2001). Evidence-based guidelines meet the real world: the case of diabetes care. *Diabetes Care*, 24(10), 1728-1733.
- McKibbin, K. A., Wilczynski, N., Hayward, R. S., Walker-Dilks, C. J., & Haynes, R. B. (1995). The medical literature as a resource for health care practice. *Journal of the American Society for Information Science*, 46(10), 737-742.
- Miller, M., & Kearney, N. (2004). Guidelines for clinical practice: Development, dissemination and implementation. *International Journal of Nursing Students*, 41(7), 813-821.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312, 71-72.
- Satman, I., Imamoglu, S., Yilmaz, C., & ADMIRE Study Group. (2012). A patient-based study on the adherence of physicians to guidelines for the management of type 2 diabetes in Turkey. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 98(1), 75-82.
- Saturno, P. J., Medina, F., Valera, F., Montilla, J., Escolar, P., & Gascón, J. J. (2003). Validity and reliability of guidelines for neck paintreatment in primary health care: A nationwide empirical analysis in Spain. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(6), 487-493.
- Scott, I. A., Denaro, C. P., Bennett, C. J., & Mudge, A. M. (2004). Towards more effective use of decision support in clinical practice: What the guidelines for guidelines don't tell you. *Internal Medicine Journal*, 34(8), 492-500.
- Sen, E., Guclu, S. Z., Kibar, I., Ocal, U., Yilmaz, V., Celik, O., Cimen, F., Topcu, F., Orhun, M., Tereci, H., Konya, A., Ar, I., & Saryal, S. (2015). Adherence to GOLD guideline treatment recommendations among pulmonologists in Turkey. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 10, 2657–2663.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2019). *Mükemmeliyet Merkezleri Hakkında Genelge 2019-8*. <https://shgm.saglik.gov.tr/>

- Turan, O., Celdir, E. J., Deniz, S., Baysak, A., Turan, P. A., & Mirici, A. (2016). Adherence to current COPD guidelines in Turkey. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 17(2), 153-158.
- Twaddle, S. (2005). Clinical practice guidelines. *Singapore Medical Journal*, 46(12), 681-686.
- Yakışan, R. Ş., & Set, T. (2013). Klinik uygulama rehberleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC)*, 7(2), 26-28.
- Yaşar, I., Kahveci, R., Baydar Artantaş, A., Ayhan Başer, D., Gökşin Cihan, F., Şencan, I., Koc, E. M., & Ozkara, A. (2016). Quality assessment of clinical practice guidelines developed by professional societies in Turkey. *PLoS ONE*, 11(6), e0156483.
- Youngblut, J., & Brooten, D. (2001). Evidence-based nursing practice: Why is it important? *AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing*, 12(4), 468-476.