



HACETTEPE SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume 26

Sayı/Number 1

Yıl/Year 2023

The Impact of Burnout on Turnover Intention among Nurses: The Mediating Role of Job Satisfaction

Mohammed Yousef ALKHRAISH, Niusha EIVAZZADEH, Mehmet YEŞİLTAŞ

Sağlık Çalışanlarının Etik Liderlik Algısının Bilgi Paylaşımı Üzerindeki Etkisinde Örgütsel İletişimin Aracılık Rolü

Murat BAŞ

Otizm Spektrum Bozukluğu/Yaygın Gelişimsel Bozuklukta Ailelerin Ekonomik Yükleri

İbrahim ÇINAR, Şirin ÇINAR, Elif SARIKAYA, Duygu YAĞIZEFE

Hastanelerde Hasta Şikayetlerinin Değerlendirilmesi: Bir Vakıf Üniversite Hastanesi Örneği

Dilara YALÇINKAYA, Abdulkadir GÜÇLÜ

Otantik Liderlik ve Bağlamsal Performans: İşe Angaje Olmanın Aracılık Etkisi

Cahit KORKU, Ahmet YILDIZ

Hastanelerde Meydana Gelen İş Kazalarının İncelenmesi: Bir Devlet Hastanesi Örneği

Hülya DİKER, Mehtap ÇAKMAK BARS BAY

Türkiye'de Sağlık Çalışanlarında İş Tatmini ile İşten Ayrılma Niyeti Arasındaki İlişki: Bir Meta-Analiz Çalışması

Serap TAŞKAYA, Alptuğ AKSOY

Hurda Tıbbi Cihaz Kazanım Sistemi Uygulama Örneği

Hüsnü ULUÇAY, Uğur FİDAN

Sağlık Alanında Faaliyet Gösteren İşletmelerin Konsolide Finansal Tablo Analizi

Yunus Emre KARATAŞ, Songül ÇINAROĞLU

Sağlık Diplomasisi Bağlamında Türkiye'nin Sudan ve Somali'de Yaptığı Çalışmaların Değerlendirilmesi

Pınar GÜNGÖR KETENCİ, Haydar SUR

Karotis Endarterektomi ve Karotis Arter Stentleme Yöntemlerinin Ödeyici Perspektifinden Maliyet-Etkililiğinin Değerlendirilmesi

İzzet AYDEMİR, Afsun Ezel ESATOĞLU, İhsan DOĞAN

Kısa Form Siberkondri (CSS-12) Ciddiyet Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği: Sağlık Bilişimi Alanına Özel Bir Uygulama

Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN, Ayça KARAHAN, Nihat Barış SEBİK

Sağlık Alanında Veri Zarflama Analizi ve Malmquist Toplam Faktör Verimlilik İndeksi ile Etkinlik Ölçümü: Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkeleri'nde Bir Uygulama

İlayda GÜZEL, Ömer GİDER

COVID-19 Pandemisinin Hastanelerdeki İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamaları Üzerindeki Etkileri

Seda AYDAN, Havva CEYLAN

Sağlık Hizmetlerini İyileştirmede Alternatif Bir Yaklaşım: Dürtme

Münevver ŞAHİN, Nadide Sevil TÜLÜCE

Sağlık Hizmetlerinde Alternatif Bir Finansman Modeli Olarak Kitlese Fonlama

Kaan Can UYANIK, Songül ÇINAROĞLU



HACETTEPE
SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume: 26

Sayı/Number: 1

2023

e-ISSN 2148-9041

Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi
Hacettepe Journal of Health Administration

Cilt: 26 Sayı: 1 Yıl: 2023

Derginin Sahibi/Publisher

Mustafa Umur TOSUN, 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

Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN

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 BAYIN DONAR	Hacettepe 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
Sıdika KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Songül ÇINAROĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Yasemin AKBULUT	Ankara Üniversitesi

Dergi Tasarım

Birol YETİM
Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI
Furkan ŞAHİNBAŞ
Gülsüm Şeyma KOCA
Nazan KARTAL
Şenol DEMİRCİ
Yasin ÇİLHOROZ

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	21.03.2023

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.

İÇİNDEKİLER

Araştırma	
The Impact of Burnout on Turnover Intention among Nurses: The Mediating Role of Job Satisfaction Hemşirelerde Tükenmişliğin İşten Ayrılma Niyeti Üzerine Etkisi: İş Doyumu Aracılık Rolü.....	1-28
<i>Mohammed Yousef ALKHRAISH, Niusha EIVAZZADEH, Mehmet YEŞİLTAŞ</i>	
Sağlık Çalışanlarının Etik Liderlik Algısının Bilgi Paylaşımı Üzerindeki Etkisinde Örgütsel İletişimin Aracılık Rolü The Mediating Role of Organizational Communication in the Relationship between Health Employees' Ethical Leadership Perceptions and Knowledge Sharing.....	29-48
<i>Murat BAŞ</i>	
Otizm Spektrum Bozukluğu/Yaygın Gelişimsel Bozuklukta Ailelerin Ekonomik Yükleri Economic Burden of Families in Autism Spectrum Disorder/Pervasive Developmental Disorder	49-64
<i>İbrahim ÇINAR, Şirin ÇINAR, Elif SARIKAYA, Duygu YAĞIZEFE</i>	
Hastanelerde Hasta Şikayetlerinin Değerlendirilmesi: Bir Vakıf Üniversite Hastanesi Örneği Evaluation of Patient Complaints in Hospitals: A Foundation University Hospital Example.....	65-84
<i>Dilara YALÇINKAYA, Abdulkadir GÜÇLÜ</i>	
Otantik Liderlik ve Bağlamsal Performans: İşe Angaje Olmanın Aracılık Etkisi Authentic Leadership and Contextual Performance: Mediating Effect of Work Engagement.....	85-98
<i>Cahit KORKU, Ahmet YILDIZ</i>	
Hastanelerde Meydana Gelen İş Kazalarının İncelenmesi: Bir Devlet Hastanesi Örneği Investigation of Occupational Accidents in Hospitals: Case of a State Hospital	99-114
<i>Hülya DİKER, Mehtap ÇAKMAK BARSBAY</i>	
Türkiye'de Sağlık Çalışanlarında İş Tatmini ile İşten Ayrılma Niyeti Arasındaki İlişki: Bir Meta-Analiz Çalışması Relationship between Job Satisfaction and Turnover Intention among Healthcare Workers in Turkey: A Meta-Analysis Study.....	115-132
<i>Serap TAŞKAYA, Alptuğ AKSOY</i>	
Hurda Tıbbi Cihaz Kazanım Sistemi Uygulama Örneği Scrap Medical Device Recovery System Application Example	133-148
<i>Hüsnü ULUÇAY, Uğur FİDAN</i>	
Sağlık Alanında Faaliyet Gösteren İşletmelerin Konsolide Finansal Tablo Analizi Consolidated Financial Statement Analysis of Enterprises Operating in the Field of Health Care.....	149-174
<i>Yunus Emre KARATAŞ, Songül ÇINAROĞLU</i>	

Sağlık Diplomasisi Bağlamında Türkiye'nin Sudan ve Somali'de Yaptığı Çalışmaların Değerlendirilmesi Analysis of Turkey's Studies in Sudan and Somalia within the Context of Health Diplomacy	175-192
<i>Pınar GÜNGÖR KETENCİ, Haydar SUR</i>	
Karotis Endarterektomi ve Karotis Arter Stentleme Yöntemlerinin Ödeyici Perspektifinden Maliyet-Etkililiğinin Değerlendirilmesi Assessment of Cost-Effectiveness of Carotid Endarterectomy and Carotid Artery Stenting from Payer Perspective	193-206
<i>İzzet AYDEMİR, Afsun Ezel ESATOĞLU, İhsan DOĞAN</i>	
Kısa Form Siberkondri (CSS-12) Ciddiyet Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği: Sağlık Bilişimi Alanına Özel Bir Uygulama Validity and Reliability of the Short Form Cyberchondry (CSS-12) Severity Scale: A Specific Application for Health Informatics	207-218
<i>Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN, Ayça KARAHAN, Nihat Barış SEBİK</i>	
Sağlık Alanında Veri Zarflama Analizi ve Malmquist Toplam Faktör Verimlilik İndeksi ile Etkinlik Ölçümü: Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkeleri'nde Bir Uygulama Efficiency Measurement with Data Envelopment Analysis and Malmquist Total Factor Productivity Index in the Health Field: An Application in Turkey and the European Union Countries	219-236
<i>İlayda GÜZEL, Ömer GİDER</i>	
Derleme	
COVID-19 Pandemisinin Hastanelerdeki İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamaları Üzerindeki Etkileri The Impact of the COVID-19 Pandemic on Human Resources Management Practices in Hospitals.....	237-254
<i>Seda AYDAN, Havva CEYLAN</i>	
Sağlık Hizmetlerini İyileştirmede Alternatif Bir Yaklaşım: Dürtme An Alternative Approach to Improve Healthcare: Nudge.....	255-278
<i>Münevver ŞAHİN, Nadide Sevil TÜLÜCE</i>	
Sağlık Hizmetlerinde Alternatif Bir Finansman Modeli Olarak Kitlese Fonlama Crowdfunding as an Alternative Financing Model in Health Services	279-304
<i>Kaan Can UYANIK, Songül ÇINAROĞLU</i>	

THE IMPACT OF BURNOUT ON TURNOVER INTENTION AMONG NURSES: THE MEDIATING ROLE OF JOB SATISFACTION

Mohammed Yousef ALKHRAISH*
Niusha EIVAZZADEH**
Mehmet YEŞILTAŞ***

ABSTRACT

Nursing is one of the most demanding profession, which plays a central role in all healthcare facilities. However, the nature of the work is very challenging that it often causes a state of emotional, physical, and mental exhaustion among these professionals which includes loss of motivation, emotional exhaustion, frustration, poor relationships with colleagues, longer working hours and lack of autonomy. Thus, a good environment is provided in the hospital with a safe and comfortable space for them to work without being stressed. Yet still, the nursing profession is facing another shortage era, which makes this problem even more pressing in addition to high demands of healthcare. Despite of existing stress, the retention of experienced staff nurses is paramount to ensure patient safety and quality of care. There is an absolute need for scientific investigations to look over nursing problems, particularly burnout and turnover intention. This research aims to analyze the correlation between burnout, job satisfaction, and turnover intentions among nurses in Madinat Zayed Hospital, where one of the pressing problems in management is the high bad attrition of nurses which negatively impacts the hospital finances and service quality. This study examines the causes and consequences of burnout among nurses, review the influence of empowering work conditions and how job satisfaction provide a mediating effect and will scrutinize the incivility of nurses' experiences of occupational burnout. A survey was conducted which was participated by 186 nurses in MZH out of 235 nurses, it focused on how they perceive burnout, job satisfaction, and turnover intention. statistical analyses were performed to test the hypotheses, namely is Linear Regression Analysis. The present study's findings indicate a positive relationship between burnout and turnover, as well as a negative relationship between burnout and job satisfaction, On the other hand, negative relationship between job satisfaction and turnover intention for those who took part in the survey. The findings also revealed a partial negative mediating effect of job satisfaction on the relationship between burnout and turnover intention. This research can be useful to develop and enhance policies that may significantly reduce turnover intentions and sustain high-quality healthcare services in the UAE. Studying the relationships between psychosocial risks and health emergencies would be relevant in protecting nurses and other healthcare professionals.

Keywords: Burnout, Job satisfaction, Turnover intention, Madinat Zayed Hospital, United Arab Emirates.

ARTICLE INFO

* Cyprus International University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Business Administration Department, moyousef@seha.ae

 <https://orcid.org/0000-0001-8336-6080>

** Cyprus International University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Business Administration Department, nkaljahi@ciu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-2013-6702>

*** Cyprus International University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Business Administration Department, myesiltas@ciu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-0110-9684>

Received: 21.02.2022

Accepted: 11.01.2023

Cite This Paper:

Alkhraish, M. Y., Eivazzadeh, N. Y., & Yeşiltas, M. (2023). The impact of burnout on turnover intention among nurses: the mediating role of job satisfaction. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(1): 1-28

HEMŞİRELERDE TÜKENMİŞLİĞİN İŞTEN AYRILMA NİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ: İŞ DOYUMU ARACILIK ROLÜ

Mohammed Yousef ALKHRAISH *

Niusha EIVAZZADEH **

Mehmet YEŞİLTAŞ ***

ÖZ

Hemşirelik, tüm sağlık kuruluşlarında merkezi bir rol oynayan en zorlu mesleklerden biridir. Bununla birlikte, hemşirelik mesleği doğası gereği çok zordur. Bu zorluk hemşireler arasında motivasyon kaybı, duygusal tükenme, hayal kırıklığı, meslektaşlarla zayıf ilişkiler, daha uzun çalışma saatleri, özerklik eksikliğini içeren duygusal, fiziksel ve zihinsel tükenme durumuna neden olur. Bundan dolayı hastanelerde hemşirelerin strese girmeden çalışabilecekleri güvenli ve rahat bir ortam sağlanması gerekir. Bugünlerde hemşirelik mesleğinde çalışanlardaki sayısal yetersizlik, bu konulardaki problemleri daha da artırmaktadır. Mevcut problemlere rağmen, hasta güvenliğini ve bakım kalitesini sağlamak için deneyimli hemşirelerin elde tutulması çok önemlidir. Hemşirelik mesleğindeki sorunlara, özellikle de tükenmişlik ve işten ayrılma niyetine yönelik bilimsel araştırmalara mutlak bir ihtiyaç vardır. Bu araştırma, yönetimdeki acil sorunlardan hastane finansmanını ve hizmet kalitesini olumsuz yönde etkileyen hemşirelerin yüksek işten ayrılma oranının olduğu Madinat Zayed Hastanesi'ndeki hemşireler arasında tükenmişlik, iş doyumunu ve işten ayrılma niyetleri arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır. Bu çalışmada hemşireler arasında tükenmişliğin nedenlerinin ve sonuçlarının neler olduğu, çalışma koşullarının iyileştirilmesinin etkisi ve iş doyumunun nasıl aracı bir etki sağladığı araştırılmıştır. MZH'deki 235 hemşireden 186'sının katıldığı bir anket uygulanmıştır. Bu anketteki sorularda hemşirelerin tükenmişlik, iş doyumunu ve işten ayrılma niyetini nasıl algıladıklarına odaklanılmıştır. Hipotezleri test etmek için Lineer Regresyon Analizi yapılmıştır. Bu çalışmanın bulgularına göre, tükenmişlik ile işten ayrılma arasında pozitif, tükenmişlik ile iş doyumunu arasında negatif bir ilişki olduğu, buna karşılık ankete katılanlar için iş doyumunu ile işten ayrılma niyeti arasında negatif bir ilişki olduğu görülmektedir. Bulgular ayrıca, tükenmişlik ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkide iş doyumunun kısmi negatif aracılık etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Bu araştırmanın bulguları, Birleşik Arap Emirlikleri'ndeki sağlık işletmelerindeki hemşirelerin işten ayrılma niyetlerini önemli ölçüde azaltabilecek ve yüksek kaliteli sağlık hizmetlerini sürdürebilecek politikalar geliştirmesi konusunda sağlık yönetimine faydalı olabilir. Psikososyal riskler ve sağlıkla ilgili acil durumlar arasındaki ilişkilerin incelenmesi, hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin korunması açısından uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Tükenmişlik, İş doyumunu, İşten ayrılma niyeti, Madinat Zayed Hastanesi, Birleşik Arap Emirlikleri.

MAKALE HAKKINDA

* Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi, İİBF, İşletme Bölümü, moyousef@seha.ae

<https://orcid.org/0000-0001-8336-6080>

** Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi, İİBF, İşletme Bölümü, nkaljahi@ciu.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0002-2013-6702>

*** Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi, İİBF, İşletme Bölümü, myesiltas@ciu.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0003-0110-9684>

Gönderim Tarihi: 21.02.2022

Kabul Tarihi: 11.01.2023

Atıfta Bulunmak İçin:

Alkhraish, M. Y., Eivazzadeh, N. Y., & Yeşiltaş, M. (2023). The impact of burnout on turnover intention among nurses: the mediating role of job satisfaction. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 1-28

I. INTRODUCTION

A hospital consists of several professional, technical and financial resources that drive it to be very competent in providing high-quality health care workers. Nursing is a highly specialized profession that safeguards a patient's health care journey. Nurses ensure that every patient receives the best possible care regardless of their economic status and nationality. However, nurses have long enjoyed the love of the general public and professional recognition within the medical community. Through years of campaigning, organizing, and, most significantly, academically improving the profession, nurses have become hard-won. Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups, and communities, sick or well, and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled, and dying people.

One of the serious stumbling block for nurses that needs to be dealt with is turnover, and considered as challenges in hospital and nursing management, especially if it occurs more often in the important early stages of a nurse's work. It is significant to ensure that nurses receive an adequate support and notice to ensure that they will stay engaged and inspired to contribute to an organization over the long term. There's proof that high turnover statistics directly affect the global scarcity of nurses since nurses comprise majority of the healthcare workforce (Iglesias et al., 2010). Nursing is one of the main difficult occupations in the contemporary medical field. Most parts of the causes of burnout during the career of a nurse are tension, understaffing, extensive work hours, pressure from staff mandatory hours, and their potential responsibilities (Roche et al., 2015).

Nurses worldwide have high burnout levels which cause them an elevated intention to leave their job (Van Bogaert et al., 2014; Elbarazi et al., 2017). Burnout has been related to poor patient care quality scores recorded by nurses (Van Bogaert et al., 2013), increased absence, and turnover intention (Sasso et al., 2019). Therefore, to brush up the quality that every patient needs, identification of factors affecting the burnout and attrition intentions of nurses must be given attention since nurse turnover in the healthcare industry is becoming a global concern. Burnout felt by nurses may cause turnover issues, especially the pioneers and organizations. Burnout is a reaction to ongoing conflict or emotional stress (Shirom and Melamed, 2006). Previous studies have suggested that burnout has a huge effect on turnover intentions (Hong & Lee, 2016). The increasing turnover rate of nurses worldwide is undeniably high, ranging from 13-37% (Roche et al., 2015). Approximate findings from a previous study that Indonesia's nurse turnover rate is 13-35 % (Dewanto and Wardhani, 2018). Meanwhile, after having a year of experience, about 17.5 % of fresh nurses appear to leave their jobs (Kovner et al., 2014).

Accordingly, it is significant to look into elements that connected burnout and turnover intentions of nurses. This will supply answers to some problems we encounter at work and help nurses to level up the patient care, safety and patient satisfaction, which contributes to the growth of an organization. This paper gives us supplemental knowledge about the effects of burnout levels on turnover, in addition, the effect of job satisfaction on the relationship between burnout and turnover, which helps to comprehend what policies would be useful in order to have a valuable and systematized management in the healthcare division. It is essential to study the impacts of burnout on turnover intention because of high turnover rate of nurses in United Arab Emirates (UAE) (Alacacioglu et al., 2009). Furthermore, this research outcome can be helpful to healthcare policy-making organs and administration to develop and enhance existing policies that may significantly reduce turnover intentions and sustain excellent healthcare services in United Arab Emirates (UAE). Learning relationship is relevant between burnout, job satisfaction, and turnover intention in protecting and caring for the nurses, health professionals, and society in general.

II. CONTRIBUTING FACTORS OF BURNOUT IN NURSING

Burnout has been associated with inadequate care quality (Poghosyan et al., 2010; Salyers et al., 2015). Burnout is subordinated to meager client satisfaction and care quality in healthcare environments according to a recent meta-analysis (Firmin et al., 2016). A foreign clinical psychologist from the United

States originally introduced the word “job burnout” (Lang et al., 2010). Burnout was expound as an indication among health care providers in the health sectors who failed to successfully manage the constant work-related stress. A healthcare provider who is experiencing this exhibit characteristics such as being worn out emotionally, feeling of being disconnected, and loss of control from one’s self as well as diminished one’s own achievements (Maslach and Jackson, 1981). This implies that it affects not only the nurses but also the patients under their care. Burnout is found to be a major predictor of work satisfaction (Kalliath and Morris, 2002).

Physical and mental exhaustion due to overwork and stress are some of the reasons among nurses to have a higher intention of quitting their job in an organization they are involved in. This scenario happens not just locally but also globally (Elbarazi et al., 2017). Nurses who are experiencing burnout significantly affect their performances at work in terms of providing high-quality and excellent standard healthcare services (Van Bogaert et al., 2014) along with unplanned absences from their duties and obligations are becoming a habitual pattern and eventually having an intense desire in leaving their job for good (Sasso et al., 2019). Thus, to enhance the excellence of patient quality care, it is essential to identify the factors affecting burnout and attrition intentions.

2.1. Age

Assuming that younger personnel are bound to encounter burnout than the established workers, it may be useful for employing groups to take preventative actions against burnout, such as to aid workers in increasing coping skills (Stanton Rich et al., 1998). However, others have found elevated levels of burnout only in older employees (Lindblom et al., 2006; Verdonk et al., 2010). In general, prior studies establish mixed evidence of a relationship with age and whether the non-linear association between age and burnout was significantly different from the linear relationship. Although the results obtained are inconsistent, socio-demographic variables associated with burnout have been widely studied. Some research findings show that burnout decreased with age (KanaiPak et al., 2008; Alacacioglu et al., 2009), while others reported vary (Violante et al., 2009; Iglesias et al., 2010). A high percentage of burnout in young employees may be due to less work experience and high levels of unmanageable work-related stress (Verdonk et al., 2010).

2.2. Gender

Gender discrimination is an additional predictor of burnout. According to a gender-related study, women accounted for having elevated levels of burnout than men (Bekker et al., 2005) and they appear to have a greater difference in emotional malaise than depersonalization. Therefore, there are significant sexual role dissimilarities in the level of burnout (Puvabova & Muros, 2010). Since women are more expected to experience emotional malaise, men are more probable to experience depersonalization. In nursing staff, burnout is associated with reduced patient well-being and satisfaction, as well as reduced value of other care (Vahey et al., 2004; Puvabova and Muros, 2010).

2.3. Marital Status

Marital status is another significant influence in work fatigue among employees. Married workers have been claimed to have less burnout than unmarried workers. In a study, it was found that there was an association between marital status and psychological demands, especially for nurses with little personal achievement marks. A higher level of emotional exhaustion may be exhibited by unmarried nurses, no matter if they are single or divorced. Having offspring or not is also a subject of dispute. In spite of the fact that some authors maintain that this variable doesn’t contribute to burnout development. (Cañadas-De la Fuente et al., 2015), but according to others, the two are highly correlated. Nurses without children are said to be more burned out, according to some studies (Queiros et al., 2013; Lasebikan et al., 2012). The effect of having children on the association between marital status and depersonalization is moderated negatively by having children, and this effects is stronger for nurses who have children. The possibility of depersonalization at work was greater among nurses who are wed or

cohabitating and have children. Due to very low correlation between marital status and low individual success, this factor will not be pertinent in defining potential burnout risk picture. Even so, its importance could be enhanced in the case of nursing professionals who are single or divorced and who have higher levels of seniority since they experienced less fulfillment compared with other groups (Maslach and Jackson, 1985).

2.4. Education Background

Factors such as job status, previous experiences and educational level of the nurses have been shown to predict burnout (Perry et al., 2017). A recent study looked at “Educational Background” and noted that nurses with a high level of education were less likely to suffer from burnout (Kelly and Lefton, 2017). Education makes nurses to feel that they have more control over events in the working environment, an optimistic perspective, ability to handle change, and engagement in healthy self-care habits (Khajuria and Nayak, 2018). According to (Koivula et al., 2000) education was associated with burnout. The research reported that low-educated nurses had extra burnout than highly-educated nurses. This is due to a sense of inexperience and inadequacy regarding the poor education level of these caregivers.

2.5. Heavy Workload

The concept of work demands or heavy workload includes "physical, social or managerial aspects of the workplace that need continued physical or psychological exertion and are consequently related to specific physiological and psychological costs"(Demerouti et al., 2001). The collective reasons of worker dissatisfaction is little work fulfillment. The analysis revealed that greater work burden and lower job contentment could simply lead to burnout (Van Bogaert et al., 2013). Another research from American research, surgeons have the opposite result wherein greatest measure of work satisfaction is burnout (Shanafelt et al., 2009). Job satisfaction and burnout should be determined on a case-by-case basis, not in a fixed order (Yin et al., 2008). Burnout has a reasonably high prognostic influence on turnover intention (Estryn-Behar et al., 2007). Most studies substantiated an optimistic association between burnout and intention turnover (Shimizu T et al., 2005; Lee and Ashforth, 1996). Emotional tiredness, lack of progress, and other aspects related to burnout have a weighty positive correlation with the need to vacate their job. (Zhang et al., 2017).

2.6. Staff Shortage

Nurses are an important part of the medical system. Wang (2017) has shown that having right number of nurses and caregivers in hospitals and existence of other essential healthcare facilities improves patient safety, mortality and the completely patient outcomes. The nursing shortage is a serious problem, since it affects patient care (Perry et al., 2017). There is evidence that improving the ratio of caregivers to patients can prevent deaths from some hospitals and discharges (Li et al., 2019). There has been research showing that nurses' plans to leave are related to their psychological as well as bodily health status. The psychological well-being of nurses is worse than of the most workforces, and the likelihood that they will leave their job intensifies as their mental health weakens (Perry et al., 2017). As an emerging nation with an enormous population size, China's health labor force shortage has become one of the most significant roadblocks to main healthcare industry. According to the China health indicator book, there are just 0.46 pediatricians per 1000 children, far less than the target of 2.06 pediatricians per 1000 children. The observation that the amount of anesthesiologists per 10,000 citizens is less than 0.65, although, it is 2.5–3 (Wang, 2017) in some developed European countries. The situation is made worse by, primary healthcare staff are often faced with a high rate of turnover, which has become a public problem to be dealt with (Li et al., 2017). According to the findings of a research, the percentage of primary healthcare workers in China declined from 44% to 33% between 2010 and 2016 (Li et al., 2019).

2.7. Autonomy and Control

Researchers in the United States during the 1980s, have studied the effects of employment environment aspects on the results achieved in caregivers and patients (Van den Heede and Aiken, 2012). Studies in Brazil have found a link between employment environment and burnout (Panunto and Guirardello, 2013; Gasparino et al., 2011). However, these studies did not evaluate the employment environment profile related to the syndrome. Two commonly documented categories of nursing autonomy are clinical autonomy and professional autonomy. Clinical autonomy of nurses providing straight-to-patient care that can act further than normal perform and build decisions about individual patient care (Oshodi et al., 2019). On the other hand, professional autonomy can be useful to professionals or individual caregivers. It has been treated as being involved in individual patient care decisions. Generally, as developing care processes to get better the quality of care and customer wellbeing (Varjus et al., 2011).

2.8. Reward and Recognition

Nurses who experience high levels of extra rewards are at decreased risk for stress at work that can lead to burnout. They may have more motivation to coordinate work and personal life. This may lead to bringing positive feelings from the workplace to home, to their family, or vice versa, from home into the work environment (Maslach et al., 2001). Meaningful rewards can be of paramount importance in combating nurse/caregiver burnout and compassionate fatigue. In a research of 14 hospitals with recognized reward programs and 10 hospitals without established reward programs, consequential rewards were important for lowering burnout scores and improving work satisfaction; it was a predictor (Kelly and Lefton, 2017).

2.9. Ambiguity and Conflict of Roles

Ambiguity and conflict roles refers to situations characterized by a deficiency in well-defined role expectations (Rizzo et al., 1970). Ambiguity and conflict roles can be caused via an opaque distribution of everyday jobs, approximate roles, and a lack of organization between employees or unskilled personnel (Maslach et al., 2001). Ambiguity and conflicts roles resulting from these working situations can cause stress, dissatisfaction, and psychological distance in the workplace (Pillemer and Moore, 1989). Overall, stress related to work, poor job performance, inefficiencies of an organization, and a sense of work insufficiency can all be caused by conflict (Spooner-Lane and Patton, 2007).

2.10. Job Instability

Job instability is a condition in which workers lack the confidence that their work will stabilize daily, weekly, or yearly. Employees working in a stressful employment environment can find their work dangerous. However, work anxiety can be explained as a worker's general anxiety about the future of work (Witte, 1999; Kinnunen et al., 2000). A lot of authors believe work anxiety is a subjective knowledge or awareness. Some staff can feel safe even if their work is threatened or anxious. However, it points out that long-term employment insecurity can lead to resource exhaustion of employees and thus burnout (Witte, 1999). Nurses who reported higher levels of possible fear of their work safety reported more emotional symptoms, low job satisfaction, high resignation rates, and high burnout. Therefore, employees suffering from work anxiety may need optimistic psychosomatic resources to deal with difficult and demanding situations to avoid the development of burnout (Burke et al., 2015).

2.11. Job Stress

Job stress is defined as an exhausting and overwhelming job that can have a severe collision on a staff mental, emotional, and physical well-being especially if the workplace demands do not match abilities and resources. It can also be defined as a physiological reaction to linked responsibilities and commitments. Stress manifests itself in fatigue and exhaustion. At the same time work overload is one

of the major stressors, and 4 in 10 employees believe that workplace stress issues are not properly addressed (Khajuria and Nayak, 2018). Meanwhile, stressors can be related to conflicting roles, ambiguities at work, and inaccuracies between tasks and roles being performed (Hongxia et al., 2014). Job stress is a relative psychological feeling and understanding of an individual, which could change over the period based on different influencing or contributing factors like physical, financial, technological, social, and psychological (Stefanie et al., 2020).

III. CONTRIBUTING FACTORS OF JOB SATISFACTION IN NURSING

Work satisfaction is another important factor that can influence the reduction of turnover. It is distinct as “the pleasurable emotional state resulting from the appraisal of one's job as achieving or facilitating the achievement of one's job values” (Locke, 1969). Work satisfaction is becoming an important factor in business operations worldwide. It has been suggested that happy employees are more efficient and capable of achieving better results than unhappy employees. In most businesses, this yields more income, sales, and profits, while in a hospital, it can also be a significant force for sustaining development of higher quality services that promote patient wellbeing, wellness, and safety.

Job satisfaction is defined in a variety of habits. (Amponsah-Tawiah et al., 2016) It is also distinct as a staff feelings and belief regarding the job. In the health-care settings, Castaneda and Scanlon conducted a concept analysis suggesting that job contentment in nursing is based on three attributes: interpersonal relationships, patient care, and autonomy (Ylitörmänen et al., 2019). According to some studies, higher job satisfaction is linked to a lower probability of leaving (Wright and Bonett, 1992; Yanchus et al., 2017). While the movement of employees out of an organization is commonly called turnover. It was thought to be a two-dimensional notion, distinguishing between voluntary and involuntary departures, as well as between leaving and joining an organization (Tang et al., 2018).

3.1. High Job Demands and Nurse Staff Shortage

The deficiency of nursing workforce is a rising issue in healthcare system throughout the world (Marć et al., 2019). On the other hand, job dissatisfaction is a major cause of lack of care, especially in hospitals. Hence, the challenge for organizations leaders is to secure quality nursing staff during this nurse shortage. As well as accepting the effect of job satisfaction in nursing is very important for resolving the turnover rate of staff. Work satisfaction is crucial in relation to lower turnover, higher staff productivity, high job quality, and better client outcomes. These lead to improved business performance (Cicolini et al., 2014). The major reason of employee's dissatisfaction is work dissatisfaction and high job demands. The value of the healthcare service is affected by attrition evidenced by a numerous amount of researches on work dissatisfaction, exhaustion, and turnover. The analysis discovered that elevated employment pressure and poorer work satisfaction might easily guide to burnout (Visser et al., 2003). Job stress, burnout, and complex shifts are significant determinants of health care workers' wellbeing and affect their job satisfaction (Soliman, 2017).

3.2. Organizational Justice

Organizational justice refers to the perception of impartiality by people in organizations and their behavioral response to this perception (Köse, 2014). Encouraging systematic engagement of nurses is an effective approach to reduce the challenges of human resource management in nursing (Lee, 2016). The organization's engagement gives employees the feeling that they belong to employees and encourages a desire to continue working for the company (Chang, 2015). However, previous studies suggest that organizational equity is a powerful determinant of individual choices for maintaining or terminating a career in the health care system. Compared to other medical staff, nurses were the most perceived as likely to retire (Owolabi, 2012). Recognized impartiality may increase work satisfaction and caregiver preservation (Chin et al., 2019; Tourani et al., 2016).

3.3. Workplace Violence and Abuse

Workplace violence is physical violence, harassment, or other threatening destructive behavior or intimidation that occurs in the workplace. It ranges from intimidation and verbal abuse to physical assault and even murder. In recent years, workplace violence in medical care has increased. Despite the precautionary measures promoted by Law in Spain in 1995 to improve the situation of workers, the psychosocial risks associated with violence in the place of work are increasing (Del Carmen Perez-Fuentes et al., 2020). Also, researches have revealed that caring profession has the utmost devastating profession, caregivers are greatly exposed to work-related abuse, as well as pressure to physical integrity and verbal violence (Seo et al., 2019).

3.4. Workload/ Assignment

The workload of nurses has a remarkable impact on patient outcomes; however, allocations often do not consider all the factors that contribute to that workload. For example, nursing assignments based on patient condition or ward geographic location can result in unequal workload, frustration, and reduced satisfaction, regardless of the work intensity required to care for an individual patient. Patients may feel that caregivers are in a hurry or do not have time to accompany them, and caregivers may feel responsible for not spending adequate time with their patients. A nurse's assignment is an important process in the hospital as it affects the nurse's everyday workload and patients care (Liang and Turkcan, 2016). The severity of the nurses' workload affects the caregiver's ability to assess the patient's condition and promotes superior patient outcomes. If assignments are not fair, caregivers can be disappointed, frustrated, and unable to work for the benefit of the patient (Cook et al., 2004).

3.5. Trust and Appreciate from Managers

Managers are responsible for reducing burnout among nurses, who make up most of the workforce, to lower attrition rates and reduce the probability of poor hospital service quality in the future. Active detection of burnout among nurses and giving attention to necessary precautionary measures such as improving interpersonal relationships among health workers, changing work design, and improving personnel policies, as well as personnel's welfare are some of the behaviors that managers may take. Since, work dissatisfaction has a negative impact on the likelihood of leaving (Alhakami and Baker, 2018). This is further reinforced by solid links seen between in general job resources in comparison to workloads and job contentment and its impact on future nursing management. On the other hand, trust from active team leadership usually creates a high-performing team. Leadership plays a vital role in team context. The team leader defines the team's goals, develops and builds the team to attain overall mission (Zaccaro et al., 2001).

IV. CONTRIBUTING FACTORS OF TURNOVER INTENTION IN NURSING

Nursing turnover intention is the possibility that a nurse will quit the current hospital within a certain period of time due to various explanations. Nurse turnover represents the number of nurses who have left the hospital and require to be replaced. Some nurses leave (voluntarily) for personal reasons, while others are (involuntarily) terminated from their job for some other reasons. Nursing staff turnover is a major worldwide problem that greatly impacts on service and cost. Extensive research has been conducted on the history, which tackles the dynamics and consequences of caregiver turnover.

Overall, turnover is considered the number of workforces leaving a company or a firm. It was viewed in different contexts, determining whether the decision of departing was at one's own discretion or being coerced, or either associating and deciding to vacate oneself in an institution (Campion, 1991). Prior research (Porter and Steers, 1973) defined turnover intent as a successful action of the staff to resign when they experienced discontentment. Turnover intention is the desire of a worker to leave the job in an institution intentionally following a span of time, being a waged worker in a specific company, which will fall under Voluntary Intention, knowing that it happened after thinking about it meticulously and

cautiously (Mobley, 1977). This can be viewed as because of various emotional aspects (like burnout and job satisfaction) instead of actual turnover (Hellman, 1997). In other words, turnover intention can anticipate and envision the actual way of acting in an actual turnover.

Worldwide, nursing staff turnover ranges from 10-21% per year (El-jardali et al., 2009). High turnover rates have a negative impact on hospitals. For instance, turnover rates include training costs invested in nurses, management, financing, high costs of hiring nurses, and retraining of staff. Therefore, turnover affects the quality of care (Mosadeghrad, 2013). Factors that influence the intent to quit a job are work characteristics, leadership, management, organizational obligation, and job contentment (Intaraprasong et al., 2012; Faraji et al., 2015).

4.1. Individual Factors of Turnover Intention

Previous researchers have explained that biographical details such as age, gender, educational background marital status, job experience, job title, and previous expertise do not affect the likelihood of change intent (Kaya and Abdioğlu, 2010). However, demographic elements such as age, marital status, tenure, salary, positions, and labor sector determine employee intent to leave. Kaya and Abdioğlu (2010) found a significant correlation between gender and willingness to leave the company, while, Victoria and Olalekan (2016) said that gender did not significantly affect employees' intentions to leave the company. It was establish that there were important dissimilarities between gender, age group, and marital status with respect to fluctuating intent. For instance, women are more motivated to retire than men but married respondents are more professional than single. Unlike younger participants, the older respondents prefer to stay in the same facility (Choong et al., 2013).

4.2. Organizational Factors of Turnover Intention

Top management can recognize employee change intent through close colleagues. Take precautions to eliminate it in the place of work. Job pressure is widespread and is believed as one of the causes that influence work satisfaction. The general experience of employees in an organization has shown that stress has different effects on employees (Shirey, 2006). Employees under stress are said to be more probable to fluctuate than personnel who are not (Bratt et al., 2000). One of the particular factors affecting a nurse's choice to continue staying in a healthcare organization is job satisfaction (Caricati et al., 2014). It is influenced by job performance appraisal and having an understanding supervisors (Morazes et al., 2010). Positive supervisor feedback and chances for advancement are both strong predictors. (Martin and Schinke, 1998). In turn, it promotes organizational commitment (Landsman, 2001), which may decrease the likelihood of turnover. While salary is positively correlated with commitment and negatively correlated with fluctuating turnover intent. (Bernd and Beuren, 2021).

V. JOB SATISFACTION, BURNOUT AND NURSING TURNOVER INTENTION DURING COVID-19 PANDEMIC

The COVID-19 pandemic is a serious health emergency that has impacted countries worldwide and has had significant economic, business, and personal health consequences. As for the nurses, who arguably have the most critical roles and responsibilities during COVID-19, they are undeniably burned out. The pandemic has placed them at a critical psychosocial risk. Generally, psychosocial risks comprise serious problems as they impact nursing staff's health, productivity, efficiency, and turnover intention (Soto-Rubio, et al., 2020). Further, the pandemic has depleted hospitals' physical and financial resources around the world, forcing nurses to work longer and harder than usual. With that said, a lot of nurses are discouraged-many of them felt being overworked and disregarded. In United Kingdom (UK), to increase the National Health Service against the pandemic, nurses have been reassigned to departments which they had no sufficient experience, relocated to areas with new colleagues, and to unfamiliar routines, equipment, and patient interventions. However, some redeployed nurses have expressed how such routines degraded them personally and professionally as confident leaders became

concerned amateurs. Furthermore, with regards to the existing of manpower shortage of nurses, there are demonstration of exhaustion and in some degree demoralized employees (Willan et al., 2020).

On top of all these, nurses experience distinguished levels of anxiety during the current pandemic. More than the psychosocial problems the pandemic poses, it threatens the nurses physically with them contracting the virus. In the recent cross-sectional study of 261 front liners in the Philippines, it was reported that a large number of nurses experiencing high levels of fear of the COVID-19 pandemic and prolonged psychological torture. (Labrague and De los Santos, 2020). In another study, the impact of the current pandemic) on nurses with turnover intentions additional to the already strained nurse workforce in Qatar (Nashwan, et al., 2021). Thankfully, despite these grievances in this field, governments recognize the contribution of key workers (especially the nurses) during the height of the pandemic and have rewarded public sector staff with an immediate above-inflation pay lift.

5.1 Correlation of Burnout, Job Satisfaction, and Turnover Intention of Nurses

Nursing staff turnover has long been a cause of concern for any healthcare organization, particularly in the field of human resources management. Job stress, job security, advancement chances, pay levels and benefits, and quality of work-life are all factors that influence nursing turnover. These elements combine to form two primary influencing variables: job satisfaction and burnout.

Over the years, various studies have been conducted and different models have been proposed to explain the quitting behavior of nurses. However, every study indicates one common variable: turnover intention as the precursor of actual turnover behavior. More than 36 nursing studies claimed that job satisfaction is linked to nursing administration responsibility, fidelity, optimistic cognizance toward the hospital, and a higher likelihood of nurses staying; whereas dissatisfaction is linked to depression, stress, hostility, anxiety, burnout, lower quality of care, and increased intention to quit their job. To amplify the importance of job satisfaction, a quantitative, correlation study of 194 nurses directly associated high job satisfaction to lower turnover intention and increased patient satisfaction (Bernard, 2021). As the nursing turnover intention is all about a perception that can lead to job dissatisfaction, it requires a great deal of attention in order to promote organizational commitment and loyalty of the staff.

Accordingly, work-related stress and low job satisfaction will almost certainly leads to burnout. That being said, job satisfaction is one of the most important characteristics that could lead to burnout of workers (Visser et al., 2003). On the other hand, according to an American surgeon, turnover intentions are crucial, cynical, and focused on the influence of job satisfaction further claiming that satisfaction has a substantial impact on it (Shanafelt et al., 2009).

VI. METHOD

6.1. Research Design and Data Collection

This study employed a quantitative non-experimental correlation research design to examine the relationship between burnout and turnover intention. The burnout was independent whereas turnover intention was the dependent variable of the study, while job satisfaction was used as a mediate variable. The research was conducted using surveys to collect data in the nursing industry in UAE. Nurses from Madinat Zayed Hospital in the UAE voluntary participated in the current study to provide the necessary data. In December 2021, the questionnaires were dispersed to every nurse and collected immediately once completed. In this study, 186 questionnaire forms were collected and used in data analysis.

6.2. Confidentiality and Ethical Issues

The Al Dhafra hospitals' Ethical Committee - MZH - in the UAE granted ethical approval for this study (ADH-IREC-021-003). Research information such as overall research and result evaluation were discussed to each participants. Of course, voluntary participation and privacy was initiated. To ensure

this, the collected data were kept in private area and participant's identification remained anonymous. All of the information gathered for the study was kept strictly confidential.

6.3. Burnout

In this study, 22 items from the Maslach Burnout Inventory Scale (MBI) were used to measure burnout at work. (Maslach et al., 2001). In the burnout part, 5- Point Likert Scale was used and participants chosen a number between 1 (Strongly Disagree) to 5 (Strongly Agree), while High value represents high burnout and the low value represents low burnout.

6.4. Job Satisfaction

In the current study, the measure of job satisfaction at work was assessed using the Generic Job Satisfaction Scale (GJSS) (MacDonald and Maclntyre, 1997) and was measured with 10 items. In the job satisfaction part, 5- Point Likert Scale was used and participants chosen number between 1 (Strongly Disagree) to 5 (Strongly Agree). A result of high value represents high job satisfaction while a low value indicates low job satisfaction.

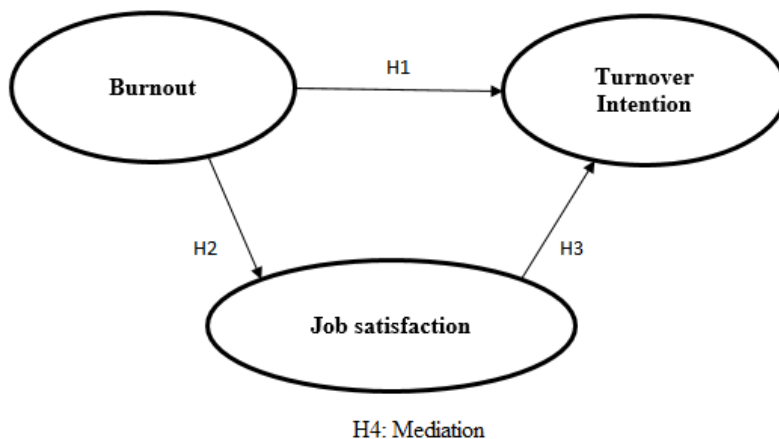
6.5. Turnover Intention

The study assessed the turnover intention at work using Turnover Intention Scale (TIS) (Bothma and Roodt, 2013) and was assessed with 15 items questionnaire, In turnover intention part, 5-Point Likert Scale was used, and participants chose a number between 1 (Strongly Disagree) to 5 (Strongly Agree). The high value represents the high turnover intention while low scores indicate a low turnover intention.

VII. CONCEPTUAL MODEL AND HYPOTHESES

The effects of burnout on turnover intention and the job satisfaction on relationship between burnout and turnover intention to fluctuate have been extensively studied, but previous results show differences by country, occupation, social and economic conditions. However, the number of research on the effect of burnout on turnover intention as well as the effect of job satisfaction on the relationship between burnout and turnover intention of MZH nursing staff is insufficient for a comprehensive assessment. Figure 1 depicts the conceptual framework of this research, which was developed based on the relationship between the various variables identified in the literature review. As a result, we created a conceptual framework for this research aimed at examining the relationship between burnout and turnover intention, In addition, we need to look at the mediate effect of job satisfaction on the relationships between burnout and turnover intention.

Figure 1. Conceptual Framework of Relationship between Burnout and Nursing Turnover Intention: The Mediating Effect of Job Satisfaction



Using the conceptual framework depicted in Figure 1, various hypotheses are generated according to the literature search performed at the beginning of this search.

7.1. The Relationship between Burnout and Turnover Intention

According to initial studies on this subject, the burnout concept, which has had an impact on modern cultures, has been linked to exhaustion in the workplace (Iacovides et al., 2003). In addition, Ran and others (2020), mentioned that improving the work conditions, employee welfare, advancing-learning prospects, and reward mechanism could be beneficial in solving the problem. He added that management should understand how burnout starts and must focus on staff physical and mental ups and downs to address the concerns, While, the literature provides several definitions of turnover intention, one of them describes it as a desire to leave the organization (Wang et al., 2020). As a result, studies in the literature to date confirm a positive relationship between burnout and turnover intention (Scanlan and Still, 2019).

H1: Burnout has significant positive effect on turnover intention among MZH nurses.

7.2. The Relationship between Burnout and Job Satisfaction

Researchers have frequently reported on the effects of job satisfaction and burnout. Previous research, believed that workload and burnout has direct negative effect and considered the most predictive aspect for job satisfaction. Burnout factors can be described as extensive working hours, work pressure, hospital culture, patient relationship and work environment, and these factors has negative influence between burnout and job satisfaction. In totality, this means the higher the level of burnout will lead to less satisfied employees (Piko, 2006; Weng et al., 2011; Ran et al., 2020; Madigan and Kim, 2021). As a result, previous studies in the literature found that there was a significant relationship between job satisfaction and burnout.

H2: Burnout is negatively related to job satisfaction among MZH nurses.

7.3. The Relationship between Job Satisfaction and Turnover Intention

Job satisfaction and quality of work have been identified as important work-related factors that affect employee retention. (AlMaaitah et al., 2018; Al Maqbali, 2015). Previously, it was found that the most important factor in explaining the nurse's intention to retire was high satisfaction with the work (Labrague et al., 2018). As a result, previous studies in the literature have shown that there is a negative correlation between job satisfaction and turnover intention.

H3: Job satisfaction is negatively related to turnover intention among MZH nurses.

7.4. The Mediating Effect of Job Satisfaction on the Relationship between Burnout and Turnover Intention

Many researches have been conducted that include job satisfaction and demonstrate their significant influences on burnout and turnover intention. Studies disclosed a connection concerning personal achievement, management and colleagues support to a higher degree of job satisfaction. Workplace environment and frustration with co-workers and seniors may be a contributing elements that have been inducing burnout patterns among employees (Nora et al., 2011). Moreover, frequent exposure to more work stress may lead to higher psychological and physical reactions, thus confirming a low degree of job satisfaction. Job stress and contentment mutually seemed important predictors of burnout, when stress is in height and satisfaction is little, burnout exhaustion is most likely to happen. As a result, previous studies in the literature found that there was a significant mediating effect of job satisfaction on the relationship between burnout and Turnover Intention.

H4: There is a mediating effect of job satisfaction in the relationship between burnout and turnover intention among MZH nurses.

VIII. ANALYSIS AND RESULTS

8.1. Descriptive Statistics

Table 1 shows the demographic factors of MZH nurses (N=186). Based on the data, the nurses at MZH are of a younger generation, 80.6% of them are married and the majority of participants have a bachelor's degree.

Table 1. Demographic Factors of MZH Nurses

Demographic Factors		Frequency	Percentage
Gender	Male	56	30.1
	Female	130	60.9
	Total	186	100.0
Age	20-29 years	22	11.8
	30-39 years	115	61.8
	40-49 years	36	19.4
	50 years and above	13	7.0
	Total	186	100.0
Marital Status	Single	32	17.2
	Married	150	80.6
	Divorce	4	2.2
	Total	186	100
Educational Level	High School Diploma	15	8.1
	Bachelor	157	84.4
	Master	14	7.5
	Doctorate	0	0
	Total	186	100.0
Years of Experience	1-5 years	9	4.8
	6-10 years	65	34.9
	11-15 years	73	39.3
	16 years and above	39	21.0
	Total	186	100.0

(N = 186)

8.2. Reliability and Validity

In the validation process of the scales, the questionnaire's validity was tested using Pearson product-moment correlations in SPSS. By correlating each item questionnaire score with the total score, the validity test product-moment Pearson correlations were performed. The reliability and validity of the variables are shown in Table 2 and 3, respectively.

Table 2. Reliability of the Variables

Variables	Cronbach's Alpha	Items
Turnover Intention	0.859	15
Burnout	0.846	22
Job Satisfaction	0.912	10

Table 3. Means, Standard Deviations, and Correlations of the Variables

	Mean	SD	1	2	3
1. Turnover Intention	3.05	0.535	1		
2. Burnout	3.11	0.432	0.750**	1	
3. Job Satisfaction	3.6	0.651	-0.522**	-0.505**	1
**sig. $p < 0.01$, (N=186)					

8.3. Testing the Hypotheses

According to the results (Table 4), the linear regression analysis of burnout and turnover was found to be strongly positive statistically significant ($r = 0.75$, $p = 0.000$), indicating burnout contributes 75% to turnover intention of MZH nurses. Furthermore, the R square value is 0.563 showing that the effect of burnout on turnover intention is 56.3% explained. Hence, the hypothesis was supported which shows that an increase in burnout in nurses would lead to a higher turnover in MZH nurses (H1).

The results gathered regarding the regression are presented in Table 4 below. According to the results, the linear regression analysis of burnout and job satisfaction was found to be moderately negative statistically significant ($r = -0.505$, $p = 0.000$), indicating burnout contributes 50.5% to job satisfaction of MZH nurses. Furthermore, the R square value is 0.255 showing that the effect of burnout on job satisfaction is 25.5% explained. The hypothesis was supported which shows a decrease in job satisfaction in nurses would lead to a higher burnout in MZH nurses (H2).

The results gathered regarding the regression are presented in Table 4 below. According to the results, the linear regression analysis of job satisfaction and turnover was found to be moderately negative statistically significant ($r = -0.522$, $p = 0.000$), indicating job satisfaction contributes 52.2% to turnover intention of MZH nurses. Furthermore, the R square value is 0.273 showing that the effect of job satisfaction on turnover is 27.3% explained. Hence, the hypothesis was supported which shows that a decrease in job satisfaction in nurses would lead to a higher turnover in MZH nurses (H3).

Table 4. Summary of Linear Regression Analysis for Turnover Intention, Burnout and Job Satisfaction

Hypothesis	R	Beta	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Sig. F Change
H1	0.750 ^a	0.75	0.563	0.561	0.35468	0.000
H2	0.505 ^b	-0.505	0.255	0.251	0.55551	0.000
H3	0.522 ^c	-0.522	0.273	0.269	0.45760	0.000

a. Predictors: (Turnover Intention), BURNOUT

b. Predictor: (Job satisfaction), BURNOUT

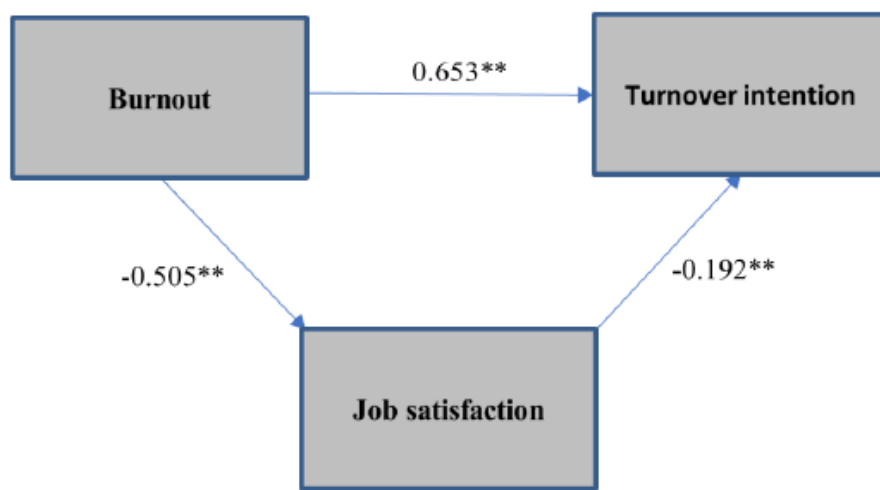
c. Predictors: (Turnover Intention), JOB SATISFACTION.

8.4. Mediating Effect

The causal steps method developed by Barron and Kenny (1986) is used to test the mediating effect of job satisfaction. Three regressions are used to test mediation: the independent variable predicting the dependent variable, the independent variable predicting the mediator, and the independent variable and mediator predicting the dependent variable. To support mediation, the following conditions must be met in the results: In the first regression equation, the independent variable is shown to have a significant influence on the dependent variable. In the second regression equation, the independent variable is shown to have a significant influence on the mediator. In the third equation, the mediator must have a significant influence on the dependent variable. As predictors, the independent variable and mediator are entered here. When the independent variable no longer influences the dependent variable after the mediator has been controlled and all of the above conditions are met, complete mediation is present.

When the independent variable's influence on the dependent variable is reduced after the mediator is controlled for, this is referred to as partial mediation. Table 5 shows the results of the causal steps method for testing the mediating effect of job satisfaction. Burnout (IV) and turnover intention (DV) are significantly related to each other in the first step, with a beta value of 0.750 (total effect). This satisfies the first condition of Barron and Kenny's (1986) method. The second step demonstrates that burnout (IV) and job satisfaction (mediating variable) are significantly related with ($p < 0.001$), thereby justifying the second condition for mediation effect. With the addition of job satisfaction in the third step, the beta value was reduced to 0.653 but remained significant (direct effect). This demonstrates that job satisfaction partially mediates the relationship between burnout and turnover intention. As a result, Hypothesis 4 is accepted.

Figure 2. The estimated Mediator Model Job Satisfaction (Burnout – Turnover Intention)



Panel B

Table 5. Results of Mediated Regression Approach

NO	Dependent Variables	Independent Variable(s)	Beta	t	p-value	R-Square	Adjusted R Square
1	Turnover Intention	Burnout	0.750	15.399	0.000	0.563	0.561
2	Job Satisfaction	Burnout	-0.505	-7.938	0.000	0.255	0.251
3	Turnover Intention	Burnout	0.653	11.921	0.000	0.591	0.586
		Job Satisfaction	-0.192	-3.508	0.001		

The numbers in the Figure represent Standardized Regression Coefficients. $**p < 0.001$.

The indirect effect of burnout on turnover intention is equal to the product burnout job satisfaction path and job satisfaction turnover intention i.e. $(-0.505) (-0.192) = 0.097$.

The findings also revealed a partial negative mediating effect of job satisfaction on the relationship between burnout and turnover intention, which means that turnover intention (dependent variable) decreases as burnout (independent variable) and job satisfaction (mediating variable) increase in MZH nurses. In another word, MZH in UAE should focus on increasing nurses' job satisfaction during burnout in order to reduce their turnover intention.

The Sobel test is used to determine the significance of the indirect effect (Barron and Kenny, 1986). An online Sobel test calculator (<http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm>) is used for this purpose. The results showed that the indirect effect of burnout on turnover intention via job satisfaction is significant, with $p < 0.0001$ and a test statistics value of 3.183. This further strengthens the hypothesis that job satisfaction partially mediates the relationship between burnout and turnover intention (See Figure 3).

Figure 3. Sobel Test Results

Input:		Test statistic:	Std. Error:	p-value:
a	-0.750	Sobel test: 3.18302387	0.0377	0.00145746
b	-0.160	Arolian test: 3.16185292	0.03795243	0.00156769
s _a	0.095	Goodman test: 3.20462586	0.03744587	0.00135238
s _b	0.046	Reset all	Calculate	

Where a = raw (un-standardized) regression coefficient for the relationship between IV and mediator.
 b = the raw coefficient describing the relationship between the mediator and the DV (when the IV is also a predictor of the DV).

IX. CONCLUSIONS, RECOMMENDATIONS, AND LIMITATIONS

9.1. Conclusions

The findings revealed a partial negative mediating effect of job satisfaction on the relationship between burnout and turnover intention, which means that turnover intention decreases as burnout and job satisfaction increase in MZH nurses. The findings of this study confirm the results of similar investigations in earlier reports (Visser et al., 2003; Wu et al., 2021). In line with earlier studies, our results recognized the same outcome, that overall increase the level of burnout also results in a higher turnover intention rate and low job satisfaction percentage. Generally, many research findings say that contented individuals stay relatively longer in a company. Like any other institution, low satisfaction and high turnover are considered serious concerns, because this may negatively affect the development and progress of the organization. As a result, it's critical that their organization prioritizes their morale and well-being. In the sense that one influences the other, stress and job satisfaction are linked. When a nurse is unsatisfied, burnout sets in; and when a nurse is burned out owing to a variety of unfavorable working conditions, hospital management can only expect turnover intentions. In either case, it produces financial problems for management and, more importantly, it has an impact on the quality of healthcare, thus both should be addressed with appropriate solutions. Therefore, it is suggested that Madinat Zayed Hospital's healthcare policies be evaluated in order to maintain a responsive approach to the hospital's difficulties with high nursing turnover intentions.

9.2. Recommendations

Nurses play a critical role in providing high-quality healthcare and increasing our community's health and well-being. They are on the frontline, providing 24-hour care, and their devotion and expertise are essential for providing safe and compassionate care. Within the light of this review, nurses should be able to identify and recognize their stressors early in order to prevent them from burnout or post-traumatic stress. Moreover, nurses should focus on their own health and wellbeing, caring for themselves which would consequently decrease the level of burnout and promote quality care. Also, management should provide nurses with educational opportunities for further learning and development of their skills. According to the findings, management should provide certain recommendations to help nurses overcome burnout and the desire to leave and MZH in UAE should focus on increasing nurses' job satisfaction during burnout in order to reduce their turnover intention. These are recommendations listed below: 1. Reduced nurse-to-patient ratios may necessitate hiring more people, but the cost might be

countered by other issues including high nurse turnover, poor quality of care resulting in low patient satisfaction. 2. Health care management should be more cautious about staff satisfaction and their wellbeing in order to restrain nurses. Supervisors and nurse managers must conduct supervisory sessions and meetings to consider nurses' problems and assess their workload. 3. Hospital decision-makers must define and understand what makes their employees happy and relieves stress by providing opportunities to all nurses and not threatening job terminations at all times. 4. Before making any decisions, there should be extensive discussion, and employees should be allowed to express their views on issues that affect them. This will make it easier to resolve problems and increase customer satisfaction. Mandatory employee incentive programs, annual increments and job promotions, and improved healthcare insurance can help healthcare management attract new nurses while also encouraging new nurses to stay on the job and provide high-quality care to patients. Employees are, after all, the most important asset of any organization, so it is essential that companies consider them. Organizations can only do so much with their employees if they understand the attrition intent and the variables that contribute to it. Therefore, by doing research, evaluation, and policy revision this can be achieved.

6.3. Limitations

This study does have its limitations, although this research had positive benefits for nurses working at Madinat Zayed Hospital in the United Arab Emirates, there may be some limitations to consider. Initially, this study was intended to be conducted in all six hospitals managed by Al Dhafra Hospitals. However, we were only given the approval to conduct the research in Madinat Zayed Hospital. Additionally, due to the delay in getting approval of the research by the hospital administration, there was a limited amount of time spent on this study. Furthermore, Individuals of various nationalities are among the participants in this survey, which may lead to a lack of comprehension of the questions. Lastly, the honesty of the participant, lack of willingness to participate in the survey related to confidentiality, fear of the unknown, as well as lack of knowledge and awareness regarding burnout, job satisfaction, and turnover intention among nurses. This limitation should be addressed in future studies using different research approaches. It is important to reinforce this study in all areas of specialty in Nursing. Given the known negative effects of burnout on nurses' well-being, the patients they serve, and the healthcare system, further research is needed to develop, implement, and assess the study's efficacy in preventing burnout in this professional group. Therefore, consideration should also be given to the sample and conditions of the study.

6.4. Theoretical and Practical Implications

This study can be viewed as an attempt to contribute to a better understanding of the burnout, job satisfaction, and turnover intention factors that lead to a hospital's reduced productivity in general and, as a result, enhanced competitive advantage. This concept is extremely useful for researchers interested in turnover rates. The study's main contribution is should monitor job satisfaction and control burnout well so can prevent turnover intention. Especially that to the author's knowledge, this is the first study to look at the function of job satisfaction as a mediating factor in the link between burnout and turnover intention. According to the current study, job satisfaction acts as a mediate in the association between burnout and turnover intention. As a result, this study provides empirical evidence for the theoretical importance of burnout and job satisfaction in predicting turnover intention among MZH nurses. The model's predictors of job satisfaction point to action points for nursing administrators. First, stress's significant contribution encourages initiatives to maintain a manageable workload and workplace health. Nurses who are in good physical and mental health are less likely to leave their jobs. Second, the findings encourage nursing leaders to promote a nursing care model that improves the perceived fairness of professional and organizational values in their hospitals. Finally, the strong relationship between reward and job satisfaction encourages leaders to create systems for recognizing and acknowledging nurses' contributions in ways that they consider fair and meaningful. A systematic employee survey that includes a valid assessment of burnout and job satisfaction areas provides managers with the information they need to put such a strategy in place in their workplace. The current study has important implications

for hospitals in terms of developing policies regarding the managerial side, training, and strategies. According to the findings of this study, job satisfaction has a significant impact on nurses' intentions to leave their jobs. In light of this study, hospitals can improve their employees' intentions to stay. Furthermore, this study can be applied to other cultural and demographic contexts to reduce employee turnover intentions.

6.5. Future Research Directions

The primary goal of the study was met, and the study validates that it improves the reduction of the turnover rate in MZH nurses. The study discovers that job satisfaction mediates the relationship between burnout and intention to leave. The recent study found only one factor (job satisfaction) to be a mediating variable in the relationship between burnout and turnover intention, but there may be other factors that mediate or moderate the relationship between those two variables. Future research can concentrate on other potential mediators such as job stress, organizational commitment, and workload. Nevertheless, because our understanding of turnover intention is improving as a result of the investigation of mediator or moderator factors in relation to burnout, different organizational or attitudinal variables may be the subject of future studies.

REFERENCES

- Al Maqbali, M. A. (2015). Job satisfaction of nurses in a regional hospital in Oman: A cross sectional survey. *The Journal of Nursing Research*, 23(3), 206-216.
- Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I., & Yilmaz, U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(5), 543-548.
- Al Hakami, I. Y., & Baker, O. G. (2018). Exploring the factors influencing the nurse's work motivation. *The Iris Journal of Nur and Car*, 1(1), 503-505.
- AlMaaitah, R., AbuAlRub, R. F., & Al Blooshi, S. (2018). Practice environment as perceived by nurses in acute care hospitals in Sharjah and North Emirates. *International Nursing forum*, 5(32), 213-222.
- AlYateem, N., Almarzouqi, A., Dias, J. M., Saifan, A., & Timmins, F. (2021). Nursing in the United Arab Emirates: Current challenges and opportunities. *Journal of Nursing Management*, 29(2), 109-112.
- Amponsah-Tawiah, K., Annor, F., & Arthur, B. G. (2016). Linking commuting stress to job satisfaction and turnover intention: The mediating role of burnout. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 31(2), 104-123.
- Barron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 11-73.
- Bekker, M. H., Croon, M. A., & Bressers, B. (2005). Childcare involvement, job characteristics, gender and work attitudes as predictors of emotional exhaustion and sickness absence. *Work & Stress*, 19(3), 221-237.
- Bernard, N. (2021). The relationships between resilience, job satisfaction, and anticipated turnover in CNOs. *The Journal of Nurse Leader*, 19(1), 101-107.

- Bernd, D. C., & Beuren, I. M. (2021). Self-perceptions of organizational justice and burnout in attitudes and behaviors in the work of internal auditors. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, 23, 422-422.
- Bing, Z., Lei, Z., & Na, Z. (2013). Research on the relationship between job burnout and turnover intention among clinical nurses born in the 80s. *Journal of Nursing Science*, 28(8), 16-18.
- Blankertz, L. E., & Robinson, S. E. (1997). Turnover intentions of community mental health workers in psychosocial rehabilitation services. *The Community Mental Health Journal*, 33(6), 517-529.
- Bothma, C. F., & Roodt, G. (2013). The validation of the turnover intention scale. *SA Journal of Human Resource Management*, 11(1), 1-12.
- Bratt, M. M., Broome, M., Kelber, S., & Lostocco, L. (2000). Influence of stress and nursing leadership on job satisfaction of pediatric intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 9(5), 307.
- Burke, R. J., Ng, E. S., & Wolpin, J. (2015). Economic austerity and healthcare restructuring: correlates and consequences of nursing job insecurity. *The International Journal of Human Resource Management*, 26(5), 640-656.
- Bussing, A., Bissels, T., Fuchs, V., & Perrar, K. M. (1999). A dynamic model of work satisfaction: Qualitative approaches. *Human Relations*, 52(8), 999-1028.
- Campion, M. A. (1991). Meaning and measurement of turnover: Comparison of alternative measures and recommendations for research. *Journal of Applied Psychology*, 76(2), 199.
- Cañadas-De la Fuente G.A., Vargas C., San Luis C., García I., Cañadas G.R., & De La Fuente E.I. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Study*, 52, 240-249.
- Caricati, L., Sala, R. L., Marletta, G., Pelosi, G., Ampollini, M., Fabbri, A., & Mancini, T. (2014). Work climate, work values and professional commitment as predictors of job satisfaction in nurses. *Journal of Nursing Management*, 22(8), 984-994.
- Castaneda, G. A., & Scanlan, J. M. (2014). Job satisfaction in nursing: A concept analysis. *International Nursing Forum*, 49(2), 130-138.
- Chang, C. S. (2015). Moderating effects of nurses' organizational support on the relationship between job satisfaction and organizational commitment. *Western Journal of Nursing Research*, 37(6), 724-745.
- Chen, X., Ran, L., Zhang, Y., Yang, J., Yao, H., Zhu, S., & Tan, X. (2019). Moderating role of job satisfaction on turnover intention and burnout among workers in primary care institutions: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19(1), 1-10.
- Chin, W., Guo, Y. L. L., Hung, Y. J., Hsieh, Y. T., Wang, L. J., & Shiao, J. S. C. (2019). Workplace justice and intention to leave the nursing profession. *Nursing Ethics*, 26(1), 307-319.
- Choong, Y. O., Keh, C. G., Tan, Y. T., & Tan, C. E. (2013). Impacts of demographic antecedents toward turnover intention amongst academic staff in Malaysian private universities. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences*, 7(6), 46-54.

- Cicolini, G., Comparcini, D., & Simonetti, V. (2014). Workplace empowerment and the nurses' job satisfaction: a systematic literature review. *The Journal of Nursing Management*, 22(7), 855-871.
- Cimiotti, J. P., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Wu, E. S. (2012). Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *American Journal of Infection Control*, 40(6), 486-490.
- Cook, A. F., Hoas, H., Guttmanova, K., & Joyner, J. C. (2004). An error by any other name. *AJN the American Journal of Nursing*, 104(6), 32-43.
- Del Carmen Pérez-Fuentes, M., Gázquez, J. J., Del Mar Molero, M., Oropesa, N. F., & Martos, Á. (2020). Violence and job satisfaction of nurses: importance of a support network in healthcare. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 13(1), 21-28.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 454-464.
- Dewanto, A., & Wardhani, V. (2018). Nurse turnover and perceived causes and consequences: a preliminary study at private hospitals in Indonesia. *The BMC Nursing*, 17(2), 1-7.
- Drake, B., & Yadama, G. N. (1996). A structural equation model of burnout and job exit among child protective services workers. *Social Work Research*, 20(3), 179-187.
- Dwinijanti, L., Adhikara, M. A., Kusumapradja, R., & PPs, M. A. R. S. (2020). Job satisfaction and turnover intention among public sector nurses: Is workload and burnout the issue? *JEMA: Jurnal Ilmiah Bidang Akuntansidan Manajemen*, 17(1), 67-77.
- Elbarazi, I., Loney, T., Yousef, S., & Elias, A. (2017). Prevalence of and factors associated with burnout among health care professionals in Arab countries: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-10.
- El Haddad, M. (2006). Nursing in the United Arab Emirates: an historical background. *International Nursing Review*, 53(4), 284-289.
- El-Jardali, F., Dimassi, H., Dumit, N., Jamal, D., & Mouro, G. (2009). A national cross-sectional study on nurses' intent to leave and job satisfaction in Lebanon: implications for policy and practice. *BMC Nursing*, 8(1), 1-13.
- Estryn-Béhar, M., Van der Heijden, B. I., Ogińska, H., Camerino, D., Le Nézet, O., Conway, P. M. & Hasselhorn, H. M. (2007). The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Medical Care*, 939-950.
- Faraji, O., Ramazani, A. A., Hedaiati, P., Aliabadi, A., Elhamirad, S., & Valiee, S. (2015). Relationship between job characteristics and organizational commitment: a descriptive analytical study. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(11), e19815.
- Firmin, R. L., Luther, L., Lysaker, P. H., Minor, K. S., & Salyers, M. P. (2016). Stigma resistance is positively associated with psychiatric and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 175(1-3), 118-128.
- Gasparino, R. C., de Brito Guirardello, E., & Aiken, L. H. (2011). Validation of the Brazilian version of the nursing work index revised. *Journal of Clinical Nursing*, 20(24), 3494-3501.

- Hellman, C. M. (1997). Job satisfaction and intent to leave. *The Journal of Social Psychology, 137*(6), 677-689.
- Hong, E., & Lee, Y. S. (2016). The mediating effect of emotional intelligence between emotional labor, job stress, burnout and nurses' turnover intention. *International Journal of Nursing Practice, 22*(6), 625-632.
- Hongxia, L., Yongbin, F., Shuicheng, T., Fen, L., & Huan, L. (2014). Study on the job stress of miners. *Procedia Engineering, 84*, 239-246.
- Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, S., & Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders, 75*(3), 209-221.
- Iglesias, M. E. L., de Bengoa Vallejo, R. B., & Fuentes, P. S. (2010). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 47*(1), 30-37.
- Intaraprasong, B., Potjanasitt, S., Pattaraarchachai, J., & Meennuch, C. (2012). Situational leadership styles, staff nurse job characteristics related to job satisfaction and organizational commitment of head nurses working in hospitals under the jurisdiction of the Royal Thai Army. *Journal of the Medical Association of Thailand Chotmaihet Thangphaet, 95*, 109-19.
- Jones, C. B. (2008). Revisiting nurse turnover costs: Adjusting for inflation. *JONA: The Journal of Nursing Administration, 38*(1), 11-18.
- Kalliath, T., & Morris, R. (2002). Job satisfaction among nurses: a predictor of burnout levels. *JONA: The Journal of Nursing Administration, 32*(12), 648-654.
- KanaiPak, M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Poghosyan, L. (2008). Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *Journal of Clinical Nursing, 17*(24), 3324-3329.
- Kaya, H., & Abdioğlu, H. (2010). An empirical study on employee turnover tendency. *TODAYE's Review of Public Administration, 4*(4), 141-183.
- Kelly, L. A., & Lefton, C. (2017). Effect of meaningful recognition on critical care nurses' compassion fatigue. *American Journal of Critical Care, 26*(6), 438-444.
- Khajuria, H., & Nayak, B. P. (2018). Occupational stress and productivity-A forensic perspective. *Asian Journal of Psychiatry, 31*, 88-89.
- Kinnunen, U., Mauno, S., Nätti, J., & Happonen, M. (2000). Organizational antecedents and outcomes of job insecurity: A longitudinal study in three organizations in Finland. *Journal of Organizational Behavior, 21*(4), 443-459.
- Koivula, M., Paunonen-Ilmonen, M., & Laippala, P. (2000). Working community as the basis of the quality of care. *The International Journal of Nursing Practice, 6*(4), 174-182.
- Köse, A. P. D. T. (2014). The effect of employees' perceptions of organizational justice on organizational citizenship behavior: an application in Turkish Public Hospital. *Journal of Human Resources, 2*, 129-48.
- Kovner, C. T., Brewer, C. S., Fatehi, F., & Jun, J. (2014). What does nurse turnover rate mean and what is the rate? *Policy, Politics, & Nursing Practice, 15*(3-4), 64-71.

- Labrague, L. J., & De los Santos, J. A. A. (2020). COVID- 19 anxiety among front- line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *Journal of Nursing Management*, 28(7), 1653-1661.
- Labrague, L. J., Gloe, D., McEnroe, D. M., Konstantinos, K., & Colet, P. (2018). Factors influencing turnover intention among registered nurses in Samar Philippines. *Applied Nursing Research*, 39, 200-206.
- Landsman, M. J. (2001). Commitment in public child welfare. *Social Service Review*, 75(3), 386-419.
- Lang, G. M., Pfister, E. A., & Siemens, M. J. (2010). Nursing burnout: cross-sectional study at a large army hospital. *The Journal of Military medicine*, 175(6), 435-441.
- Lasebikan V. O., & Oyetunde M. O. (2012). Burnout among nurses in a Nigerian General Hospital: prevalence and associated factors. *ISRN Nurses*, 40, 1-6.
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123.
- Leiter, M. P., Harvie, P., & Frizzell, C. (1998). The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *The Journal of Social Science and Medicine*, 47(10), 1611-1617.
- Li, H., Yuan, B., Wang, D., & Meng, Q. (2019). Motivating factors on performance of primary care workers in China: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(11), e028619.
- Li, X., Lu, J., Hu, S., Cheng, K. K., De Maeseneer, J., Meng, Q., & Hu, S. (2017). The primary health-care system in China. *The Lancet*, 390 (10112), 2584-2594.
- Liang, B., & Turkcan, A. (2016). Acuity-based nurse assignment and patient scheduling in oncology clinics. *The Journal of Health Care Management Science*, 19(3), 207-226.
- Lindblom, K. M., Linton, S. J., Fedeli, C., & Bryngelsson, L. (2006). Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(1), 51-59.
- Locke, E. A. (1969). What is job satisfaction? *Organizational Behavior and Human Performance*, 4(4), 309-336.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990). Work motivation and satisfaction: Light at the end of the tunnel. *The Journal of Psychological Science*, 1(4), 240-246.
- Macdonald, S., & MacIntyre, P. (1997). The generic job satisfaction scale: Scale development and its correlates. *Employee Assistance Quarterly*, 13(2), 1-16.
- Marć, M., Bartosiewicz, A., Burzyńska, J., Chmiel, Z., & Januszewicz, P. (2019). A nursing shortage— a prospect of global and local policies. *International Nursing Review*, 66(1), 9-16.
- Madigan, D. J., & Kim, L. E. (2021). Towards an understanding of teacher attrition: A meta-analysis of burnout, job satisfaction, and teachers' intentions to quit. *Teaching and Teacher Education*, 105, 103425.
- Martin, U., & Schinke, S. P. (1998). Organizational and individual factors influencing job satisfaction and burnout of mental health workers. *Social Work in Health Care*, 28(2), 51-62.

- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12(7), 837-851.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
- Mobley, W. H. (1977). Intermediate linkages in the relationship between job satisfaction and employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, 62(2), 237.
- Morazes, J. L., Benton, A. D., Clark, S. J., & Jacquet, S. E. (2010). Views of specially-trained child welfare social workers: A qualitative study of their motivations, perceptions, and retention. *Qualitative Social Work*, 9(2), 227-247.
- Mosadeghrad, A. M. (2013). The Quality of working life: an antecedent to the employee turnover intention. *The International Journal of Health Policy and Management*, 1(1), 43.
- Nashwan, A. J., Abujaber, A. A., Villar, R. C., Nazarene, A., Al-Jabry, M. M., & Fradelos, E. C. (2021). Comparing the impact of COVID-19 on nurses' turnover intentions before and during the pandemic in Qatar. *Journal of Personalized Medicine*, 11(6), 456.
- Nogueira, L. D. S., Sousa, R. M. C. D., Guedes, E. D. S., Santos, M. A. D., Turrini, R. N. T., & Cruz, D. D. A. L. M. D. (2018). Burnout and nursing work environment in public health institutions. *Revistabrasileira de Enfermagem*, 71, 336-342.
- Nora, K., Zsuzsanna, K., Laszlo, M., Monika, T., Tunde, E., & Ilona, P. S. (2011). The symptoms of burn out syndrome and the examination of dysfunctional attitudes in medical employees. *In Psychology and Health*, 26, 151-151.
- Oshodi, T. O., Bruneau, B., Crockett, R., Kinchington, F., Nayar, S., & West, E. (2019). Registered nurses' perceptions and experiences of autonomy: a descriptive phenomenological study. *BMC Nursing*, 18(1), 1-14.
- Owolabi, A. B. (2012). Effect of organizational justice and organizational environment on turn-over intention of health workers in Ekiti state, Nigeria. *Research in World Economy*, 3(1), 28.
- Panunto, M. R., & Guirardello, E. D. B. (2013). Professional nursing practice: the environment and emotional exhaustion among the intensive care nurses. *The Revistalatio-Americana de Enfermagem*, 21, 765-772.
- Parker, P. A., & Kulik, J. A. (1995). Burnout, the self-and supervisor-rated job performance, and absenteeism among the nurses. *The Journal of Behavioral Medicine*, 18(6), 581-599.
- Peng, J. C., Lee, Y. L., & Tseng, M. M. (2014). Person-organization fit and turnover intention: Exploring the mediating effect of work engagement and the moderating effect of demand-ability fit. *Journal of Nursing Research*, 22(1), pp. 1-11.

- Perry L., Xu X., Duffield C., Gallagher R., Nicholls R., & Sibbritt D. (2017). Health, workforce characteristics, quality of life and intention to leave: The 'Fit for the Future'. *Survey of Australian nurses and midwives. Journal of Advanced Nursing*, 73(11), 2745–2756.
- Peters, D. H., Chakraborty, S., Mahapatra, P., & Steinhardt, L. (2010). Job satisfaction and motivation of health workers in public and private sectors: cross-sectional analysis from two Indian states. *Human Resources for Health*, 8(1), 1-11.
- Piko, B. F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 311-318.
- Pillemer, K., & Moore, D. W. (1989). Abuse of patients in nursing homes: Findings from a survey of staff. *The Gerontologist*, 29(3), 314-320.
- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., & Aiken, L. H. (2010). Nurse burnout and quality of care: Cross national investigation in six countries. *Research in Nursing & Health*, 33(4), 288-298.
- Porter, L. W., & Steers, R. M. (1973). Organizational, work, and personal factors in employee turnover and absenteeism. *Psychological Bulletin*, 80(2), 151.
- Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 168-185.
- Queiros C., Carlotto M. S., Kaiseler M., Dias S., & Pereira A. M. (2013). Predictors of burnout among nurses: An interactionist approach. *Psicothema*, 25, 330-335.
- Ran, L., Chen, X., Peng, S., Zheng, F., Tan, X., & Duan, R. (2020). Job burnout and turnover intention among Chinese primary healthcare staff: the mediating effect of satisfaction. *BMJ Open*, 10(10), e036702.
- Rizzo, J. R., House, R. J., & Lirtzman, S. I. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 150-163.
- Roche, M. A., Duffield, C. M., Homer, C., Buchan, J., & Dimitrelis, S. (2015). The rate and cost of nurse turnover in Australia. *Collegian*, 22(4), 353-358.
- Salyers, M. P., Fukui, S., Rollins, A. L., Firmin, R., Gearhart, T., Noll, J. P., & Davis, C. J. (2015). Burnout and self-reported quality of care in community mental health. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(1), 61-69.
- Sasso, L., Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Aleo, G., & Watson, R. (2019). Push and pull factors of nurses' intention to leave. *Journal of Nursing Management*, 27(5), 946-954.
- Scanlan, J. N., & Still, M. (2019). Relationships between burnout, turnover intention, job satisfaction, job demands and job resources for mental health personnel in an Australian mental health service. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-11.
- Scanlan, J. N., & Still, M. (2013). Job satisfaction, burnout and turnover intention in occupational therapists working in mental health. *Australian Occupational Therapy Journal*, 60(5), 310-318.
- Seo, J. W., Kang, M. R., & Je, N. J. (2019). A study on the factors influencing burnout of psychiatric ward nurses-violence experience, violence coping, social support. *Journal of The Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, 20(7), 393-405.

- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G. J., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., & Freischlag, J. A. (2009). Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Annals of Surgery, 250*(3), 463-471.
- Shimizu, T., Feng, Q., & Nagata, S. (2005). The relationship between turnover and burnout among the Japanese hospital nurses. *The Journal of Occupational Health, 47*(4), 334-336.
- Shirey, M. R. (2006). Stress and coping in nurse managers: two decades of research. *Nursing Economics, 24*(4), 193.
- Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management, 13*(2), 176.
- Shukla, U. N., & Kulshreshtha, S. K. (2020). United Arab Emirates as a global medical tourism destination: An explorative study. In *Global Developments in Healthcare and Medical Tourism, 277-290*.
- Soliman, S. A. Y. (2017). *Assessment of relationship between health service providers' satisfaction and customers' satisfaction in private sector* (Doctoral Dissertation). Sudan University of Science & Technology, Sudan.
- Soto-Rubio, A., Giménez-Espert, M. D. C., & Prado-Gascó, V. (2020). Effect of emotional intelligence and psychosocial risks on burnout, job satisfaction, and nurses' health during the covid-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(21), 79-98.
- Spooner-Lane, R., & Patton, W. (2007). Determinants of burnout among public hospital nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing, 25*(1), 8-16.
- Stanton Rich, H. M., & Iso Ahola, S. E. (1998). Burnout and leisure. *Journal of Applied Social Psychology, 28*(21), 1931-1950.
- Stefanie, K., Suryani, E., & Maharani, A. (2020). Flexible work arrangement, work life balance, Kepuasan Kerja, dan Loyalitas Karyawan Pada Situasi Covid-19. *Jurnal Ilmiah MEA (Manajemen, Ekonomi, & Akuntansi), 4*(3), 1725-1750.
- Tang, M., Jennie Soo, H. S., & Chuah, C. W. (2018). A comprehensive profile analysis of the effect of job embed dedness on turnover intention among new generation of rural migrant workers in China: Based on PLS-SEM. *Advances in Social Sciences Research Journal, 5*(8), 264-279.
- Tourani, S., Khosravizadeh, O., Omrani, A., Sokhanvar, M., Kakemam, E., & Najafi, B. (2016). The relationship between organizational justice and turnover intention of hospital nurses in Iran. *Materia Socio-Medica, 28*(3), 205.
- Trepanier, S., Early, S., Ulrich, B., & Cherry, B. (2012). New graduate nurse residency program: a cost-benefit analysis based on turnover and contract labor usage. *Nursing Economics, 30*(4), 207-215.
- Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *The Medical Care, 42*(2), 57.
- Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S. M., & Clarke, S. P. (2013). The relationship between nurse practice environment, nurse work characteristics, burnout and job outcome and quality of nursing care: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies, 50*(12), 1667-1677.

- Van Bogaert, P., Timmermans, O., Weeks, S. M., van Heusden, D., Wouters, K., & Franck, E. (2014). Nursing unit teams matter: impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events—A cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, 51(8), 1123-1134.
- Van den Heede, K., & Aiken, L. H. (2012). Nursing workforce a global priority area for health policy and health services research: a special issue. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 141-142.
- Vandenberg, R. J., & Nelson, J. B. (1999). Disaggregating the motives underlying turnover intentions: when do intentions predict turnover behavior. *Human Relations*, 52(10), 1313-1336.
- Varjus, S. L., LeinoKilpi, H., & Suominen, T. (2011). Professional autonomy of nurses in hospital settings—a review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 201-207.
- Verdonk, P., Hooftman, W. E., Van Veldhoven, M. J., Boelens, L. R., & Koppes, L. L. (2010). Work-related fatigue: the specific case of highly educated women in the Netherlands. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 83(3), 309-321.
- Victoria, O., & Olalekan, U. (2016). Effects of demographic factors on employee intention to leave in selected private universities in Southwest Nigeria. *The International Journal of Business and Management*, 4(10), 322-330.
- Violante, S., Benso, P. G., Gerbaudo, L., & Violante, B. (2009). Correlation between job satisfaction and stress factors, burn-out and psychosocial well-being among nurses working in different healthcare settings. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 31(1), 36-44.
- Visser, M. R., Smets, E. M., Oort, F. J., & De Haes, H. C. (2003). Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Cmaj*, 168(3), 271-275.
- Wang, E. (2017). Requests for cesarean deliveries: the politics of labor pain and pain relief in Shanghai, China. *Social Science & Medicine*, 173, 1-8.
- Wang, E. T., Cody, N. A., Jog, S., Biancolella, M., Wang, T. T., Treacy, D. J., & Burge, C. B. (2012). Transcriptome-wide regulation of pre-mRNA splicing and mRNA localization by muscle blind proteins. *Cell*, 150(4), 710-724.
- Wang, H., Jin, Y., Wang, D., Zhao, S., Sang, X., & Yuan, B. (2020). Job satisfaction, burnout, and turnover intention among primary care providers in rural China: results from structural equation modeling. *BMC Family Practice*, 21(1), 1-10.
- Wang, H., Tang, C., Zhao, S., Meng, Q., & Liu, X. (2017). Job satisfaction among health-care staff in township health centers in rural China: results from a latent class analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(10), 1101.
- Weng, H. C., Hung, C. M., Liu, Y. T., Cheng, Y. J., Yen, C. Y., Chang, C. C., & Huang, C. K. (2011). Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction. *Medical Education*, 45(8), 835-842.
- Willan, J., King, A. J., Jeffery, K., & Bienz, N. (2020). Challenges for NHS hospitals during covid-19 epidemic. *BMJ*, 368, 1117.

- Witte, H. D. (1999). Job insecurity and psychological well-being: Review of the literature and exploration of some unresolved issues. *European Journal of work and Organizational psychology*, 8(2), 155-177.
- Wright, T. A., & Bonett, D. G. (1992). The effect of turnover on work satisfaction and mental health: Support for a situational perspective. *Journal of Organizational Behavior*, 13(6), 603-615.
- Wu, F., Ren, Z., Wang, Q., He, M., Xiong, W., Ma, G., & Zhang, X. (2021). The relationship between job stress and job burnout: the mediating effects of perceived social support and job satisfaction. *Psychology, Health & Medicine*, 26(2), 204-211.
- Yanchus, N. J., Periard, D., & Osatuke, K. (2017). Further examination of predictors of turnover intention among mental health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(1), 41-56.
- Yang, H., Lv, J., Zhou, X., Liu, H., & Mi, B. (2017). Validation of work pressure and associated factors influencing hospital nurse turnover: a cross-sectional investigation in Shaanxi Province, China. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-11.
- Yin, W., Wang, Z., Fan, Y., Tian, J., Qin, S., Sun, K., & Li, Y. (2008). Analysis of current situation and influencing factors of job burnout of doctors. *Chin J Hosp Admin*, 24(3), 184-187.
- Ylitörmänen, T., Turunen, H., Mikkonen, S., & Kvist, T. (2019). Good nurse–nurse collaboration implies high job satisfaction: A structural equation modeling approach. *Nursing Open*, 6(3), 998-1005.
- Zaccaro, S. J., Rittman, A. L., & Marks, M. A. (2001). Team leadership. *The Leadership Quarterly*, 12(4), 451-483.
- Zhang, Y., Wu, J., Fang, Z., Zhang, Y., & Wong, F. K. Y. (2017). Newly graduated nurses' intention to leave in their first year of practice in Shanghai: A longitudinal study. *Nursing Outlook*, 65(2), 202-211.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ETİK LİDERLİK ALGISININ BİLGİ PAYLAŞIMI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNDE ÖRGÜTSEL İLETİŞİMİN ARACILIK ROLÜ

Murat BAŞ*

ÖZ

Bu araştırma sağlık sektöründeki yöneticilerin etik davranışlarının, sağlık çalışanlarının bilgi paylaşımı üzerindeki etkisini incelemeye odaklanmıştır. Etik liderlik, işine özen gösteren, çalışanlarına adil davranan ve çalışanlarına ahlaki olarak etik davranan liderlerdir. Bilgi paylaşımı, bireyin sahip olduğu bilgi ve tecrübesini başkalarıyla paylaşması olarak ifade edilebilir. Örgütsel iletişim ise, çalışanların ortak bir amaç doğrultusunda, sahip oldukları bilgi, duygu ve düşüncelerini birbirleriyle paylaşması olarak ifade edilebilir. Bu araştırmanın amacı etik liderlik, bilgi paylaşımı ve örgütsel iletişim değişkenleri arasındaki ilişkilerin yanı sıra, etik liderliğin bilgi paylaşımı üzerindeki etkisinde örgütsel iletişimin aracılık rolünü incelemektir. Bu amaçla araştırma Erzincan İl Sağlık Müdürlüğü ve bağlı birimlerinde görev yapan 268 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında elde edilen veriler SPSS 22, AMOS 23 ve SPSS PROCESS MACRO analiz programları kullanılarak analiz edilmiştir. Sonuç olarak, etik liderliğin bilgi paylaşımı ve örgütsel iletişimle pozitif yönlü ilişkili olduğu, ayrıca, örgütsel iletişimle bilgi paylaşımı arasında pozitif ilişkinin bulunduğu tespit edilmiştir. Araştırmada aracılık modelinin incelenmesi sonucunda ise, etik liderlikle bilgi paylaşımı arasındaki ilişkide örgütsel iletişimin kısmi aracılık rolünün bulunduğu saptanmıştır. Elde edilen sonuçlarla sağlık sektör yöneticilerine tavsiyelerde bulunulmuştur. Sektör yöneticileri çalışanlarına bilgi alışverişinin ve iletişimin örgüt içindeki önemini anlatmalı, çalışanlarına karşı adil, ahlaki ve eşit mesafeli davranışlar sergilemelidir. Ayrıca bu sektörde faaliyet gösteren örgütlerin örgütsel iletişimi ve çalışanlarının bilgi paylaşımını artırmaya yönelik politikalar geliştirmeleri yönünde önerilerde bulunulmuştur. Literatür incelemesinde, etik liderliğin örgütsel iletişime doğrudan etkisi ile etik liderlik ve bilgi paylaşımı arasındaki ilişkide örgütsel iletişimin aracılık rolünü daha önce araştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Dolayısıyla, bu çalışmanın literatüre önemli bir kaynak ve katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Etik liderlik, örgütsel iletişim, bilgi paylaşımı, sağlık çalışanları.

MAKALE HAKKINDA

* Doç. Dr., Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, murat.bas@erzincan.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-9479-4571>

Gönderim Tarihi: 21.03.2022

Kabul Tarihi: 24.11.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Baş, M. (2023). Sağlık çalışanlarının etik liderlik algısının bilgi paylaşımı üzerindeki etkisinde örgütsel iletişimin aracılık rolü. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 29-48

THE MEDIATING ROLE OF ORGANIZATIONAL COMMUNICATION IN THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH EMPLOYEES' ETHICAL LEADERSHIP PERCEPTIONS AND KNOWLEDGE SHARING

Murat BAŞ *

ABSTRACT

This research focused on examining the effect of the ethical behaviors of managers in the health sector on the knowledge sharing of health employees. Ethical leadership is leaders who take care of their work, treat their employees fairly, and treat their employees ethically.. Knowledge sharing can be expressed as sharing the knowledge and experience that an individual has with others. Organizational communication, on the other hand, can be expressed as the sharing of information, feelings and thoughts that they have with each other in line with a common purpose. The main purpose of this research is to investigate the relationships between ethical leadership, knowledge sharing, and organizational communication, and to reveal the mediating role of organizational communication in the effect of ethical leadership on knowledge sharing. For this purpose, the research was carried out with 268 health employees working in Erzincan Provincial Health Directorate and its affiliated units. Data obtained within the scope of the research were analyzed using SPSS 22, AMOS 23, and SPSS PROCESS MACRO analysis programs. Following the research, it was found that ethical leadership is positively related to knowledge sharing and organizational communication and that there is a positive relationship between organizational communication and knowledge sharing. As a result of examining the mediation model in the research, it was determined that organizational communication has a partial mediating role in the relationship between ethical leadership and knowledge sharing. With the results obtained, recommendations were made to health sector managers. Sector managers should explain to their employees the importance of information exchange and communication within the organization, and exhibit fair, moral and equidistant behaviors towards their employees. In the literature review, no study has been found that has previously investigated the mediating role of organizational communication in the relationship between the direct effect of ethical leadership on organizational communication and the relationship between ethical leadership and knowledge sharing. Therefore, it is thought that this study will provide an important source and contribution to the literature.

Keywords: Ethical leadership, organizational communication, knowledge sharing, health employees.

ARTICLE INFO

* Assoc. Prof., Erzincan Binali Yıldırım University, Department of Health Management, murat.bas@erzincan.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-9479-4571>

Received: 21.03.2022

Accepted: 24.11.2022

Cite This Paper:

Baş, M. (2023). Sağlık çalışanlarının etik liderlik algısının bilgi paylaşımı üzerindeki etkisinde örgütsel iletişimin aracılık rolü. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 29-48

I. GİRİŞ

Örgütlerde “etik” kavramı kültürel olarak doğru veya yanlış kabul edilen, yazılı veya yazılı olmayan normları kapsamaktadır (Sarwar vd., 2020). Örgütlerde etkili ve ilham verici liderlerin, takipçilerini motive ederken genellikle idealist vizyonlara ve ikna edici iletişim tarzlarına sahip olmaları beklenir. Ancak etik davranış, bir liderin güvenilirliği ve takipçileri üzerinde bir etkiye sahip olabilmeleri için kritik öneme sahiptir (Piccolo vd., 2010). Etik liderlik olmadan, örgütler uzun vadeli etkinliklerini kaybeder ve ruhsuz yapılar haline gelirler, çünkü her türlü liderlik davranışı meşruiyetini ve güvenilirliğini liderin ahlaki duruşundan ve bütünlüğünden kazanır (Kanungo, 2001). Bu nedenle örgütler, etik liderleri seçmeye, geliştirmeye ve elde tutmaya yönelik politikalar geliştirirler (Brown ve Treviño, 2006). Etik liderlerin örgütsel iletişimin artırılmasında da önemli rolü bulunmaktadır. Etik liderlerin özellikleri arasında yer alan çalışanlara adil muamelede bulunma, onları güvende hissettirme, çalışanlarla görüş alış-verişinde bulunma, onlara değer verme ve ödül sistemi gibi uygulamalar örgütlerde iletişimi artırmaktadır (Özkılıççı, 2011).

Bilgi ve onun etkin yönetimi, günümüzün oldukça dinamik ve rekabetçi dünyasında örgütler için başarının ve hayatta kalmanın anahtarıdır (Oye vd., 2011). Örgüt içinde çalışanlar yeni bilgi öğrenmek için birbirleriyle etkileşime girmeli ve sahip oldukları örtük ve açık bilgileri birbirleriyle paylaşmalıdır. Bu şekilde bireyler bir durumu ya da sorunu daha iyi tanımlayabilir ve bilgilerini bu sorunun çözümünde kullanabilirler (Nonaka vd., 2006). Etik liderler, işyerinde etik örgüt iklimi oluşturmak (Le ve Lei, 2018), adil ödül sistemi koymak ve astlarıyla iki yönlü iletişimi teşvik etmek suretiyle çalışanların işyerinde daha rahat hissetmelerini ve iş arkadaşlarıyla bilgi paylaşımı konusunda daha güvende hissetmelerini sağlarlar. Çünkü çalışanların bilgiyi saklamaları, büyük ölçüde benzersiz bilgileri kaybetme ve böylece işyerinde savunmasız hale gelme korkusundan kaynaklanmakta olup, etik liderler bu konuda çalışanlarına güvence vermektedir (Koay ve Lim, 2021).

Sağlık çalışanları üzerine yapılan bu çalışmada, etik liderlik, örgütsel iletişim ve bilgi paylaşımı değişkenleri arasındaki ilişkiler ile etik liderlik ve bilgi paylaşımı arasındaki ilişkide örgütsel iletişimin aracılık rolü incelenmiştir. Bilindiği üzere, özellikle son yıllarda Covid-19 salgınıyla birlikte, sağlık sektöründe örgütsel iletişim ve bilgi paylaşımının önemi bir kez daha anlaşılmıştır. Çünkü ilk kez karşılaşılan ve hızla yayılan bu hastalığın tedavisinin bulunması zaman almış, bu konuda elde edilen bilginin yayılması ve paylaşılmasıyla ilerleme kaydedilebilmiştir. Diğer taraftan, sağlık sektöründeki aşırı iş yüküyle birlikte çalışanlarda artan olumsuz işyeri algısının ve işle ilgili endişelerin azaltılmasında lider desteği büyük önem taşımaktadır. Etik liderlik de bu bağlamda işyerinde sağladığı güven ortamıyla ve iki yönlü iletişim mekanizmasıyla çalışanları bu konuda rahatlatabilmektedir. Literatür incelemesinde, etik liderliğin örgütsel iletişime doğrudan etkisi ile etik liderlik ve bilgi paylaşımı arasındaki ilişkide örgütsel iletişimin aracılık rolünü araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu itibarla söz konusu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağı ve ileride bu alanda yapılacak çalışmalar için önemli bir kaynak teşkil edeceği değerlendirilmektedir.

II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

2.1. Etik Liderlik

Etik, Yunanca gelenek veya karakter anlamına gelen “ethos” kelimesinden türetilmiş felsefi bir terimdir (Mihelic, 2010). Etik kavramı “bir kişinin davranışını kontrol eden veya etkileyen ahlaki ilkeler” olarak tanımlanmaktadır (Oxford Üniversitesi Sözlüğü, 2022). Bu çerçevede, etik davranış, belirli bir durumda "kötü" veya "yanlış" yerine ahlaki olarak "iyi" ve "doğru" olarak kabul edilen davranışları kapsamaktadır (Sims, 1992).

Literatürde çoğunlukla kabul edilen Brown ve arkadaşlarının (2005) tanımına göre, etik liderlik kişisel eylem ve kişilerarası ilişkilerde normatif olarak uygun davranışların sergilenmesi ve bu tür davranışların karşılıklı iletişim, pekiştirme ve karar verme yoluyla takipçilere aktarılmasıdır. Bu tanıma göre, normatif uygun davranışlar takipçilerin etik liderde görmek istedikleri dürüstlük,

güvenirlilik, adil olma ve ilgili olma gibi ahlaki özellikleri ifade etmektedir. Tanımda, normatif uygun davranışlar kasıtlı olarak açıklanmamıştır, çünkü doğru davranışlara ilişkin beklentiler örgütten örgüte değişiklik gösterebilmektedir (Piccolo vd., 2010). Yine tanıma göre normatif uygun davranışların karşılıklı iletişim yoluyla takipçilere aktarılması, etik liderlerin sadece etiğe dikkat çekmekle kalmayıp, etik hakkında açıkça konuşmasını, ayrıca onların da etik konusunda fikirlerini ortaya koymalarına olanak tanımasını ifade eder. Bu davranışların pekiştirme yoluyla takipçilere aktarılması ise, etik liderlerin etik standartlar belirlemesi, etik davranışı ödüllendirmesi ve standartlara uymayanları disipline etmesi anlamına gelir. Son olarak bu davranışların karar verme yoluyla takipçilere aktarılması, etik liderlerin kararlarının etik sonuçlarını göz önünde bulundurmasını ve başkaları tarafından gözlemlenip örnek alınabilecek ilkeli ve adil seçimler yapmasını ifade eder (Brown vd., 2005). Özetle, etik liderler adil ve dengeli kararlar veren dürüst, ilgili ve ilkeli bireylerdir. Onlar takipçileriyle etik hakkında sık sık iletişim kurar, açık etik standartlar belirler ve bu standartlara uyulmasını sağlamak için ödül ve ceza yöntemini kullanır. Son olarak, etik liderler sadece anlatmakla yetinmez, söylediklerini uygular ve etik davranış için proaktif rol modeli olurlar. (Brown ve Treviño 2006).

Öte yandan, Treviño vd. (2000) etik liderlerin ahlaki kişi ve ahlaki yönetici olmak üzere iki yönünün bulunması gerekliliğini vurgulamışlardır. Ahlaki kişi yönü liderin dürüstlük ve bütünlük gibi kişisel özelliklere sahip olmasını ifade ederken, ahlaki yönetici yönü liderin takipçilerinin etik davranışlarını etkileme çabasını vurgular (Sarwar vd., 2020: 4). Bu durumda, sadece ahlaki özelliklere sahip olmak etik liderlik için yeterli değildir, etik davranışları takipçilerine de aktarabilen liderler etik liderlerdir (Treviño ve Brown, 2004).

Etik liderliğin örgütlerde çalışanların tutum ve davranışları üzerinde olumlu etkisi olduğu birçok çalışma ile ortaya konmuştur. Bu çalışmalara göre, etik liderlik çalışanların motivasyonu (Ayan, 2005), iş tatmini (Okan ve Akyüz, 2015; Freire ve Bettencourt, 2020), performansı (Shafique, 2018) ve bağlılığı (Çelik vd., 2015) üzerinde pozitif etkiye sahiptir.

2.2. Bilgi Paylaşımı

Bilgi, literatürde bireylerin başkalarıyla kolayca paylaşıp paylaşmamalarına göre açık ve örtük bilgi olarak ele alınmaktadır. Buna göre, açık bilgi kelimeler veya belgelerle kolayca ifade edilebilen bilgiyi kapsarken, örtük bilgi belirsizdir ve kolayca veya tam olarak ifade edilemez (Yang ve Wu, 2008). Örtük bilgi açıkça iletilemediğinden deneyimlerin paylaşılması, gözlem ve taklit yoluyla bir başkasından elde edilebilir (Kamaşak ve Bulutlar, 2009). Bilgi paylaşımı ise bireylerin yeni bilgi oluşturmak için sahip oldukları örtük ve açık bilgilerini karşılıklı olarak birbirlerine aktarmalarıdır (Van Den Hooff ve De Ridder, 2004). Başka bir tanıma göre bilgi paylaşımı çalışanların görevleriyle ilgili fikirleri, bilgileri ve önerileri birbirleriyle paylaşmasıdır (Srivastava vd., 2006). Bilgi paylaşımının amacı, kaynak bilgiyi bir alıcıya başarılı bir şekilde aktarmaktır (Cummings, 2003). Ayrıca, bilgi paylaşımının taraflar arasında gönüllü yapılması gerekir. Yani, bilgiyi paylaşan taraf herhangi bir zorlama olmadan kendi rızasıyla bilgiyi paylaşmalı ve alıcı da bilgiyi almaya istekli olmalıdır (Yeniçeri ve Demirel, 2007). Öte yandan, bilgi paylaşımı çalışanlar arasında ahlaki yönden bir ikilem sunmaktadır. Zira çok zaman ve çaba gerektiren bilginin başkalarıyla paylaşımı, bir yönden başkalarına bilgiyi aktararak onları yetiştirmeyi sağlarken, bir yandan da kişinin kendisine rakip olacak kişileri yetiştirmesine neden olmaktadır. Bu nedenle, bilgi paylaşımı paylaşan kişiler için yüksek risk ve fedakârlık içeren bir eylemdir (Xia ve Yang, 2020).

Bilginin paylaşımı gayri resmi ve resmi yollarla olabilmektedir. Gayri resmi bilgi paylaşımı, iş arkadaşları arasındaki gündelik konuşmalarla ve kişisel etkileşimlerle gerçekleşir. Bu etkileşimler yüz yüze olabileceği gibi, e-posta gibi dolaylı yollarla da gerçekleşebilir. Bu tür iletişimleri gayri resmi yapan şey, örgütün paylaşılan bilgiyi kontrol edememesi veya yönlendirememesidir. Resmi bilgi paylaşımı ise örgüt tarafından teknoloji aracılığıyla tüm örgüt üyelerine yapılan bilgi paylaşımıdır. Örgüt bu bilgi paylaşımının denetimini yapabilir ve amacına ulaşip ulaşmadığını kolayca tespit edebilir (King, 2001).

2.3. Örgütsel İletişim

Literatürde örgütsel iletişimin birçok tanımı bulunmaktadır. En genel tanımıyla örgütsel iletişim gönderici ve alıcı arasındaki bilgi alışverişi ve örgütsel katılımcıların bu alışverişi anlamlandırması olarak tanımlanmaktadır (Blakeney, 1986). Başka bir tanıma göre, örgütsel iletişim örgüt üyelerinin ortak bir amaç doğrultusunda, bilgi, duygu ve düşüncelerini birbirleriyle karşılıklı paylaşması durumudur (Tutar ve Yılmaz, 2013). Bir diğer tanıma göre ise, örgüt üyeleri arasında fikirlerin, duyguların ve görüşlerin mektuplar, semboller ve kelimeler aracılığıyla değiş tokuş edildiği süreçtir (Gan ve Yusuf, 2019). Söz konusu tanımlardan hareketle, örgütsel iletişimi örgütsel işleyişi sağlamak ve örgütsel hedeflere ulaşmak amacıyla, örgüt üyelerinin bilgi, fikir ve duygularını yazılı veya sözlü olarak birbirleriyle paylaşmaları süreci şeklinde ifade etmek mümkündür. Bilgi paylaşımı ve örgütsel iletişim birbirleriyle iç içe geçmiş kavramlar olmakla birlikte, birbirlerinden farklı kavramlardır. Örneğin, bilgi paylaşımı çalışanların yalnızca işle ilgili birikimlerini birbirlerine aktarmalarını içerirken, örgütsel iletişim her türlü bilgi, duygu ve düşüncenin aktarımını kapsamaktadır. Bilgi paylaşımı bir bilginin paylaşılmasına vurgu yaparken, örgütsel iletişim bilginin aktarım sürecine vurgu yapmaktadır. Ayrıca bilgi paylaşımında bilgiyi paylaşan ve alan tarafın gönüllü olması gerekirken, örgütsel iletişimde böyle bir zorunluluk bulunmaktadır. Öte yandan, örgüt içinde iletişim dikey, yanal ve çapraz olarak gerçekleşebilmektedir. Dikey örgütsel iletişim, hiyerarşik yapı içinde ast-üst çalışanlar arasında gerçekleşirken; yanal örgütsel iletişim birbirleriyle hiyerarşik bir ilişki içinde olmayan kişiler arasındaki iletişimi içerir. Modern örgüt yapılanmasıyla birlikte ortaya çıkan çapraz örgütsel iletişim ise farklı fonksiyonel bölümlerde görev alan yöneticiler ve çalışanlar arasındaki iletişimi ifade eder (Bakker, 2007). Bu çalışmada örgütsel iletişim dikey, yanal ve çapraz iletişim olarak bir ayrıma tabi tutulmamıştır.

Örgüt içinde iletişim süreci etkin bir şekilde yapıldığında, çalışanlar kendilerinden beklenen rol ve işlevleri ve bu şekilde örgütün amacını daha iyi anlar (İnce ve Gül, 2011). Böylece, örgütün verimliliği artar, devamlılığı sağlanır, örgütsel hedeflere daha kolay ulaşılır ve örgütsel faaliyetler bilgi akışındaki süreklilikle daha verimli yürütülür (Adıgüzel ve Küçükoglu, 2020).

2.4. Etik liderlik ve Bilgi paylaşımı

Liderler çalışanların bilgi paylaşımında önemli etkiye sahiptir (Srivastava, 2006). Lider desteğinin çalışanlar arasında bilgi paylaşımını sağlama ve artırmada kilit rolü bulunmaktadır (Lin ve Lee, 2004). Çalışanları destekleyici liderlik türleri arasında etik liderlik de bulunmaktadır. Etik liderlik ve bilgi paylaşımı arasındaki ilişkiyi Sosyal Öğrenme Teorisi (Social Learning Theory) (Bandura, 1977) kapsamında açıklamak mümkündür. Sosyal öğrenme teorisi, çalışma ortamında rol modelleri olduğunda, bireylerin bu modelleri taklit etmeye çalışacaklarını öne sürmektedir (Bandura, 1969). Bu rol modelleri, işyerinde lider ve çalışma arkadaşlarıdır. Etik liderler erdem, dürüstlük, adil olma, düşünceli davranma ve fedakârlık gibi çekici kişisel özellikleriyle öykünme ve gözlem için göze çarpan bir kaynaktır (Brown vd., 2005; Tang vd., 2015). Ek olarak, etik liderlerin uygun olmayan davranışlar için yaptırım uyguladığını ve olumlu davranışlar için ödül verdiğini gören çalışanlar bir müddet sonra etik liderlerinin istediği şekilde benzer davranışlar göstermeye başlarlar (Mayer vd., 2009). Bilgi paylaşımı da etik bir davranış olduğundan, bilgi paylaşan çalışanların etik bir lider tarafından ödüllendirilmesi muhtemeldir. Bu nedenle, zaman geçtikçe, çalışanlar bilgi paylaşımını "normatif olarak uygun bir davranış" olarak kabul eder ve bu davranışı daha sık gösterir (Tang vd., 2015). Cezalardan kaçınmak için iş arkadaşlarından bilgi saklamaya daha az eğilimlidir, çünkü bilgi saklama etik olmayan iş yeri davranışı olarak kabul edilir (Koay ve Lim, 2021).

Etik liderlik ve bilgi paylaşımı arasındaki ilişki ayrıca Sosyal Mücadele Teorisinin (Blau, 1964) karşılıklılık normu (Gouldner, 1960) çerçevesinde de açıklanabilir. Karşılıklılık normuna göre, taraflardan birinin diğerinin faydasına bir şey yapması durumunda, karşı tarafta bu iyi niyetli davranışa iyilikle karşılık verme zorunluluğu yaratır (Cropanzano ve Mitchell, 2005). Blau'ya (1964) göre bireyler arasındaki mücadele işlemsel (ekonomik) veya sosyal olarak gerçekleşebilmektedir (Brown ve Treviño, 2006). Sosyal mücadele ise etik liderliğin de özünü oluşturan güven ve adalet duygularına

dayanmaktadır. Bu kapsamda, etik liderin takipçileri liderlerinin adil ve özenli muamelesi ve hissettikleri güven nedeniyle, lider ve örgüt yararına daha fazla gayret gösterirler (Brown ve Treviño, 2006; Mayer vd., 2009).

Diğer taraftan, bu çalışmanın da kapsamını oluşturan sağlık kurumları, birçok sağlık personelinin bir arada çalıştığı, ekip anlayışının en üst düzeyde hissedildiği insan sağlığını merkez alan kurumlardır. Sağlık kurumlarında hizmetin en iyi şekilde verilebilmesi için çalışanların birbirleriyle ve örgütle iletişimi en üst düzeyde olmalıdır. Özellikle doktorluk mesleğinde bilgi ve deneyimin mesleğe yeni başlayan personelle paylaşılması son derece önemlidir. Çalışanlar birbirleriyle karşılıklı güven, iletişim, değer paylaşımı ve empati geliştirip etik davranışlar sergilediklerinde çalışan ve kurum performansı artmaktadır (Erdal & Altındağ, 2020). Sağlık sektörünün karmaşık yapısı nedeniyle sağlık kurumlarında farklı şekillerde ve kademelerde liderlik hiyerarşisi bulunmaktadır (Ünüvar & Demirtaş, 2021). Bu açıdan özellikle yönetici konumunda bulunan sağlık çalışanlarının astlarına etik muamelede bulunması çalışanların örgüt yararına olan eylemlerden biri olan bilgi paylaşmayı daha çok yapmalarını sağlayacağı değerlendirilmektedir. Bununla birlikte, literatür incelemesinde sağlık sektöründe doğrudan etik liderlik ve bilgi paylaşımı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Daha önce yapılmış çalışmalar da iki değişken arasındaki ilişkiyi teyit etmektedir. Örneğin, Bavik ve arkadaşları (2017) Hong Kong'da 337 çalışan üzerinde yaptıkları araştırmada, etik liderlikle bilgi paylaşımı arasında pozitif ilişki tespit etmiştir. Ma ve arkadaşları (2013) Çin'de 309 çalışan üzerinde yaptıkları çalışmada, etik liderle birlikte çalışan bireylerin daha çok bilgi paylaşımında bulunduğunu ortaya koymuştur. Tang ve arkadaşları (2015) Hong-Kong'da 300 çalışan üzerinde yaptıkları araştırmada, etik liderliğin bilgi paylaşımı üzerindeki pozitif etkisini kaydetmiştir. Xia ve Yang (2020) Çin'de üniversitelerden mezun olmuş 302 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada, etik liderliğin çalışanlarda bilgi paylaşımını doğrudan ve pozitif yönde etkilediğini saptamıştır. Bu kapsamda aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur:

H1: Etik liderlik bilgi paylaşımını anlamlı ve pozitif yönde etkiler.

2.5. Etik Liderlik ve Örgütsel İletişim

Örgütlerin başarıya ulaşmasında etkili örgütsel iletişim büyük öneme sahiptir (Takala, 1997). Örgütün yönetim anlayışının yanı sıra yöneticilerin iletişime yönelik tutumları ve davranışları örgütsel iletişimin etkinliğini büyük oranda etkilemektedir. Bu kapsamda, iş odaklı katı bir yönetim anlayışı iletişimin üstten asta tek yönlü gerçekleşmesine ve örgüt içi iletişimin yetersiz kalmasına neden olabilmektedir (Ada vd., 2008; Eyidoğan, 2013). Tersine çalışan odaklı liderlik yaklaşımları örgüt içi iletişimi artırmaktadır (Men, 2014). Bu yaklaşımlar arasında yer alan etik liderlik özünde çalışanlarla etkili iletişimi barındırmaktadır. Etik liderler, dürüstlük, güvenilirlik, adil olma ve ilgili olma gibi ahlaki özelliklere sahip olmanın yanı sıra bu özellikleri takipçilerine karşılıklı iletişim yoluyla aktarmaktadır. Yani, etik liderler etik davranışlar hakkında takipçileriyle konuşmakta ve onların da bu konuda fikirlerini ortaya koymalarına olanak tanımaktadır. Ayrıca, etik liderler takipçileriyle doğrudan iletişimin dışında farklı iletişim yöntemleri olarak, etik davranışları pekiştirmek amacıyla ödül/ceza sistemini uygulamakta ve etik davranış sergileyerek proaktif rol modeli olmaktadır (Brown ve Treviño 2006; Qian ve Jian, 2020). Etik liderlerin özellikleri arasında yer alan çalışanlara adil muamelede bulunma, onları güvende hissettirme, onlarla görüş alış-verişinde bulunma, çalışanlara değer verme ve ödül sistemi gibi uygulamalar da örgütlerde iletişimi artıran faktörlerdendir (Özkılıççı, 2011).

Etik liderlik ve örgütsel iletişim arasındaki ilişkiyi yine sosyal mübadele teorisinin karşılıklılık normu çerçevesinde açıklamak mümkündür. Etik liderler, dürüstlük, güvenilirlik, adil olma ve ilgili olma gibi ahlaki özelliklere sahip liderlerdir. Etik liderlerin çalışanlarına ilgi göstermesi, onlar için endişelenmesi ve onlara adil bir şekilde muamelede bulunması, çalışanların liderlerine karşı pozitif duygu geliştirmesini sağlayacaktır. Kendini değerli ve güvende hisseden çalışanlar da liderlerinin bu

iyi muamelesine karşılık olarak, daha çok etik davranış göstermeye gayret ederek cevap vereceklerdir. Bu etik davranışlar arasında örgütsel iletişimin de bulunduğu; etik liderlikle birlikte örgütsel iletişimin de artacağı değerlendirilmektedir. Literatür incelemesinde, etik liderliğin örgütsel iletişim üzerindeki etkisini doğrudan inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte, Çetinkaya ve Akkoca (2021) araştırmasında, etik liderliği de kapsayan stratejik liderlik uygulamalarının örgütsel iletişimi artırdığını tespit etmiştir. Ayrıca, Yıldız (2019) çalışmasında etik liderliğin örgüt içindeki iletişimi artırarak çalışanların iletişim tatminini artırdığını saptamıştır. Bakar ve Omillion-Hodgez (2020) ise etik liderliğin örgütsel iletişimin bir bölümünü kapsayan lider ve çalışanları arasındaki iletişimi artırdığını kaydetmiştir. Bu çerçevede aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur:

H2: Etik liderlik örgütsel iletişimi anlamlı ve pozitif yönde etkiler.

2.6. Örgütsel İletişim ve Bilgi Paylaşımı

Örgütlerde bilgi paylaşımı bir iletişim biçimidir (Van Den Hooff ve De Ridder, 2004). Yani her düzeyden örgüt üyeleri arasındaki bilgi aktarımı iletişimi gerektirmektedir (Sveiby, 2000). Bu çerçevede, örgütsel iletişimde artışla birlikte bilgi paylaşımının da artacağı tahmin edilmektedir. Örgüt içi iletişimin etkinliği özellikle ast-üst iletişiminin iyi olmasıyla artmaktadır. Çünkü lideriyle iletişimi güçlü olan çalışanlar kendilerinden beklenen rol ve işlevleri ve bu şekilde örgütün amacını daha iyi kavrayabilmektedir (İnce ve Gül, 2011). Sağlık sektörü de yapısı itibarıyla örgütsel iletişim ve bilgi paylaşımının üst düzeyde olmasını gerektiren bir sektördür. Bir sağlık kurumunda örgütsel iletişim kaliteli olduğu sürece, sağlık çalışanları ihtiyaç duydukları miktar ve kalitedeki bilgiyi elde edebilir ve böylece daha yüksek performans gösterebilirler (Sumiati & Nikmah, 2020). Sağlık sektörü özelinde örgütsel iletişim ve bilgi paylaşımı arasındaki ilişkiyi inceleyen yalnızca bir araştırma tespit edilmiştir. Buna göre, Sumiati ve Nikmah (2020) Endonezya’da 100 hemşire üzerinde yaptıkları çalışmada, örgütsel iletişim arttıkça çalışanlar arasındaki bilgi paylaşımının da artacağını kaydetmiştir.

Literatürde, örgütsel iletişim ve bilgi paylaşımı arasındaki pozitif ilişkiyi teyit eden çalışmalar tespit edilmiştir. Örneğin, Van Den Hoof ve De Ridder (2004) Hollanda’da beş şirkette çalışan 417 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada, örgütlerde yapıcı iletişim ikliminin çalışanların bilgi paylaşma ve bilgi toplama gibi bilgi paylaşımına yönelik faaliyetlerini olumlu etkilediğini ortaya koymuştur. Gross ve Kluge (2012) Almanya’da çelik üretim şirketinden 123 çalışan üzerinde yaptıkları çalışmada, çalışanların bilgi paylaşımlarında örgütsel iletişimin önemli rolünün bulunduğunu tespit etmiştir. Villamizar Reyes ve Castañeda Zapata (2014) kamu ve özel sektörden toplam 100 çalışan üzerinde örgüt ikliminin bilgi paylaşımına etkisini inceledikleri çalışmada, yalnızca kamu sektöründe faaliyet gösteren örgütte, diğer boyutlarla birlikte, örgüt ikliminin örgütsel iletişim boyutunun bilgi paylaşımıyla pozitif yönlü ilişkili olduğunu saptamıştır. Sumiati ve Nikmah (2020) Endonezya’da 100 hemşire üzerinde yaptıkları çalışmada, örgütsel iletişim arttıkça çalışanlar arasındaki bilgi paylaşımının da artacağını kaydetmiştir. Bu çerçevede aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur:

H3: Örgütsel iletişim bilgi paylaşımını anlamlı ve pozitif yönde etkiler.

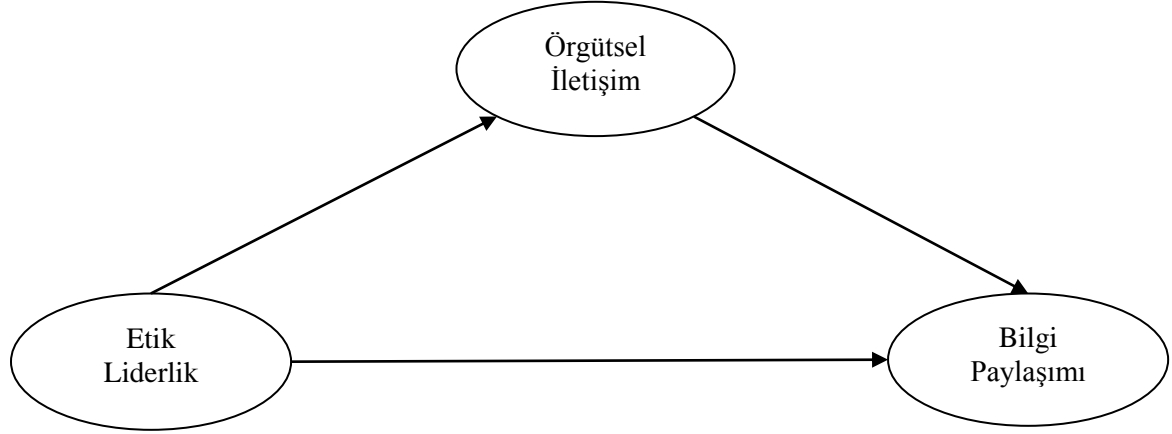
2.7. Örgütsel İletişimin Aracılık Rolü

Literatür incelemesinde, etik liderliğin bilgi paylaşımına etkisinde örgütsel iletişimin aracılık rolünü inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada, örgütsel iletişimin aracılık rolü Sosyal Öğrenme Teorisi ve Sosyal Mübadele Teorisi kapsamında açıklanmıştır. Buna göre, etik liderlerin sahip oldukları dürüstlük, güvenilirlik, adil olma ve ilgili olma gibi ahlaki özellikler ve bu özellikleri takipçilerine karşılıklı iletişim, pekiştirme (ödül/ceza sistemi) ve rol model olarak aktarması örgütsel içinde lider-takipçi iletişimini artırmaktadır (Brown ve Treviño 2006; Qian ve Jian, 2020). Örgütsel iletişimi artan çalışanların ise Sosyal Mübadele Teorisi kapsamında etik liderlerin davranışlarına karşılık örgüt yararına olan eylemlerden biri olan bilgi paylaşmayı daha çok yapacakları, ayrıca Sosyal Öğrenme Teorisi kapsamında ise etik liderlerini rol model olarak, onunla benzer davranışlar

göstermeye gayret edecekleri, etik davranışlar kapsamında yer alan bilgi paylaşmayı daha çok sergileyecekleri değerlendirilmektedir. Bu kapsamda aşağıdaki hipotez oluşturulmuştur:

H4: Örgütsel iletişim, etik liderlik algısının ile bilgi paylaşımı üzerindeki etkisinde aracı role sahiptir.

Şekil 1. Araştırma Modeli



III. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 15 Aralık 2021-15 Ocak 2022 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı'na bağlı Erzincan il merkezinde bulunan İl Sağlık Müdürlüğü ve bağlı birimlerde çalışan yaklaşık 353 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Kurumdaki personel sayısı değişkenlik (tayin, emeklilik, işten ayrılma ve kurum değiştirme gibi) gösterdiğinden araştırmanın evreni kurumda çalışan yetkililerden alınan bilgilere dayanılarak yaklaşık olarak ifade edilmiştir. Araştırmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak katılımcılardan veri elde edilmiştir. Kolayda örnekleme yönteminin tercih edilme nedeni verilerin, evrenden kolay, hızlı ve ekonomik şekilde toplanmasından dolayıdır (Malhotra, 2004). Sosyal bilimlerde yapılan çalışmalarda 100 ile 400 arası örneklemin yeterli olacağı belirtilmektedir (Karasar, 2012). Bu çerçevede evren 353 ve %95 güven aralığında en küçük örneklem büyüklüğünde 184 olarak tespit edilmiştir (Ural ve Kılıç, 2018). Bu araştırmada kullanılan verilerin toplanabilmesi için gerekli olan etik kurul izni Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulunun 30/11/2021 tarihli ve 10/07 karar/sayı numarası ile alınmıştır. İl Sağlık Müdürlüğü çalışanlarından ulaşılabilen 280 çalışana anket formu dağıtılmıştır. Fakat anket uygulamasında yanlış ve eksik doldurulan anketler çıkarıldıktan sonra, 268 anket analize tabi tutulmuştur. Ulaşılan örneklem büyüklüğü evreni temsil eden bir büyüklüğe sahiptir.

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veriler anket yöntemi ile toplanmıştır. Bu kapsamda ankete katılan sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine yönelik 5 soru yöneltilmiştir. Sağlık çalışanlarının etik liderlik algısını ölçmek için literatürde en çok tercih edilen ve kabul gören Brown ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilen Etik Liderlik Ölçeği (Ethical Leadership Scale) tercih edilmiştir. Brown ve arkadaşlarının (2005) geliştirdiği ölçek 10 ifadeden oluşmaktadır. Araştırmada Tuna ve arkadaşlarının (2012) Türkçeye geçerlemesini yaptığı 10 ifadeden oluşan Etik Liderlik Ölçeği kullanılmıştır. Etik Liderlik Ölçeğinde “Yöneticiler güvenilir kişilerdir, Yöneticiler çalışanların düşüncelerini dinler.” gibi ifadeler bulunmaktadır. Araştırmanın diğer bir ölçeği olan ve ankete katılanların örgütsel iletişim düzeyini ölçmeye yönelik Gürgeç (1997) tarafından geliştirilen, Ekinci'nin (2006) kullandığı şekliyle esas alınan, tek boyut ve 9 ifadeden oluşan Örgütsel İletişim Ölçeği kullanılmıştır. Örgütsel İletişim

Ölçeği daha önceki çalışmalarda güvenilirliği ölçülen ve güvenilirliği kabul edilen bir ölçektir. Örgütsel İletişim Ölçeğinde “Örgütsel iletişimden memnun musunuz? Yöneticiniz daha başarılı olmanız için size destek veriyor mu?” şeklinde ifadeler barındırmaktadır. Araştırmada kullanılan son ölçek ise, sağlık çalışanlarının bilgi paylaşımı düzeyini ölçmek amacıyla Chennamaneni vd. (2012) tarafından geliştirilmiş 4 ifadeden oluşan, “İş deneyimlerimi, çalışma arkadaşlarımla paylaşıyorum. Yaptığım işin sırrını ve nasıl yapıldığını, çalışma arkadaşlarımla paylaşıyorum.” şeklinde ifadeler içeren Bilgi Paylaşımı Ölçeği kullanılmıştır. Katılımcılardan ankette kullanılan ifadelere 5’li likert ölçeği kullanarak (1= Kesinlikle Katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Kararsızım, 4= Katılıyorum, 5= Kesinlikle Katılıyorum) cevap verilmesi istenmiştir.

3.3. Verilerin Analizi

Araştırmada kullanılan ölçeklerin analizinde SPSS 22, AMOS 23 ve SPSS PROCESS MACRO analiz programları kullanılmıştır. Araştırmada normallik testi için kullanılan ölçeklerin basıklık ve çarpıklık (Skewness ve Kurtosis) değerlerine bakılmıştır. Araştırmada kullanılan Etik Liderlik Ölçeği puanlarının çarpıklık (-0,978) ve basıklık (0,980) değerleri, Örgütsel İletişim Ölçeği puanlarının çarpıklık (-0,552) ve basıklık (1,359) değerleri ve Bilgi Paylaşımı Ölçeği puanlarının çarpıklık (-1,331) ve basıklık (1,229) değerlerinin normal dağılım gösterdiği kabul edilmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013; Duman, 2020). Araştırmadaki verilerin analizinde ilk olarak araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik katsayılarına bakılmıştır. Araştırmanın analiz safhasının ikinci kısmında AMOS 23 programı kullanılarak ölçeklerin doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. Araştırmanın analizinin son kısmında ise SPSS PROCESS MACRO analiz programı ile regresyon analizi yapılmıştır.

IV. BULGULAR

4.1. Örnekleme İlişkin Demografik Bulgular

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarına ait demografik bulgular Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Demografik Bulgular

Özellikler	Kategoriler	n	%
Yaş	18-28	56	21,1
	29-35	65	24,2
	36-44	108	40,3
	45 ve üzeri	39	14,4
Cinsiyet	Kadın	108	40,3
	Erkek	160	59,7
Medeni Durum	Evli	210	78,4
	Bekâr	58	21,6
Eğitim Durumu	İlköğretim	8	3,1
	Lise	30	11,1
	Önlisans	42	15,5
	Lisans	188	70,3
Çalışma Süresi	1-5 yıl	46	17,3
	6-10 yıl	103	38,4
	11-20 yıl	87	32,3
	21 yıl ve üzeri	32	13
Toplam		268	100

Tablo 1’de sağlık çalışanlarına ait demografik bulgular incelendiğinde, çalışanların büyük çoğunluğunu erkek çalışanlar oluşturmaktadır (%59,7). Ankete katılan sağlık çalışanlarının %40,3’ünün 36-44 yaş arası olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanları medeni durum bakımından incelendiğinde katılımcıların çoğunluğunu evli (%78,4) çalışanlar oluşturmaktadır. Sağlık çalışanlarının eğitim durumuna bakıldığında ise üniversite mezunu (%70,3) çalışanların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının çalışma süresine bakıldığında (6 yıl ve üzeri %82,7) katılımcıların çoğunluğunun kurumda uzun süredir çalışan kişilerden oluştuğu tespit edilmiştir.

4.2. Ölçüm Modelleri

Araştırmadaki ölçeklerin DFA sonuçları ve uyum iyiliği değerleri Tablo 2’de gösterilmiştir. Araştırmada son yıllarda yönetim organizasyon ve psikoloji çalışmalarında tercih edilen ölçüm hatalarından biri olan ortak yöntem varyansı (OYV) kullanılmıştır. Ortak yöntem varyansı, aynı kaynak içinde sunulan ölçekler arasındaki sistematik hata varyansı olarak tanımlanmaktadır (Podsakoff vd., 2012; Özyılmaz ve Eser, 2013; Çizel vd., 2020). Ölçeklerin ayırt edici özelliklerini tespit etmek için üç faktörlü (etik liderlik, örgütsel iletişim ve bilgi paylaşımı) ölçüm modeli Model 1 ile alternatif modelleri karşılaştırmak amacıyla doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır.

Tablo 2. Ölçüm Modeli ve Alternatif Modellere Ait Uyum İyiliği Değerleri

Modeller	$(\chi^2/df) < 5$	RMSEA < .08	CFI > .90	SRMR < .08
Model 1, 3 faktör	1,86	0,08	0,94	0,05
Model 2, 2 faktör	4,27	0,16	0,46	0,17
Model 3, 1 faktör	6,42	0,20	0,60	0,20

Not: (n=268; χ^2/df =Ki-Kare Uyum Testi; RMSEA=Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü;

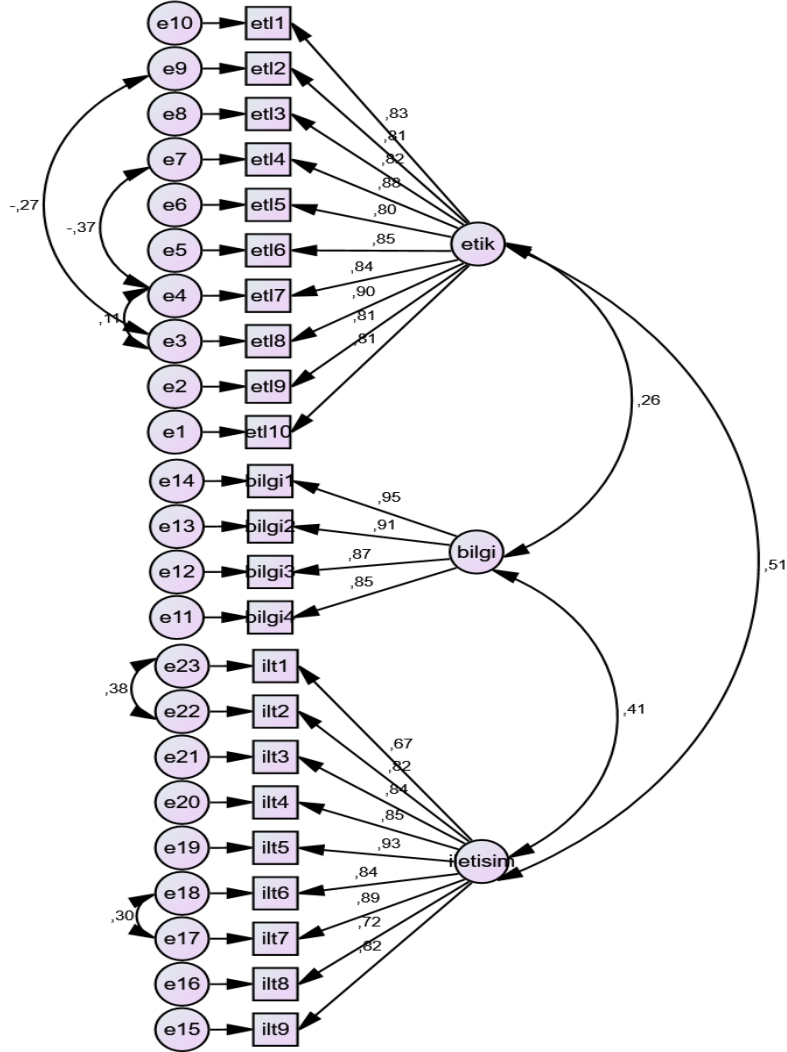
CFI= Karşılaştırmalı Uyum İndeksi; SRMR=Standartlaştırılmış Ortalama Hataların Karekökü

İki faktörden oluşan model (Model 2) = Etik Liderlik ile Örgütsel İletişim tek faktörde birleştirildi.

Tek faktörden oluşan model (Model 3) = Tüm ölçekler tek faktörde birleştirildi.

Tablo 2’deki veriler incelendiğinde ölçüm modelinin (Model 1) ($\chi^2/df = 1,86$; RMSEA=0,08; CFI=0,94; SRMR=0.05) diğer modellere (Model 2 ve Model 3) göre daha iyi uyum iyiliği değerlerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Ölçüm modeline (Model 1) ait uyum iyiliği değerleri kabul edilen aralıklardadır (Hu ve Bentler, 1999; Nye ve Drasgow, 2011; Mishra ve Datta, 2011; Çakıroğlu ve Öztürk, 2020).

Şekil 2. Ölçüm Modeline ait DFA Sonuçları



Şekil 2’de tüm maddelere ait standardize edilmiş regresyon yükleri 0,40’tan yüksek olduğu görülmektedir.

4.3. Hipotezlerin Testi

Tablo 3’de ölçeklere ait ortalama, standart sapma ve korelasyon değerleri verilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin yeterli geçerlilik ve güvenilirliğe sahip olduğu, tüm ölçeklerin $0,80 < \alpha < 1$ aralığında yüksek derecede güvenilirliğe sahip olduğu görülmektedir (Ural ve Kılıç, 2018: 272).

Tablo 3. Ölçeklere Ait Cronbach Alfa, Ortalama, Standart Sapma ve Değişkenler Arası Korelasyon Katsayıları

	α	Ort.	Standart S.	EL	Öİ	BP
EL	0,958	4,03	0,707	-		
Öİ	0,950	4,03	0,757	0,487**	-	
BP	0,943	4,35	0,785	0,255**	0,420**	-

Not: n=268; ** = $p < 0,01$ EL: Etik Liderlik, Öİ: Örgütsel İletişim, BP: Bilgi Paylaşımı

Tablo 3'teki bulgular incelendiğinde etik liderlik ile örgütsel iletişim arasında orta düzeyde anlamlı ve pozitif ilişki ($r = 0,487$; $p < 0,01$) olduğu görülmektedir. Tablo 3'teki diğer bir bulgu ise, etik liderlik ile bilgi paylaşımı arasında düşük düzeyde anlamlı ve pozitif ilişki ($r = 0,255$; $p < 0,01$) olduğu görülmektedir. Tablodaki son bulgu ise, örgütsel iletişim ile bilgi paylaşımı arasında orta düzeyde anlamlı ve pozitif ilişkinin ($r = 0,420$; $p < 0,01$) olduğu tespit edilmiştir (Cohen, 1992). Ölçüm modelinin doğrulanmasından sonra, araştırma hipotezleri (H1, H2, H3 ve H4) analiz edilmiştir.

Araştırma modelinin test edilmesinde kullanılan istatistiksel analiz yöntemlerine geçilmeden önce analiz yöntemlerinin varsayımları sorgulanmıştır. Aracı etkinin varlığından söz etmek için bütün değişkenler arasında anlamlı bir etkiden söz edilmesi gerekmektedir. Bu etki ise, Baron ve Kenny'nin (1986) yaklaşımına göre istatistiksel olarak üç aşamadan oluşmaktadır; ilk olarak bağımlı değişken bağımsız değişkeni anlamlı etkilemelidir, ikinci olarak bağımsız değişken aracı değişkeni anlamlı olarak etkilemelidir ve son olarak bağımsız değişken ile aracı değişken birlikte analize dahil edildiğinde aracı değişken, bağımlı değişkeni anlamlı olarak etkilemelidir. Bu bağlamda bağımlı değişken ile bağımsız değişken arasında anlamlı olmayan ilişki çıkarsa tam aracılık etkisi, bağımlı ile bağımsız değişken arasında ilişkide azalma olursa kısmi aracılık etkisi ortaya çıkmaktadır (Baron ve Kenny, 1986). Araştırma hipotezlerinin analizinde Hayes'in (2013) geliştirdiği SPSS Macro analiz programı tercih edilmiştir. Örgütsel iletişimin, etik liderlik ile bilgi paylaşımı arasındaki ilişkide aracı etkiye sahip olup olmadığını analiz etmek için Bootstrap yöntemi kullanılmıştır (Preacher ve Hayes, 2004). Bootstrap yöntemi, Baron ve Kenny'nin (1986) kullandığı yöntemden ve Sobel testinden daha güvenilir olduğu ifade edilmektedir (Hayes, 2018). Araştırma hipotezlerine ait regresyon analizi sonuçları Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Aracılık Testine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Örgütsel İletişim						
Değişkenler	B	SH	t	p	EDGA	EYGA
Etik Liderlik	0,521	0,081	6,400	0,000	0,359	0,681
Bilgi Paylaşımı						
Değişkenler	B	SH	t	p	EDGA	EYGA
Örgütsel İletişim	0,403	0,094	4,282	0,000	0,217	0,589
Etik Liderlik (Doğrudan Etki)	0,073	0,101	0,726	0,000	0,126	0,272
Etik Liderlik (Toplam Etki)	0,283	0,093	3,024	0,003	0,098	0,467
			Etki	SH	EDGA	EYGA
Dolaylı Etki			0,210	0,100	0,013	0,402

Not: n= 268; EDGA: En düşük güven aralığı, EYGA: En yüksek güven aralığı

Tablo 4'teki regresyon analiz sonuçları incelendiğinde, etik liderliğin bilgi paylaşımını anlamlı ve pozitif olarak etkilediği görülmektedir ($\beta = 0,073$). Bu sonuca göre H1 hipotezi kabul edilmiştir. Tablodaki diğer bulgu ise, etik liderliğin örgütsel iletişimi anlamlı ve pozitif olarak etkilediği ortaya çıkmıştır ($\beta = 0,521$). Elde edilen bu sonuca göre H2 hipotezi kabul edilmiştir. Tablodaki üçüncü bulgu ise, örgütsel iletişimin bilgi paylaşımını anlamlı ve pozitif etkilediği tespit edilmiştir ($\beta = 0,403$). Bu sonuç H3 hipotezinin kabul edildiğini göstermektedir. Tablodaki son bulgu ise, etik liderliğin bilgi paylaşımı üzerindeki etkisinde örgütsel iletişimin aracılık rolünün olup olmadığını analiz ederken Bootstrap yöntemini esas alan regresyon analizi uygulanmıştır. Analizlerin uygulaması safhasında SPSS PROCESS MACRO Model 4 seçilmiştir ve Bootstrap tekniği ile 5000 yeniden örnekleme seçilmiştir. Model 4, SPSS'te Hayes'in Process eklentisi ile Aracı (Mediator) değişken analizini yapmak için gerekli model türü olarak ifade edilmektedir. Bootstrap yöntemiyle uygulanan aracılık etki analizinde, hipotezlerin desteklenebilmeleri için %95 güven düzeyindeki güven aralığı değerlerinin sıfır (0) olmaması gerekmektedir (Mallinckrodt ve diğerleri, 2006). Tablodaki sonuçlara göre çalışan motivasyonunun kişi-örgüt uyumu aracılığıyla işyeri mutluluğu üzerinde dolaylı bir

etkisinin olduğu tespit edilmiştir ($\beta = 0,210$). Elde edilen dolaylı etkinin anlamlılığına ilişkin güven aralıkları incelendiğinde bu etkinin anlamlı olduğu görülmektedir (%95 GA [0.267, 0.438]). Bu sonuçlara göre H4 hipotezi kabul edilmiştir.

V. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırma, etik liderliğin bilgi paylaşımı üzerindeki etkisinde örgütsel iletişimin aracılık rolünü incelemiştir. Bu kapsamda, Erzincan İl Sağlık Müdürlüğü ve bağlı birimlerde görev yapan 268 sağlık çalışanından anket yöntemi kullanılarak veri elde edilmiştir. Söz konusu verilere uygulanan analizler sonucunda ulaşılan bulgular aşağıda sunulmaktadır.

Araştırmada ilk olarak, etik liderliğin bilgi paylaşımını anlamlı ve pozitif etkilediği tespit edilmiş ve H1 hipotezinin doğruluğu kanıtlanmıştır. Buna göre, Sosyal Öğrenme Teorisi çerçevesinde, çalışanlar etik liderin dürüstlük, adil olma, düşünceli davranma ve fedakârlık gibi özelliklerini öykünerek onu rol model alacaklar; ayrıca, liderin bilgi paylaşımı davranışını ödüllendirdiğini gördükçe bu davranışı daha çok göstermeye başlayacaklardır. Sosyal Mübadele Teorisi çerçevesinde ise, etik liderlerinin adil ve özenli muamelesiyle birlikte kendilerini güvende ve değerli hisseden çalışanlar, lider ve örgüt yararına daha fazla gayret göstermeye başlayacak ve örgüt yararına olan eylemlerden biri olan bilgi paylaşmayı daha çok sergileyeceklerdir. Bu bulgu daha önceki çalışmaların sonuçlarıyla da paralellik göstermektedir (Bavik vd., 2017; Ma vd., 2013; Tang vd., 2015; Xia & Yang, 2020).

Araştırmada ikinci olarak, etik liderliğin örgütsel iletişimi anlamlı ve pozitif etkilediği saptanmış ve H2 hipotezi desteklenmiştir. Buna göre, etik liderlerin takipçileriyle ilişkilerinde karşılıklı iletişimi kullanması, onların da etik davranışlar hakkında görüşlerini alması gibi özellikleri örgütsel iletişimi artıran unsurlardandır. Ek olarak Sosyal Mübadele Teorisi çerçevesinde, etik liderlerin çalışanlarına ilgi göstermesi, onlar için endişelenmesi ve onlara adil bir şekilde muamelede bulunmasıyla, kendilerini değerli ve güvende hisseden çalışanlar liderlerinin bu iyi muamelesine örgütsel iletişimi artırmak suretiyle cevap vereceklerdir. Söz konusu bulgu daha önceki çalışmalarla (Yıldız, 2019; Bakar ve Omilion-Hodges, 2020; Çetinkaya ve Akkoca, 2021) da uyumludur.

Araştırmada üçüncü olarak, örgütsel iletişimin bilgi paylaşımını anlamlı ve pozitif etkilediği ortaya konulmuş ve H3 hipotezinin doğruluğu kanıtlanmıştır. Buna göre, örgütsel iletişim aynı zamanda örgüt üyeleri arasında bilginin paylaşımını da içerdiğinden örgütsel iletişimde artışla birlikte bilgi paylaşımını da artıracaktır. Bu bulgu daha önceki çalışmaları da (Van Den Hoof ve De Ridder (2004; Gross ve Kluge, 2012; Villamizar Reyes ve Castañeda Zapata, 2014; Sumiati ve Nikmah, 2020) teyit etmektedir.

Araştırmada, son olarak etik liderliğin bilgi paylaşımına etkisinde örgütsel iletişimin aracılık rolünün bulunduğu tespit edilmiş ve H4 hipotezinin doğruluğu kanıtlanmıştır. Buna göre, etik liderlerin sahip oldukları dürüstlük, güvenilirlik, adil olma ve ilgili olma gibi ahlaki özellikler ve bu özellikleri takipçilerine karşılıklı iletişim, pekiştirme (ödül/ceza sistemi) ve rol model olarak aktarmaları örgütsel iletişimi artıracaktır. Örgütsel iletişimi artıran çalışanlar ise Sosyal Mübadele Teorisi kapsamında, etik liderlerin davranışlarına karşılık örgüt yararına olan eylemlerden biri olan bilgi paylaşmayı daha çok yapacaklardır. Ayrıca Sosyal Öğrenme Teorisi kapsamında etik liderlerini rol model alarak, onunla benzer davranışlar göstermeye gayret edecekler, böylece etik davranışlar kapsamında yer alan bilgi paylaşmayı daha çok sergileyeceklerdir.

Araştırmanın örgütler için bazı pratik uygulamaları bulunmaktadır. Özellikle sağlık sektörü bilgi temelli bir sektör olduğundan, bu sektörde faaliyet gösteren örgütler örgütsel iletişimi ve çalışanlarının bilgi paylaşımını artırmaya yönelik politikalar geliştirmelidir. Bu amaçla, örgütler etik örgütsel politikalar geliştirmeli, yöneticilerine etik liderlik konusunda eğitim ve seminerler düzenlemelidir. Örgüt içinde iletişimi ve bilgi paylaşımına yönelik olarak da etkin iletişim ağı kurmalı, ast-üst ilişkilerinde açık iletişimi teşvik etmeli, kazanımların çalışanlar arasında adil dağılımını sağlamalı,

çalışanların kişisel ve mesleki gelişimleriyle ilgilenmeli, çalışanlara değerli olduklarını hissettirmeli, onları başarılı olmaları ve etik davranışları durumunda ödüllendirmeli, karar alma mekanizmalarına çalışanlarını dâhil etmeli, önyargıdan uzak ve etik kurallar çerçevesinde karar almalıdır. Benzer şekilde, yöneticiler de çalışanlarıyla ilişkilerinde etik kuralları göz önünde bulundurmalı, kendi örnek davranışlarıyla da çalışanlarına rol modeli olmalıdır. Sonuç olarak, etik ve etkin örgütsel iletişimle birlikte çalışanlar kendilerini daha güvende ve değerli hissederek bilgi paylaşımından kaçınmayacaklardır. Zira çalışanların bilgiyi saklamaları, büyük ölçüde benzersiz bilgileri kaybetme ve böylece işyerinde savunmasız hale gelme korkusundan kaynaklanmaktadır. Özellikle sağlık sektörü çalışanlarının deneyimlerini birbirleriyle paylaşmaları hayati önem taşıdığından, yöneticiler etik politikalarla bu konuda çalışanlarına güvence vermelidir.

Öte yandan, bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırmanın yalnızca Erzincan ilinde yapılmış olması, yalnızca sağlık sektörünü ve tek bir kurum çalışanlarını kapsamaması araştırmanın bir kısıtıdır. Gelecekteki çalışmalar, farklı il, sektör ve kurumları araştırmalarına dâhil ederek, değişkenler arasındaki ilişkileri daha geniş kapsamlı olarak inceleyebilir. Ayrıca, araştırma verilerinin önceden hazırlanmış anket formuna bağlı olarak ve kesitsel veri yöntemiyle elde edilmiş olması araştırmanın bir diğer kısıtıdır. Kesitsel yöntemde katılımcılardan bir defaya mahsus olarak veri elde edilmekte olup, bu veriler katılımcının o andaki psikolojik durumunu yansıtmaktadır. Gelecekteki araştırmalar, boylamsal yöntemi kullanarak farklı dönemlerde katılımcılardan elde edilecekleri verilerle daha gerçekçi sonuçlar elde edebilir. Son olarak bu çalışmada, örgütsel iletişim genel olarak incelenmiştir. Gelecekteki çalışmalar örgütsel iletişimi dikey, yanal ve çapraz alt boyutlarıyla ele alarak, bu boyutların diğer araştırma değişkenleriyle olan ilişkisini inceleyebilir.

Etik Kurul İzni: Çalışma için Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulunun 30/11/2021 tarihli ve 10/07 karar/sayı numarası ile onay alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Ada, N., Alver, İ. & Atlı, F. (2008). Örgütsel iletişimin örgütsel bağlılık üzerine etkisi: Manisa Organize Sanayi Bölgesinde yer alan ve imalat sektörü çalışanları üzerinde yapılan bir araştırma. *Ege Akademik Bakış Dergisi* 8(2), 487-518.
- Adıgüzel, Z. & Küçüköğlü, İ. (2020). Examining of loneliness and organizational effectiveness based on work density and organizational communication in organizations. *Balıkesir University The Journal of Social Sciences Institute*, 23(43), 159-179.
- Ayan, A. (2005). Etik liderlik tarzının iş performansı, içsel motivasyon ve duyarsızlaşma üzerine etkisi: Kamu kuruluşunda bir uygulama. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 10(3), 117-141.
- Bakar, H. A., & Omillion-Hodges, L. (2020). The mediating role of relative communicative behavior on the relationship between ethical leadership and organizational identification. *Leadership & Organization Development Journal*. 41(1), 52-72.
- Bakker, K. A. (2007). Organizational Communication (Chapter 13). *Management Benchmark Study*, 1-15.
- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

- Bandura, A. (1969). Social learning theory of identificatory process. In D. A. Goslin (Ed.) *A Handbook of Socialization Theory and Research* (pp. 213-262). Chicago: Rand McNally.
- Bavik, Y. L., Tang, P. M., Shao, R., & Lam, L. W. (2018). Ethical leadership and employee knowledge sharing: Exploring dual-mediation paths. *The Leadership Quarterly*, 29(2), 322-332.
- Blakeney, R. N. (1986). A transactional view of the role of trust in organizational communication. *Transactional Analysis Journal*, 16(2), 95-98.
- Blau, P. (1964). *Exchange and Power in Social Life*. New York: John Wiley.
- Brown, M. E., Treviño, L. K., & Harrison, D. A. (2005). Ethical leadership: A social learning perspective for construct development and testing. *Organizational behavior and human decision processes*, 97(2), 117-134.
- Brown, M. E., & Trevino, L. K. (2006). Ethical leadership: A review and future directions. *The Leadership Quarterly*, 17(6), 595-616.
- Chennamaneni, A., Teng, J. T., & Raja, M. K. (2012). A unified model of knowledge sharing behaviours: Theoretical development and empirical test. *Behaviour & Information Technology*, 31(11), 1097-1115.
- Cohen, J. (1992). A power primer. Quantitative methods in psychology. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Cropanzano, R., & Mitchell, M. S. (2005). Social exchange theory: An interdisciplinary review. *Journal of Management*, 31, 874-900.
- Cummings, J. (2003). Knowledge Sharing: A review of the literature. *The World Bank Operations Evaluation Department*, 1-57.
- Çakıroğlu, K. I. & Öztürk, A. (2020). Mağaza kişiliği ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Business & Management Studies: An International Journal*, 8(5), 4273-4299.
- Çelik, S., Dedeoğlu, B. B. & İnanır, A. (2015). Relationship between ethical leadership, organizational commitment and job satisfaction at hotel organizations. *Ege Academic Review*, 15(1), 53-64.
- Çetinkaya, F. F. & Akkoca, Y. (2021). Stratejik liderlik ile örgütsel çeviklik arasındaki ilişkide örgütsel iletişimin aracı rolü. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(1), 66- 84.
- Çizel, B., Selçuk, O. & Atabay, E. (2020). Ortak yöntem yanlılığı üzerine sistematik bir yazın taraması. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 31(1), 7-18.
- Duman, N. (2020). Üniversite öğrencilerinde COVID-19 korkusu ve belirsizliğe tahammülsüzlük. *The Journal of Social Science*, 4(8), 426-437.
- Erdal, N., & Altındağ, E. (2020). The effect of ethical leadership and relationship orientation healthcare on employee performance. *Business Management Dynamics*, 10(3), 24.
- Ekinci, K. (2006). Örgütsel İletişim ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Eyidoğan, Ö. (2013). Etik İklimin Örgütsel İletişim Üzerindeki Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İşletme Bölümü, İstanbul.

- Freire, C. & Bettencourt, C. (2020). Impact of ethical leadership on job satisfaction: The mediating effect of work–family conflict. *Leadership & Organization Development Journal*, 41(2), 319-330.
- Gan, J. L. & Yusof, H. M. (2019). The significance of the linkage between organizational communication and employees' performance: A review paper, *Jurnal Kemanusiaan*, 1-4.
- Gouldner, A. W. (1960). *The Psychology of Behavioral Exchange*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Gross, N. & Kluge, A. (2012). Why should I share what I know?-Antecedents for enhancing knowledge-sharing behavior and its impact on shared mental models in steel production. In *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting* (Vol. 56, No. 1, pp. 403-407). Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications.
- Gürgen, H.(1997). *Örgütlerde İletişim Kalitesi*. Der Yayınları, İstanbul.
- Hayes, A. F. (2013). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: Methodology in the Social Sciences. *Kindle Edition*, 193.
- Hayes, A. F. (2018). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis second edition: A regression-based approach. New York: The Guilford Press.
- Hu, L. T. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55.
- Ince, M. & Gül, H. (2011). The role of the organizational communication on employees' perception of justice: A sample of public institution from Turkey. *European Journal of Social Sciences*. 21(1), 106-124.
- Kamaşak, R. & Bulutlar, F. (2010). The influence of knowledge sharing on innovation. *European Business Review*, 22(3), 306-317.
- Kanungo, R. N. (2001). Ethical values of transactional and transformational leaders. *Canadian Journal of Administrative Sciences/Revue Canadienne des Sciences de l'Administration*, 18(4), 257-265.
- King, J. M. (2001). Employee Participation in Organizationally Maintained Knowledge Sharing Activities, A Master Thesis, University of Toronto, Kanada.
- Koay, K. Y., & Lim, P. K. (2021). Ethical leadership and knowledge hiding: Testing the mediating and moderating mechanisms. *Journal of Knowledge Management*, 26(3), 574-591.
- Le, P. B. & Lei, H. (2018). Fostering knowledge sharing behaviours through ethical leadership practice: the mediating roles of disclosure-based trust and reliance-based trust in leadership. *Knowledge Management Research & Practice*, 16(2), 183-195.
- Lin, H. F., & Lee, G. G. (2004). Perceptions of senior managers toward knowledge- sharing behaviour. *Management decision*, 42(1), 108-125.
- Ma, Y., Cheng, W., Ribbens, B. A., & Zhou, J. (2013). Linking ethical leadership to employee creativity: Knowledge sharing and self-efficacy as mediators. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 41(9), 1409-1419.
- Malhotra, N. K. (2004). *Marketing Research an Applied Orientation*, 4. Edition, Pearson Prentice Hall, New Jersey.

- Mallinckrodt, B., Abraham, W. T., Wei, M. & Russell, D. W. (2006). Advances in testing the statistical significance of mediation effects. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 372-378.
- Mayer, D. M., Kuenzi, M., Greenbaum, R., Bardes, M., & Salvador, R. B. (2009). How low does ethical leadership flow? Test of a trickle-down model. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 108(1), 1-13.
- Men, L. R. (2014). Why leadership matters to internal communication: Linking transformational leadership, symmetrical communication, and employee outcomes. *Journal of Public Relations Research*, 26(3), 256–279.
- Mihelic, K. K., Lipienik, B. & Tekavcic, M. (2010). Ethical leadership. *International Journal of Management & Information Systems – Fourth Quarter*, 14(5), 31-42.
- Mishra P. & Datta, B. (2011). Perpetual asset management of customer-based brand equity-the pam evaluator. *Current Research Journal of Social Science*, 3(1), 34-43.
- Nonaka, I., Von Krogh, G. & Voelpel, S. (2006). Organizational knowledge creation theory: evolutionary paths and future advances. *Organization Studies*, 27(8), 1179-1208.
- Nye, C. D. & Drasgow, F. (2011). Assessing goodness of fit: Simple rules of thumb simply do not work. *Organizational Research Methods*, 14(3), 548-570.
- Okan, T. & Akyüz, A. M. (2015). Exploring the relationship between ethical leadership and job satisfaction with the mediating role of the level of loyalty to supervisor. *Business and Economics Research Journal*, 6(4), 155-177.
- Oxford Üniversitesi Sözlüğü, (2022). <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/ethic?q=ethic>, Erişim Tarihi: 04.02.2022
- Oye, N. D., Salleh, M., & Noorminshah, A. (2011). Knowledge sharing in workplace: Motivators and demotivators. *International Journal of Managing Information Technology (IJMIT)*, 3(4),71-84.
- Özkılıçcı, G. (2011). Örgütsel Adalet Algısı ile Örgütsel İletişim Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü, İstanbul.
- Özyılmaz, A. & Eser, S. (2013). Ortak Metod Varyansı Nedir? Nasıl Kontrol Edilebilir? *21. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı*, 500- 508.
- Piccolo, R. F., Greenbaum, R., Hartog, D. N. D., & Folger, R. (2010). The relationship between ethical leadership and core job characteristics. *Journal of Organizational Behavior*, 31(2- 3), 259-278.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B. & Podsakoff, N. P. (2012). Sources of method bias in social science research and recommendations on how to control it. *Annual Review of Psychology*, 63, 539–569.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior research methods, instruments, & computers*, 36(4), 717-731.
- Qian, Y. & Jian, G. (2020). Ethical leadership and organizational cynicism: the mediating role of leader-member exchange and organizational identification. *Corporate Communications: An International Journal*, 25(2), 207–226.

- Saenz, J., Aramburu, N., & Rivera, O. (2009). Knowledge sharing and innovation performance: A comparison between high- tech and low- tech companies. *Journal of Intellectual Capital*, 10(1), 22-3
- Sarwar, H., Ishaq, M. I., Amin, A., & Ahmed, R. (2020). Ethical leadership, work engagement, employees' well-being, and performance: a cross-cultural comparison. *Journal of Sustainable Tourism*, 28(12), 2008-2026.
- Shafique, I., N Kalyar, M., & Ahmad, B. (2018). The nexus of ethical leadership, job performance, and turnover intention: The mediating role of job satisfaction. *Interdisciplinary Description of Complex Systems: INDECS*, 16(1), 71-87.
- Sims, R. R. (1992). The challenge of ethical behavior in organizations. *Journal of Business Ethics*, 11(7), 505-513.
- Srivastava A., Bartol K. M. & Locke E. A. (2006) Empowering leadership in management teams: Effects on knowledge sharing, efficacy, and performance. *Academy of Management Journal* 49(6), 1239–1251.
- Sumiati, S., & Nikmah, K. (2020, July). The role of organizational communication and organizational learning to human resources performance through knowledge sharing. In *Conference on Complex, Intelligent, and Software Intensive Systems* (pp. 398-407). Springer, Cham.
- Sveiby, K. E. (2000). A knowledge-based theory of the firm to guide strategy formulation: Towards a knowledge-based theory of the firm. In *ANZAM Conference, Macquarie University Sydney, Australia*.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). Using multivariate statistics: International edition. *Pearson* 2012, 1.
- Takala, T. (1997). Charismatic leadership: a key factor in organizational communication. *Corporate Communications: An International Journal*, 2(1), 8–13.
- Treviño, L. K., Hartman, L. P., & Brown, M. (2000). Moral person and moral manager: How executives develop a reputation for ethical leadership. *California Management Review*, 42, 128–142.
- Trevino, L. K., & Brown, M. E. (2004). Managing to be ethical: Debunking five business ethics myths. *Academy of Management Perspectives*, 18(2), 69-81.
- Tuna, M., Bircan, H., & Yeşiltaş, M. (2012). Etik liderlik ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması: Antalya örneği. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 26(2), 143-155.
- Tutar, H. & Yılmaz, M. K. (2013). *İletişim: (Genel ve Örgütsel Boyutuyla)*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Ural, A. & Kılıç, İ. (2018). *Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi*. Göz. Geç. ve Yenilenmiş 5. Baskı, Detay Yayıncılık, Ankara.
- Ünüvar B., & Demirtaş, Ö. (2021). Etik liderlik davranışlarının dile getirme davranışı aracılığıyla örgütsel adalet algısına etkisi: sağlık çalışanları üzerine bir araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(1), 117-129.

- Van Den Hooff, B. & De Ridder, J.A. (2004). Knowledge sharing in context: The influence of organizational commitment, communication climate and CMC usage on knowledge sharing. *Journal of Knowledge Management*, 8(6), 117-30.
- Villamizar Reyes, M. M. & Castañeda Zapata, D. I. (2014). Relation between organizational climate and its dimensions and knowledge-sharing behavior among knowledge workers. *International Journal of Psychological Research*, 7(2), 64-75.
- Xia, Z. & Yang, F. (2020). Ethical leadership and knowledge sharing: The impacts of prosocial motivation and two facets of conscientiousness. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-10.
- Yang, H. L. & Wu, T. C. (2008). Knowledge sharing in an organization. *Technological Forecasting and Social Change*, 75(8), 1128-1156.
- Yeniçeri, Ö. & Demirel, Y. (2007). Örgüt içi bilgi paylaşımına yönelik bireysel ve örgütsel engeller üzerine bir araştırma. *Selçuk Üniversitesi Karaman İ. İ. B. F. Dergisi*, 12(9), 221-234.
- Yıldız, M. L. (2019). Ethical leadership and organizational justice: The mediating effect of communication satisfaction. *İs Ahlakı Dergisi*, 12(1), 101-112.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU/YAYGIN GELİŞİMSEL BOZUKLUKTA AİLELERİN EKONOMİK YÜKLERİ

İbrahim ÇINAR *

Şirin ÇINAR **

Elif SARIKAYA ***

Duygu YAĞIZEFE ****


ÖZ

Bu araştırma Otizm Spektrum Bozukluğu/Yaygın Gelişimsel Bozukluk (OSB/YGB) tanısı alan çocukların ailelerinin karşılaştığı ekonomik yüklerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma nitel analiz yöntemlerinden doküman analizi yardımıyla, betimsel yöntem kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri İzmir ili Bornova İlçesi Beş Duyu Bir Ses Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezinden 01.01.2022-31.01.2022 tarihleri arasında çoktan seçmeli ve açık uçlu sorulardan oluşan soru formu aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmada 26 aile soru formunu yanıtlamıştır. Araştırma sonucunda ailelerin en önemli ekonomik yükünün eğitim olduğu, bunu doktor ve psikolog harcamalarının izlediği belirlenmiştir. Ailelerin önemli bir kısmı OSB/YGB nedeniyle ekonomik destek almadıklarını belirtmişlerdir. Bu nedenle ailelere kamunun ulusal ve uluslararası sözleşmeler çerçevesinde destek sağlaması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Otizm spektrum bozukluğu, yaygın gelişimsel bozukluk, Aile ekonomik yükü, Sağlık ekonomisi.

MAKALE HAKKINDA

*Öğr. Gör. Dr., İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu İlk ve Acil Yardım Programı, ibrahimcinarhealtheconomicTurkey@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1122-3130>

**İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 112 Acil Yardım İstasyonu, sirin.112@hotmail.com.

 <https://orcid.org/0000-0001-9056-6320>

***Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Ekonometri Yüksek Lisans Öğrencisi, elifsariikaya@icloud.com.

 <https://orcid.org/0000-0001-9944-7176>

****Beş Duyu Bir Ses Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, duyguyagizefe@hotmail.com.

 <https://orcid.org/0000-0002-0094-9019>

Gönderim Tarihi: 04.04.2022

Kabul Tarihi: 20.12.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Çınar, İ., Çınar, Ş., Sarıkaya, E., & Yağizefe, D. (2023). Otizm spektrum bozukluğu/yaygın gelişimsel bozuklukta ailelerin ekonomik yükleri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 49-64

ECONOMIC BURDEN OF FAMILIES IN AUTISM SPECTRUM DISORDER/PERVASIVE DEVELOPMENTAL DISORDER

İbrahim ÇINAR *
Şirin ÇINAR **
Elif SARIKAYA ***
Duygu YAĞIZEFE ****

ABSTRACT

This study was conducted to determine the economic burdens faced by the families of children diagnosed with Autism Spectrum Disorder/Pervasive Developmental Disorder (ASD/PDD). The research was carried out using the descriptive method, with the help of document analysis, one of the qualitative analysis methods. The data of the study were collected from the Beş Duyu Bir Ses Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi in Bornova, Izmir, between 01.01.2022 and 31.01.2022, through a questionnaire consisting of multiple choice and open-ended questions. In the study, 26 families answered the questionnaire. As a result of the research, it was determined that the most important economic burden of the families was education, followed by the expenditures of doctors and psychologists. A significant part of the families stated that they did not receive economic support due to ASD/PDD. For this reason, it is important that the public support families within the framework of national and international agreements.


Keywords: Autism spectrum disorders, Pervasive developmental disorder, Family economic burden, Health economic.

ARTICLE INFO

* Lecturer Dr, İzmir Kâtip Çelebi University Vocational School of Health Services First Aid and Emergency Care Programme, ibrahimcinarhealtheconomicTurkey@hotmail.com.

 <https://orcid.org/0000-0003-1122-3130>

**İzmir Katip Çelebi University Health Management Master Student, İzmir Provincial Health Directorate 112 Emergency Aid Station, sirin.112@hotmail.com.

 <https://orcid.org/0000-0001-9056-6320>

***Aydın Adnan Menderes University Econometric Master Student, elifsariikaya@icloud.com.

 <https://orcid.org/0000-0001-9944-7176>

****Beş Duyu Bir Ses Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, duyguyagizefe@hotmail.com.

 <https://orcid.org/0000-0002-0094-9019>

Received: 04.04.2022

Accepted: 20.12.2022

Cite This Paper:

Çınar, İ., Çınar, Ş., Sarıkaya, E., & Yağızefe, D. (2023). Otizm spektrum bozukluğu/yaygın gelişimsel bozuklukta ailelerin ekonomik yükleri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 49-64

I. GİRİŞ

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)/Yaygın Gelişimsel Bozukluk (YGB) doğumla birlikte ortaya çıkan, hayatın tüm aşamalarında süren, çoğunlukla başkalarına bağımlı bir yaşama neden olan, nörolojik sistem kaynaklı bir sağlık sorunudur. Sıklıkla çocuklar 2-3 yaşlarına geldiklerinde fark edilebilmekte (Susuz ve Güçüz, 2020), ancak çeşitli bilgi eksiklikleri nedeniyle tanılamada ergenlik, hatta yetişkinlik dönemine kadar varan gecikmeler olabilmektedir (TRT, 2014; Khan vd., 2020). Nörolojik sistem kaynaklı rahatsızlıklar insanların düşünme, öğrenme ve sorun çözme süreçlerinde sorunlar oluşturarak, insanların sosyal ilişkileri, iletişimleri ve etkileşimlerinde birçok olumsuzluk ortaya çıkarabilmektedir (Otizm Vakfı, 2021; Otizm Dernekleri Federasyonu (ODFED), 2021; Buescher vd., 2014). Oluşan bu olumsuz durumlar doğumdan itibaren OSB/YGB tanılı kişilerin yaşamını sürekli etkilediği gibi, ailelerini de etkilemektedir. Büyük bir umut ve hayalle dünyaya gelen çocukları ve ailelerini ömür boyu etkileyecek olan bir tanı almaları ailelerde hayal kırıklıkları yaratmakta, durumu kabullenmeleri zor olabilmektedir (TRT, 2014).

OSB/YGB tanısı ile birlikte ailelerin sosyal ve ekonomik yaşamları çeşitli şekillerde etkilenebilmektedir. Bu aşamadan sonra aileler sosyal yaşamlarına eskisi gibi devam edememekte, sosyal yaşamlarından fedakârlık yapmak zorunda kalmaktadırlar. Çoğu zaman toplum tarafından dışlandıklarını hissedip, ayrımcılığa uğradıklarını düşünerek, üzerlerinde büyük bir sorumluluk hissi ile çaresizlik içerisinde, tükenmişlik yaşayabilmekte (Paula vd., 2020; TRT, 2014), OSB/YGB tanılı çocukları olduğu için utanç duyabilmektedirler (Khan vd., 2020). OSB/YGB tanısı ile birlikte eşler arasında ayrılıklar da yaşanabilmektedir (TROtizmAnneleri, 2021). Tanıdan sonra babalarda kaçma davranışı gözlemlenebilirken, babalar çocuklarının durumunu görmezden gelebilmekte, bu nedenle çocuklarla sadece anneleri ilgilenmek zorunda kalabilmektedir (TRT, 2014). Bununla birlikte aileler ben öldükten sonra çocuğuma kim bakacak endişesi içerisinde olabilmektedir (TBMM, 2020). Çocukların ve ebeveynlerinin yanı sıra kardeşler de yoğun sorumluluk yükü altına girebilmektedir (TRT, 2014). Ebeveynler OSB/YGB tanılı çocuğuyla ilgilenirken diğer çocuklarını ihmal edebilmekte (Roddy ve O'Neill, 2019; Mahagamage vd., 2021), kendi eğitim ve gelişimlerine yatırım yapamamaktadırlar (Roddy ve O'Neill, 2019). OSB/YGB tanılı kişi ve ailelerini olumsuz etkileyen bir diğer sosyal etken de toplumun OSB/YGB hakkında yeterli bilgi sahibi olmaması nedeniyle kişiye ve aileye yönelik dışlayıcı davranışlarda bulunabilmeleridir. Bu davranışlar nedeniyle çoğunlukla hem OSB/YGB tanılı kişi hem de aile sosyal yaşamda yalnızlık hissedebilmektedir (TRT, 2014; Khan vd., 2020; Tohum Otizm Vakfı, 2021a). Bununla beraber Türkiye'de OSB/YGB bilinirlik oranının arttığı görülmektedir. Bu artışın hastalığın bilinmemesinden kaynaklı sorunları azaltabileceği ifade edilebilir (Tohum Otizm Vakfı, 2021b). Ancak Türkiye'de OSB/YGB tanılı kişilerin çoğunluğunun, çocukluktan itibaren, evde, sosyal etkileşimin yeterince olmadığı, kapalı bir hayat yaşadıkları da belirtilmektedir (MedyascopeTV, 2019). Bu kapalı hayatın da etkisiyle, çocuklar yetişkinlik çağına geldiklerinde, korku, kaygı, utanma ve hayal kırıklığı gibi duygulara sahip olabilmektedirler (Sadikova vd., 2021).

OSB/YGB tanısının bir diğer etkisi ekonomiktir. OSB/YGB tanısı alınmasını takiben, eğitim, tedavi ve bakım ile ilişkili ömür boyu süren doğrudan ve dolaylı maliyetler ortaya çıkmaktadır. Bunlardan eğitim maliyeti, çocukların yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde bağımsız yaşam becerileri kazanabilmeleri için evde ve eğitim kurumlarında yoğun bir şekilde katılmak zorunda oldukları eğitimler nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Bu eğitimler OSB/YGB tanısı alan kişilerin zihinsel gelişim düzeyleri, öz bakım becerileri, olaylara karşı tepkilerine göre farklılık gösterebilmektedir (TBMM, 2020; Roddy ve O'Neill, 2019; TRT, 2014; Knapp vd., 2009). Eğitim maliyetleri içerisinde davranış terapileri, dil ve konuşma terapileri, floortime*, duyu bütünleme terapileri, psikoterapi, spor eğitimi, müzik eğitimi, özel ders gibi kalemler yer alırken, eğitim için yolculuk masrafları (servis hizmetleri,

* Çocuğun bilişsel, sosyal, duygusal ve dil gelişimini desteklemek için karşılıklı iletişime dayanan bir yaklaşımdır (Kars vd., 2020).

akaryakıt, araç vb.), bekleme nedeniyle oluşan fırsat maliyetleri gibi çeşitli kalemler de ortaya çıkabilmektedir. Tedavi maliyetleri OSB/YGB tanısı alan kişiler için başka bir harcama kalemini oluşturmaktadır. Bu kalem içerisinde, diş tedavisi, özel hastane muayenesi, kamuda ücretli muayeneler (öğretim üyesi muayenesi), ilaç harcamaları, ortez ve protez harcamaları, özel diyet harcamaları, hayvan sahipliği, özellikli tatil harcamaları, geleneksel şifacılar gitmek gibi çözümler yer alabilmektedir. Ayrıca ailelerin sürekli OSB/YGB ile mücadele etmesinden dolayı, ailelerin kendileri için de ek maliyetler ortaya çıkabilmektedir (Horlin vd., 2014; TRT, 2014; Croteau vd., 2019; Roddy ve O'Neill, 2019; Paula vd., 2020; Mahagamage vd., 2021). Bakım harcamaları olarak, çocuğun evde bakımı, bakım evi veya sağlık kuruluşunda bakımı, sürekli evde bir bakıcı olması ya da kısmi zamanlı bakıcılara olan ihtiyaçlar, gölge öğretmen, aile bireylerinden birisinin bakması, akrabalar tarafından yapılan bakımlar, bakım için kullanılan malzeme ve yöntemler yer alabilmektedir (Knapp vd., 2009; Roddy ve O'Neill, 2019).

Tanı ile birlikte çoğunlukla ailelerde OSB/YGB seviyesine bağlı olarak OSB/YGB bakımı nedeniyle iş kayıpları oluşabilmektedir (Blaxill vd., 2021; Mahagamage vd., 2021). OSB/YGB'nin erken tanısı ile birlikte OSB/YGB tanısı alanların üretkenlikleri ve yaşam kalitesi de artabilmektedir (Øien vd., 2021). Tanı ne kadar çok gecikirse maliyet de o oranda yükselebilmektedir (Horlin vd. 2014; Øien vd., 2021). Tedavinin gecikmesi veya tedavide süreklilik olmaması nedeniyle bir üst yaşam aşamasına geçildiğinde daha yüksek maliyetli tıbbi acil durumlar ve yüksek tıbbi maliyetler ortaya çıkabilirken, hastalıktan kaynaklı maliyetler hastanın ek sorunlarına göre de farklılaşmaktadır (Ames vd., 2020). OSB/YGB sıklığı ve buna bağlı olarak maliyetleri yıllar geçtikçe artış göstermektedir (Cakir vd., 2020) ve OSB/YGB kaynaklı maliyetlerin sürekli artmaya devam edeceği belirtilmektedir (Blaxill vd., 2021). Bununla birlikte OSB/YGB maliyetinin arttığı ancak maliyetlerin OSB/YGB sıklığından daha fazla oranda artış gösterdiği belirtilmiştir (Hong vd., 2021). Ekonomik maliyetlerin kadın hastalarda, zekâ düzeyi düşüklüğü ve Asperger Sendromu varlığında yüksek olduğu (Bieleninik ve Gold, 2021; Höfer vd., 2021), tanı alanların yaşlarının maliyeti etkilediği ifade edilmiştir (Bieleninik ve Gold, 2021). Erkeklerin OSB/YGB kaynaklı maliyetinin kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir (Hong vd., 2021). OSB/YGB, eğer cepten harcamalar fazla olursa aileleri yoksullaştırıcı etkiye neden olabilmektedir (Roddy ve O'Neill, 2019; Paula vd., 2020; Mahagamage vd., 2021; Shahat ve Greco, 2021; Zhou vd., 2021). Varlıklı hanelerde bu yoksullaştırıcı etkinin daha az görüldüğü ifade edilmekle birlikte (Zhou vd., 2021), OSB/YGB maliyetinin yıllık kişi başına gelir seviyesine kadar çıkabildiği belirtilmektedir (Shahat ve Greco, 2021).

Ailelerin yaptıkları harcamalara karşılık Türkiye'de OSB/YGB tanısı alan kişiler için bazı destekler sağlanabilmektedir. Kamunun bazı sözleşmeler ve anayasa çerçevesinde bu konuda önlemler alması zorunludur. Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi ve Uluslararası İnsan Hakları Sözleşmesi, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ve çeşitli mevzuatlarda OSB/YGB tanısı alan kişilerin eğitim hakları güvence altına alınmıştır. Kamu, Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi 24. Maddesi kapsamında OSB/YGB tanısı alan kişilerin zihinsel ve fiziksel becerilerini onların potansiyeli ölçüsünde geliştirmekle yükümlüdür. Bu konudaki tedbirleri vatandaşları arasında ayırım yapmadan almak zorundadır. Ayrıca Türkiye Cumhuriyeti Anayasasına göre de OSB/YGB tanısı alan kişiler tüm eğitim haklarından ayırmsız yararlandırılmak zorundadır (Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu, 2020). Türkiye'de OSB/YGB tanısı alan kişiler resmî kurumlardan alınan raporlarla engelli olarak kabul edilebilmektedir. Engellilerin bakıcılarına devlet tarafından düzenli bir evde bakım aylığı ödenmektedir. Bu tutar 2021 yılı için net 1797 Türk Lirasıdır (TL). Bu ücret her yıl memur katsayısına göre düzenlenmektedir. OSB tanılı yetişkin bireyler de belirli koşullar altında malullük aylığı alabilmektedirler (ODFED, 2021). Engelli kişilere veya yakınlarına tanınan çeşitli vergi muafiyetleri (özel tüketim vergisi (ÖTV), katma değer vergisi (KDV), emlak vergisi, taşıt vergisi, gümrük vergisi) olduğu gibi birçok kamu kurumu (belediyeler, sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları vb.) ve özel kuruluş (telekomünikasyon, ulaşım vb.) tarafından da destekler sağlanabilmektedir (Türkiye Down Sendromu Derneği, 2021). Türkiye'de 2016-2019 yılları arasında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından OSB/YGB tanılı kişiler için yaklaşık 54 milyon TL harcanırken (TBMM 2020), kamu tarafından engellilere yönelik özel eğitim ve rehabilitasyon kurumlarına 2021 yılı için verilen destek tutarı grup eğitimleri için aylık 241 TL, bireysel eğitimler için 862 TL'dir (T.C. Hazine ve Maliye

Bakanlığı Tebliği, 2021). Bununla birlikte Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından yayınlanan Özel Eğitime İhtiyaç Duyan Bireylere Verilecek Eğitim Desteği Tutarlarına İlişkin Tebliğ uyarınca OSB/YGB tanısı alan kişilere yönelik sadece seans ücretleri ödendiği görülmektedir. Bu seanslar bireysel seanslardır. Duyu bütünleme, dil ve konuşma terapisi, ergoterapi ve spor seansları gibi OSB/YGB tedavisinde oldukça önemli olan özellikli tedavi yöntemlerine ilişkin herhangi bir destekten bahsedilmemektedir. Bahsedilmemesine rağmen bu eğitimler hekimler tarafından reçete edilebilmektedir. Aileler de zorunlu gereksinim olduğu için cepten ödeme yöntemiyle bu hizmetleri almak zorunda kalmaktadırlar. Ekonomik durumu iyi olan aileler dışında bu eğitimlerden yararlanabilmek oldukça zor görülmektedir. Kamunun uluslararası sözleşmeler ve anayasa çerçevesinde tanı alanlara yönelik bu eğitimleri de desteklemesi önemlidir. Çünkü araştırmalar (Huri ve Ceran, 2013; Kars vd., 2020) bu eğitimlerin önemini göstermektedir.

2019 yılı için Türkiye'de Türkiye İş Kurumu (İŞKUR) aracılığıyla toplam 28 OSB/YGB tanılı birey istihdam edilmiştir. 24 kayıtlı OSB/YGB tanılı yetişkinin işsizlik kaydı bulunmaktadır. OSB/YGB tanılı bireyler eğitim almış olsalar bile toplumsal önyargılardan dolayı iş için tercih edilememektedirler. Ayrıca bu kişilerin eğitim olanakları ve eğitim seviyelerinin de istihdam için istenen düzeye çoğunlukla ulaşamadığı görülmektedir (TBMM 2020).

OSB/YGB tanısı sonrasında aileler önemli sosyal ve ekonomik sorunlarla baş başa kalabilmektedirler. Ancak Türkiye için OSB/YGB tanılı kişilerin ailelere hangi düzeyde ekonomik yük oluşturduğuna yönelik bir araştırmaya ulaşılamamıştır. Bu nedenle araştırmanın alanyazına katkı vereceği düşünüldüğünden araştırma önem taşımaktadır. Bu araştırma ile birlikte bu alandaki ekonomik maliyetler ortaya çıkarılmaya çalışılacaktır. Bu sebeple bu araştırmanın amacı OSB/YGB tanısı alan çocukların ailelerinin karşılaştığı oldukları ekonomik yüklerin belirlenmesidir.

II. YÖNTEM

Bu araştırma İzmir Bornova ilçesinde bulunan Beş Duyu Bir Ses Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezinde 01.01.2022 tarihi ile 31.01.2022 tarihleri arasında kurum onayı sonrası alınan İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sosyal Araştırmalar Etik Kurulu (Tarih:07.12.2021. Karar No: 2021/21-03) izni ile uygulanmıştır. Araştırma konusunda ön bilgilendirme yapıldıktan sonra, araştırmaya katılmayı kabul eden OSB/YGB tanısına sahip kişilerin ebeveynlerinden (anne, baba, kişinin kanuni sorumluluğunu üstlenmiş vasi veya koruyucu aile) soru formu aracılığıyla bilgi toplanmıştır. Soru formu araştırmacılar tarafından alanyazın doğrultusunda geliştirilmiş, daha sonra Beş Duyu Bir Ses Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi çalışanları tarafından da gözden geçirilerek son hali verilmiştir. Beş Duyu Bir Ses Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezinde 2021 Eylül ayı itibarıyla OSB/YGB tanılı 40 kişi bu eğitimlerden faydalanmaktadır. Araştırmaya 26 kişi katılmıştır. Bu merkez özel ve ücret karşılığı hizmet veren bir rehabilitasyon merkezidir. Merkezde OSB/YGB tanısının da içerisinde bulunduğu çeşitli rahatsızlıklar için rehabilitasyon hizmeti verilmektedir. OSB/YGB tanısına sahip kişiler bu merkeze kayıt yaptırdıktan sonra tanılarıyla ilgili tüm rehabilitasyon hizmetlerine erişebilmektedirler. Rehabilitasyon merkezinde hizmetlerden yararlanabilmek için hastanelerin sağlık kurullarından %20 ve üzeri engellilik belirten sağlık kurulu raporu ile Türkiye Cumhuriyeti Millî Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı Rehberlik ve Araştırma Merkezleri tarafından verilen özel eğitim değerlendirme kurulu raporu gereklidir. Rehabilitasyon merkezinden hizmet alımı, kırk dakikalık, yalnızca öğretmen ve öğrenciden oluşan birebir seanslar şeklinde gerçekleştirilmektedir.

2.1. Veri Toplama Süreçleri

Veri toplama sürecinde öncelikle örnekleme katılma ölçütleri belirlenmiştir. Bu ölçütler;

a) Beş Duyu Bir Ses Rehabilitasyon Merkezinde, 18 yaş ve altında çocuğu eğitim görmekte olan, anne, baba, kişinin kanuni sorumluluğunu üstlenmiş vasi veya koruyucu ailelerden birisi olmak.

b) 18 yaş ve üzerinde olmak.

Veri toplama sürecinde örneklemeden dışlanma ölçütleri;

- a) Araştırma hakkında ön bilgilendirme yapıldıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul etmeme.
- b) Okuma-yazma ile ilgili bilgi ve becerisinin olmaması.
- c) Ruhsal bir tedavi alıyor olmak.

Araştırmada çoktan seçmeli ve açık uçlu olmak üzere, alanında uzman akademisyenlerden görüş alınarak, alanyazın doğrultusunda oluşturulmuş, iki kısımdan oluşan veri toplama formu kullanılmıştır. Formun birinci kısmı OSB/YGB tanısı alan kişilerin ve ailelerinin tanıtıcı özelliklerinin belirlenmesine yardımcı olacak olan çoktan seçmeli sorulardan oluşmaktadır. İkinci kısmı, ailelerin yaşadığı ekonomik yükleri kendi cümleleri ile ifade etmelerine olanak sağlayacak olan açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Veri toplama formu aracılığıyla konuyla ilgili, birincil kaynaktan, yazılı bir doküman oluşturulmuştur. Veri toplama formunun doldurulması yaklaşık 25 dakika kadar sürmektedir. Veri toplama formu aracılığıyla yazılı doküman oluşturulma esnasında, sorulara, katılımcılara ön bilgilendirme yapıldıktan sonra, Covid-19 önlemlerinin alındığı uygun bir odada, katılımcıların kendileri tarafından yanıt verilmesi sağlanmıştır. Yanıtlama esnasında anlaşılmayan bir durum olursa katılımcıya açıklama yapılmıştır. Covid-19 pandemi sürecinin devam etmesi ve bu nedenle soru formunun kurumda doldurulmasının mümkün olmaması durumunda, soruların çevrimiçi olarak katılımcılara ulaştırılması planlanmış ancak böyle bir durumla karşılaşmamıştır. Soruların yanıtlanması esnasında katılımcılara herhangi bir yönlendirmede bulunulmamıştır. Katılımcıların, sadece kendi deneyimlerini paylaşmaları istenmiştir.

2.2. Verilerin Çözümlemesi

Verilerin çözümlemesinde iki yöntem kullanılmıştır. Birinci yöntemde çoktan seçmeli anket sorularının analizi niceliksel olarak gerçekleştirilmiş ve tablolar halinde belirtilmiştir. Bunun ardından, açık uçlu sorular için doküman analizi yöntemi kullanılmıştır. Doküman analizi için betimsel yöntemden yararlanılmıştır. Betimsel yöntem daha çok “ne” sorusuna yanıt aldığımız, toplanan verilerin tümevarım yöntemiyle değerlendirildiği, bu değerlendirme esnasında verilerin önce sınıflandırılıp sonra veriler arasındaki ilişkilerin ortaya çıkarıldığı nitel bir veri analizi yöntemidir (Bektaş, 2021). Araştırmada bu yöntemin kullanılmasının birinci nedeni OSB/YGB tanılı kişilerin belirli kalıplarda tanımlanmalarında oluşan zorluklar nedeniyle ailelerin deneyimlerinin farklı olabilecek olmasıdır. İkinci nedeni Türkiye’de henüz OSB/YGB tanısının ailelere ekonomik yüküne ilişkin bir alanyazın oluşmamış olmasıdır. Bu nedenle ekonomik zorluklara ilişkin bilgiler farklı ülke deneyimlerini yansıtmaktadır. Türkiye özelindeki deneyimlerin ortaya çıkarılabilmesi için birinci ağızdan, nitel veri toplanmasının daha uygun olacağı düşünülmüştür. Betimsel analize ilişkin bulgular yorum yapılmadan, tarafsız gözle, üç araştırmacı tarafından belirlenerek araştırmanın iç tutarlılığı sağlanmıştır. Bu analizler sonrasında belirli kodlar oluşturulmuş, kodlarda oluşan ortak düşünce ifadeleri ile beraber, ifadelerle ilişkin kategoriler ortaya konulmuştur. Bu kategoriler belirlendikten sonra soru formunun birinci kısmı ile ikinci kısmı arasındaki bağlantılar ortaya çıkarılmıştır. Bu ortaya çıkarma ile birlikte ebeveynlerin ve kişilerin tanıtıcı bilgileri ile karşı karşıya oldukları ekonomik yükler arasındaki ilişkiler belirlenmiştir. Araştırmanın en son aşamasında elde edilen veriler bulgular kısmında belirtilmiş, bulgular ile alanyazın tartışma kısmında harmanlanmıştır. Daha sonra bulgular ve araştırmanın amacı doğrultusunda sonuçlar ortaya konulmuştur. Araştırmanın dış güvenilirliğinin sağlanabilmesi için araştırmadan elde edilen bulgular ile sonuçların tutarlılığı araştırmacılar tarafından kontrol edilmiştir.

III. BULGULAR

Araştırmanın bu kısmında bulgulara yer verilmiştir. Bulgularda ebeveynlere ilişkin tanıtıcı bilgiler, çocuklara ilişkin tanıtıcı bilgiler, çocukların OSB dışında ek tanısı olma durumu, çocuk için yapılan tüm ekonomik harcamalar ve ekonomik destekler tablolar yardımıyla açıklanmıştır.

Tablo 1. Ebeveynlere İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

		Katılımcı Numarası
Cinsiyet	Kadın	1,4,5,6,7,9,10,12,13,14,15,18,19,20,21,23,26
	Erkek	2,3,8,11,16,17,22,24,25
Yaş	18-30	8,12
	31-40	1,3,7,9,10,11,13,15,16,20,21,23,24,26
	41-50	2,4,5,6,14,17,18,19,25
	51-60	22
Medeni Durum	Evli	1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24
	Bekâr	9,25,26
Eğitim Düzeyi	İlkokul	1,2,21
	Ortaokul	6
	Lise	3,5,7,9,10,11,14,15,16,18,19,24,26
	Ön Lisans	13,22
	Lisans	8,12,17,20,23,25
	Yüksek Lisans	4
Çalışma Durumu	Evet	2,3,4,11,12,13,16,17,22,24,25,26
	Hayır	1,5,6,7,8,9,10,14,15,18,19,20,21,23
Gelir-Gider durumu	Gelirim giderimden az	1,5,6,7,9,10,12,14,15,16,19,26
	Gelirim giderime denk	3,8,11,13,17,18,20,22,23,24
	Gelirim giderimden fazla	2,4,21,25
Çocuk Sayısı	Bir	3,8,12,13,15,17,21,25
	İki	1,4,5,7,9,10,14,16,18,22,24
	Üç	2,6,11,19,20,23,26
Çocuğa Yakınlık Derecesi	Anne	1,4,5,6,7,8,9,10,12,13,14,15,18,19,20,21,23,26
	Baba	2,3,11,16,17,22,24,25
Çocuğunuz otizm tanısı aldıktan sonra medeni durumunuzda değişiklik oldu mu?	Evet, evliydim eşimden ayrıldım	1,9,22,26
	Hayır	2,3,4,5,6,7,8,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,23,24,25

Tablo 1’de OSB/YGB tanılı çocukların ebeveynlerine ilişkin tanıtıcı bilgiler yer almaktadır. Bu bilgilere göre araştırmanın katılanlar çoğunlukla kadınlardır (Kadın=17; Erkekler=9). Yaş gruplarının 31-40 yaş aralığında yoğunlaştığı (18-30=2; 31-40=14; 41-50=9; 51-60=1) belirlenmiştir. Medeni durumlarının çoğunlukla evli olduğu (Evli=23; Bekâr=3), eğitim düzeylerinin sıklıkla lise olduğu (İlkokul=3; Ortaokul=6; Lise=13; Ön Lisans=2; Lisans=6; Yüksek Lisans=1) görülmüştür. Çoğunlukla bir işte çalışmadıkları tespit edilmiştir (Evet=12; Hayır=14). Gelirinin giderinden az olduğunu belirtenler daha sıktır (Az=12; Denk=10; Çok=4). İki çocuk sahipliğinin daha fazla olduğu görülmüştür (Bir=8; İki=11; Üç=7). Araştırmaya katılanların büyük bir çoğunluğu çocuğun annesidir (Anne=18; Baba=8). Çocuklar OSB/YGB tanısı aldıktan sonra dört katılımcının evli olup eşinden ayrıldığı tespit edilmiştir (Evet, evliydim eşimden ayrıldım=4; Hayır=22).

Tablo 2. Çocuklara İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

		Katılımcı Numarası
Cinsiyet	Kız	2,4,12,15,17,22,24,25
	Erkek	1,3,5,6,7,8,9,10,11,13,14,16,18,19, 20,21,23,26
Yaş Grubu	2 yaş ve altı	4
	3-6 yaş	3,6,7,8,9,10,12,13,14,15,16,17,19, 20,24,26
	7-11 yaş	1,2,5,11,18,21,23,25
	12-18	22
Tanı	Çocukluk çağı otizmi (F84.0)	2,4,6,9,10,15,26
	Atipik otizm (Hafif otizm) (F84.1)	5,7,8,11,12,13,14,16,17,18,19,20, 21,22,24,25
	Asperger sendromu (F84.5)	1,3,23
Tanı alma yaşı	2 yaş ve altı	4,6,7,8,12,13,15
	3-6 yaş	1,3,5,9,10,11,14,16,17,18,19,20,21, 22,23,24,25,26
	7-11 yaş	2
Zihinsel düzey	Öğrenme güçlüğü veya zihinsel engelliliği yoktur	3,5,6,8,11,12,14,15,17,19,20,24,25, 26
	Öğrenme güçlüğü veya zihinsel engelliliği vardır	1,2,4,7,9,10,13,16,18,21,22,23
Öz bakım düzeyi (banyo, diş fırçalama, giyinme vb.)	Kötü	2,4,6,7,9,12,15,25
	Orta	1,5,8,10,11,13,14,16,17,18,19, 21,23,24,26
	İyi	3,20,22
Eğitim düzeyi	Eğitim almıyor	15
	Okul öncesi	7,8,10,11,12,13,14,16,17,19,20,24,26
	İlkokul	1,2,3,5,6,9,18,21,23,25
	Ortaokul	4,22
Yetişkinlik çağında kendi başına bir meslek sahibi olup, kendi geçimini sağlayabilir mi?	Evet	5,8,12,14,19,20
	Hayır	1, 2,3,4,6,7,9,10,11,13,15,16,17,18, 21,22,23,24,25,26

Tablo 2’de araştırmaya katılan ebeveynlerin çocuklarına ilişkin tanıtıcı bilgiler yer almaktadır. Tablo 2’ye göre çocuklar çoğunlukla erkektir (Kız=8; Erkek=18). Sıklıkla 3-6 yaş grubundadırlar (2 yaş ve altı=1; 3-6 yaş=16; 7-11 yaş=8; 12-18 yaş=1). Tanı çoğunlukla Atipik Otizm (Hafif otizm) olarak belirtilmiştir (Çocukluk Çağı Otizmi=7; Atipik Otizm=16; Asperger Sendromu=3). Tanı alma yaşları sıklıkla 3-6 yaş arasındadır (2 yaş ve altı=7; 3-6 yaş=18; 7-11 yaş=1). Çocukların zihinsel düzeyleri ebeveynleri tarafından daha çok öğrenme güçlüğü ve zihinsel engelliliği yok şeklinde tanımlanmıştır (Öğrenme güçlüğü veya zihinsel engelliliği yok=14; Öğrenme güçlüğü veya zihinsel engelliliği var=12). Çocukların öz bakım düzeyleri çoğunlukla orta olarak ifade edilmiştir (Kötü=8; Orta=15; İyi=3). Eğitim düzeyleri genelde okul öncesi olarak görülmektedir (Eğitim almıyor=1; Okul öncesi=13; İlkokul=10; Ortaokul=2). Çocukların ebeveynleri çocuklarının çoğunlukla yetişkin çağına geldiğinde kendi başına bir meslek sahibi olup, kendi geçimini sağlayamayacağını düşünmektedir (Evet sağlayabilir=6; Hayır sağlayamaz=20).

Tablo 3. OSB Dışında Ek Tanısı Olma Durumu

OSB dışında ek tanısı olma durumu	Katılımcı Numarası
Kekemelik	6
Dil Konuşma Güçlüğü	7
Duyu bütünleme problemleri, takıntılı davranışlar, problem davranışlar, ağlama nöbetleri, kan değerlerinde yükseklik, kalp problemi (tedavi edildi)	8
Zihinsel ve bedensel engeli var	10
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu var	11

Tablo 3 OSB/YGB tanılı çocukların bu tanılar dışında başka ek rahatsızlığı olup olmadığını göstermektedir. Tablo incelendiğinde beş tane çocuğun ek tanısı olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Çocuk İçin Yapılan Tüm Ekonomik Harcamalar

Ekonomik harcamalar	Katılımcı Numarası
Yiyecek içecek, özel ders, doktor, cihaz, fizik tedavi (diğer çocuğum için).	1
Doktor, özel ders.	3
Psikiyatr, psikolog yardımı, aile terapisi, atölye etkinlikleri, müzik terapisi, spor, duyu bütünleme eğitimi, özel dersler.	4
Devletin verdiği ders saati ygb için çok yetersiz geliyor. Eğitim için kendi cebimizden harcama yapmak zorunda kalıyoruz. Ders saatlerinin artırılmasını aileler olarak istiyoruz.	5
Haftada 1 spor, zihin kuramı, bireysel özel ders, futbol.	6
Spor, havuz, ergoterapi, özel bireysel dersler, tuvalet eğitimi olmadığı için bebek bezi, beslenme için organik ürünler alıyoruz.	7
Psikolog yardımı (eşim ve kendim için), oğlum için özel ders, oğlum için duyu bütünleme seansları, oğluma uygun kreş (her kreşe kabul edilmediği için özel bir kreşe gidiyor). İleride dil konuşma dersi gerekebilir, şu an alamıyoruz. Öğretmeni gerekebilir dedi.	8
Fazladan özel eğitim dersi için 1000 lira, duyu bütünleme dersi için 1200 lira, spor için, havuz için.	9
Pedagog ve psikolog yardımı, fizyoterapi eğitimi, dil konuşma eğitimi alıyoruz.	10
Oğlumu hem spor dersi hem müzik dersi alabileceği bir anaokuluna gönderiyorum. Aylık 3600 TL. Aynı zamanda gittiğimiz özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinden haftada 8 saat bireysel ders özel olarak alıyoruz. 3800 TL'de oraya ödüyorum.	11
Duyu bütünleme eğitimi hafta 3 olması için gerekli aylık yaklaşık 2400 TL dil konuşma dersi için gerekli ücret.	12
Çocuğumun daha iyi eğitim alabilmesi için oyun merkezlerine, rehabilitasyon derslerine ek ücretler ödeyerek fazla eğitim almasını ve materyaller alarak eğitimini destekliyorum.	13
Çocuğum için gerekli eğitimleri araştırıp onu özel eğitime ve duyu bütünleme seanslarına götürmeye başladım. Eğitimi için gerekli olan materyali temin ederek ev ödevleri ile destekte bulunuyorum.	14
Maddi durumumuz zaruri ihtiyaçların dışında daha fazla harcama yapmamıza olanak sağlamıyor. Çocuğum çok hareketli olduğu için spor eğitimine harcama yapabiliyoruz.	19
Kendimiz için bir harcama yapamıyoruz. Otizm eğitimleri yeterince maliyetli. Anca eğitime yetişebiliyorum.	20
Çocuğumun sosyalleşme anlamında sıkıntı çekiyoruz. Onun için spor kurslarına gidiyoruz. Onun için 800 TL harcamam oluyor.	21
Yanıt vermeyip, soruyu boş bırakan katılımcılar	2,15,16,17,18,22, 23,24,25,26

Tablo 4 araştırmada ebeveynlere sorulan açık uçlu sorunun yanıtlarından oluşmaktadır. Bu açık uçlu soru, "Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)/Yaygın Gelişimsel Bozukluk (YGB) tanısı nedeniyle çocuğunuz ve kendiniz için yaptığınız, yapmak zorunda olduğunuzu düşündüğünüz tüm ekonomik harcamalarınızı kendi cümlelerinizle ifade ederek yazınız lütfen?" sorusudur. Katılımcılardan 15 ebeveyn bu soruya yanıt vermiş, 11 ebeveyn yanıt vermemiştir. Verilen yanıtlar katılımcı numaraları ile birlikte soru formuna yazıldığı şekliyle aktarılmıştır. Bu aktarımdan sonra yazılan cümleler ve kelimeler ayrı ayrı okunmuştur. Ortak kelimelerin neler olduğu Word programı üzerinde renklendirilerek belirlenmiştir. Bu ortak kelimelerden yola çıkarak ailelerin yaşadıkları ekonomik sorunlarla ilişkili kodlar ve kodlara bağlı olarak temalar oluşturulmuştur.

Tablo 4’de görülen en önemli ifadeler terapi ve eğitimidir. Terapi ve eğitim ifadeleri bazen birbirinin yerine kullanılabilir. İfadelerde bazı katılımcıların terapi bazı katılımcıların eğitim ifadesini kullandığı görülmektedir (Katılımcı 8: Duyu bütünleme seansı; Katılımcı 14: Duyu bütünleme seansları; Katılımcı 9: Duyu bütünleme dersi; Katılımcı 12: Duyu bütünleme eğitimi; Katılımcı 1 fizik tedavi; Katılımcı 10: Fizyoterapi eğitimi). Benzer bir ifade de spor için kullanılmıştır. Bazı katılımcılar yalnızca spor diye ifade ederken (Katılımcı 4, 6 ve 7), başkaları spor eğitimi olarak ifade etmiştir (Katılımcı 11: Spor dersi; Katılımcı 19: Spor eğitimi; Katılımcı 21: Spor kursları). Bu nedenle araştırmanın bu kısmında duyu bütünleme ve spor olarak geçen ifadeler eğitim ifadeleri olarak kabul edilmiştir. Benzer şekilde havuz olarak geçen ifadeler de hidroterapi eğitimi kapsamında değerlendirilmiş ve eğitim olarak kodlanmıştır (Katılımcı 7 ve 9). Bu şekilde yapılan kodlamalardan sonra soruya yanıt veren tüm katılımcıların OSB/YGB tanısı olan çocukları için eğitim harcaması yaptığı ortaya çıkmıştır.

Tablo 4’de ikinci en çok görülen ifadenin tedavi için yapılan harcamalar olduğu görülmektedir. Katılımcıların bu harcamaları doktor olarak ifade ettikleri (Katılımcı 1 ve 3) gibi, psikiyatr (Katılımcı 4), pedegog, psikolog (Katılımcı 4, 8 ve 10), aile terapisi (Katılımcı 4), müzik terapisi (Katılımcı 4) gibi ifadelerin geçtiği de görülmektedir. Bu ifadelerden pedegog ve psikiyatr ifadeleri doktor ifadesinin uzmanlık alanı olarak ifade edilmesidir. Aile terapisi ve müzik terapileri psikolog eşliğinde yapılmaktadır. Bu nedenle bu ifadeler psikolog tarafından ilaçsız yapılan tedavi yöntemleridir. Bu nedenle katılımcıların ifadelerinden önem sırasına göre ikinci olarak doktor ve psikolog tedavisi kavramlarının ön plana çıktığı görülmektedir.

Tablo 4 incelendiğinde bazı katılımcıların (9,11,12,21) parasal değer ifade ettikleri görülmektedir. Katılımcı 9, “*özel eğitim dersi için 1000TL, duyu bütünleme dersi için 1200 TL ödediğini ifade etmiştir*”. Katılımcı 11, “*gittiğimiz özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinden haftada 8 saat bireysel özel ders alıyoruz. 3800 TL’de oraya ödüyorum ifadesini kullanmıştır*”. Katılımcı 12, “*duyu bütünleme eğitiminin haftada 3 olması için gerekli aylık yaklaşık 2400 TL ödediğini belirtmiştir*”. Katılımcı 21, “*Çocuğumun sosyalleşme anlamında sıkıntı çekiyoruz. Onun için spor kurslarına gidiyoruz. Onun için 800 TL harcamam oluyor*” diye belirtmiştir.

Tablo 5. Ekonomik Destekler

Ekonomik destekler	Katılımcı Numarası
Nafaka, aile, yardım	1
Ailem yardım ediyor ve yardım topluyor	3
Yok	4
Yok	5
Sadece kendi aldığım maaşım var. Başka destek alacağım kimsem yok.	6
Sadece eşim çalışıyor, maalesef başka destek olan kimsemiz yok.	7
Eşimin ailesi.	8
Var. Annem ve babam para gönderiyor. Muhtar para yardımı yapıyor.	9
Yok.	10
Yok	11
Yok.	12
	13
Yok*	14
Maalesef yok.	19
Destek sağlayan yok	20
Yok.	21
Yok.	22
Yanıt vermeyip, soruyu boş bırakan katılımcılar	2,15,16,17,18,23,24,25,26

*Katılımcı soruya yok anlamında çizgi işareti ile yanıt vermiştir.

Tablo 5’te ailelerin başkalarından aldığı ekonomik destekler gösterilmektedir. Ekonomik desteklerle ilgili “*Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)/Yaygın Gelişimsel Bozukluk (YGB) ile ilgili ekonomik harcamalarınıza sizden başka ekonomik destek sağlayanlar varsa belirtiniz lütfen?*” açık uçlu sorusuna

9 ebeveyn yanıt vermemiştir. Diğer ebeveynler yanıtlamışlardır. Bu yanıtlardan dört katılımcı ailesinden yardım aldığını belirtmiştir (Katılımcılar:1,3,8,9). İki katılımcı yardım topladığını ifade etmiştir (Katılımcı 1 ve 3). Bir katılımcı nafaka aldığını söylemiştir (Katılımcı 1). Diğer katılımcılar destek alacağı kimse olmadığını belirtmiştir (Katılımcılar: 4,5,6,7,9,10,11,12,13,14,19,20,21,22). Bu yanıtlara ilişkin kodlar incelendiğinde sıklıkla destek yok ifadesinin kullanıldığı, bu ifadeyi aile yardımı ve yardım toplanıyor ifadelerinin takip ettiği görülmüştür.

IV. TARTIŞMA

Araştırma sonuçları çeşitli bilgi eksiklikleri nedeniyle tanılamada ergenlik, hatta yetişkinlik dönemine kadar varan gecikmeler olabildiğini ifade etmektedir (TRT, 2014; Khan vd., 2020). Bununla birlikte araştırma bulguları incelendiğinde çocukların tanı alma yaşlarının sıklıkla altı yaş altında olduğu görülmektedir. Yalnızca bir çocuğun tanısı 7-11 yaş arasında belirlenebilmiştir (Tablo 2). Tanının sıklıkla altı yaş ve altında belirlenebiliyor olması Susuz ve Güçiz'in (2020) araştırma sonuçlarını desteklemektedir. Tanısı geç belirlenen çocuğun (Katılımcı 2) çocukluk çağı otizmi tanısı ve öğrenme güçlüğü ile zihinsel engelliliği bulunmaktadır. Ebeveyni 41-50 yaş arası erkek, ilköğretim mezunu, evli, çalışmakta, geliri giderinden fazla ve üç çocuğu vardır. Diğer çocuklara göre geç tanı alan çocuğun ebeveyninin eğitim düzeyinin düşük olması geç tanının nedeni olarak düşünülebilir.

Araştırmada sorulan sorulardan bir tanesi de çocuğunuz otizm tanısı aldıktan sonra medeni durumunuzda bir değişiklik oldu mu sorusudur. Bu soruya dört katılımcı evliken ayrıldığını belirtmiştir (Katılımcılar: 1,9,22,26). Bu sonuç OSB/YGB tanısı alan çocukların ebeveynlerinin ayrılabilirliğini ifade eden sonuçla tutarlılık göstermektedir (TROtizmAnneleri, 2021). Bu katılımcılardan, katılımcı 9 ve 26 daha sonra yeni bir evlilik yapmamışlardır (Tablo 1). Eşinden ayrılanlardan üç kişi kadın ve bir kişi erkektir. Ayrıca Tablo 2'ye göre, eşinden ayrıldığını ifade eden ebeveynlerin çocuklarının üçünün cinsiyeti erkek (Katılımcı:1,9,26), bir tanesinin cinsiyeti kızdır (Katılımcı 22).

Araştırma sonuçları incelendiğinde bir ebeveynin (Katılımcı: 21) sosyalleşme ile ilgili sorun bildirdiği ve bu sorunu aşabilmek için çocuğunu spor kursuna gönderdiği ifadesi vardır. Bunun için 800 TL harcama yapmaktadır. Sosyal yaşamda yalnızlık hissetme çeşitli araştırmalarda da ifade edilmiştir (TRT, 2014; Khan vd., 2020; Tohum Otizm Vakfı, 2021a). Araştırmadaki ifadeler bu yalnızlığın ek maliyete neden olduğunu göstermektedir.

Araştırma sonuçları tanıların maliyetlerle ilişkili olduğuna dair bilgiler sunmaktadır (Tablo 2). Asperger Sendromu ve Çocukluk Çağı Otizmi tanısı alan çocukların tamamının ailesi, çocukları yetişkinlik çağına geldiğinde kendi kendine bir iş kurup geçimini sağlayabileceğini düşünmemektedir. Benzer sonuç cinsiyet açısından da ifade edilebilmektedir. Erkek çocukların ve bir tane kız çocuğunun (Katılımcı 12) yetişkinlik çağına geldiğinde kendi kendine iş kurup geçinebileceği düşünülmektedir. Ancak diğer kız çocuklarının bunu başarabileceğine inanılmamaktadır. Bununla beraber Atipik Otizm (Hafif Otizm) tanısı alan çocukların ailelerinin tamamının da çocukları yetişkinlik çağına geldiğinde kendi kendine bir iş kurup geçinebileceği düşüncesi içerisinde oldukları görülmektedir. Bu sonuçlar, ekonomik maliyetlerin Asperger Sendromu varlığında yüksek olduğunu (Bieleninik ve Gold, 2021; Höfer vd., 2021) ifade eden çalışmalarla paralellik göstermektedir. Sonuçlar tanının maliyetleri etkilediğini ifade etmektedir.

Araştırmada ortaya çıkan en önemli sonuçlardan birisi OSB/YGB tanısına sahip çocuklara ilişkin eğitim maliyetleridir. Geçmiş yıllarda yapılan araştırmalar, OSB/YGB tanısı alan kişilerin zihinsel gelişim düzeyleri, öz bakım becerileri, olaylara karşı tepkilerine göre farklı eğitimlere ihtiyaçları olduğunu göstermektedir (Knapp vd., 2009; Horlin vd., 2014; Croteau vd., 2019; Paula vd., 2020; Roddy ve O'Neill, 2019; TBMM, 2020; Mahagamage vd., 2021). Tablo 4 incelendiğinde çocukların öğrenme güçlüğü veya zihinsel engelliliğinin olması ya da olmaması durumunda eğitim ile ilgili olarak farklı bir maliyet göze çarpmamaktadır. Soruya yanıt veren ebeveynlerin OSB/YGB tanılı çocuklarına mümkün olan eğitimleri aldırılmaya çalıştıkları gözlenmektedir. Bununla beraber araştırma sonuçlarından (Tablo 2), çocuklarının eğitim düzeyini anaokulu olarak belirtenlerin tamamı, çocukları yetişkinlik çağına

geldiğinde kendi başına bir meslek sahibi olup, kendi geçimini sağlayabilecekleri düşüncesi içerisinde. Araştırma yapılırken ailelerin çocukları küçük yaşlarda olduğunda onların gelecekle ilgili umutlu oldukları, çocukların eğitimlerle gelişimlerini gördükleri ancak belirli bir noktadan sonra gelişimin ilerlememesi nedeniyle büyük bir hayal kırıklığı yaşayabildiklerine ilişkin düşünceler kurum çalışanları tarafından gayri resmi olarak ifade edilmiştir. Bu ifadeye ilişkin sorular daha sonraki araştırmalarda yer alırsa, ifadenin desteklenip desteklenmeyeceği ortaya çıkarılabilir.

Geçmiş araştırmalar (Knapp vd., 2009; Roddy ve O'Neill, 2019) bakım maliyetlerinin olduğunu ifade etmektedir. Araştırma sonuçları benzer şekilde bazı bakım maliyetlerinin olduğunu ortaya koymuştur. Bu maliyetler, Katılımcı 8 tarafından "Oğluma uygun kreş (her kreşe kabul edilmediği için özel bir kreşe gidiyor)" ifadesi ile belirtilmiştir. Katılımcı 1, "cihaz, yiyecek içecek" ve Katılımcı 7, "bebek bezi, beslenme ve organik ürünleri" maliyetler arasında belirtmiştir. Bunlarla birlikte akraba bakımı, evde bakıcı bakımı gibi maliyetler belirtilmemiştir. Bu nedenle araştırmaya katılan OSB/YGB tanılı çocukların ebeveynlerinin çocuklarına destek almadan bakmaya çalıştıklarını düşündürmektedir.

OSB/YGB, eğer cepten harcamalar fazla olursa aileleri yoksullaştırıcı etkiye neden olabilmektedir (Roddy ve O'Neill, 2019; Paula vd., 2020; Mahagamage vd., 2021; Shahat ve Greco, 2021; Zhou vd., 2021). Araştırma sonuçları (Tablo 4) Katılımcı 19 ve 20'nin benzer ifadeleri kullandıklarını ortaya çıkarmıştır. Katılımcı 19 "Maddi durumumuz zaruri ihtiyaçların dışında daha fazla harcama yapmamıza olanak sağlamıyor" ifadesini kullanmıştır. Katılımcı 20 de, "Kendimiz için bir harcama yapamıyoruz. Otizm eğitimleri yeterince maliyetli" diye belirtmiştir. Bu ifadeler, OSB/YGB tanısının aileleri yoksullaştırıcı etkisi olduğunu göstermektedir. Bu ifadeyi destekler şekilde OSB/YGB maliyetinin yıllık kişi başına gelir seviyesine kadar çıkabildiği de belirtilmektedir (Shahat ve Greco, 2021). Ayrıca ebeveynlere ilişkin bulgularda gelirinin giderinden az olduğunu belirtenlerin sayısının diğer gruplara göre daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

OSB/YGB tanılı bireylerin ebeveynleri çoğunlukla ekonomik destekleri olmadığını ifade etmişlerdir. Ancak kamu tarafından OSB/YGB tanılı bireylerin engelli olarak kabul edildiği ve buna yönelik destekler alabildikleri bilinmektedir (ODFED, 2021; Türkiye Down Sendromu Derneği, 2021; TBMM, 2020; T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı Tebliği, 2021). Aileler bu destekler konusunda herhangi bir ifade bulunmamışlardır. Ailelerin bu destekleri alıp da mı ifade etmedikleri yoksa gerçekten mi destek almadıkları ifadelerinden anlaşılamamıştır. Ailelerin bakım konusunda sıkıntılı olmaları öldükten sonra çocuğa kimin bakacağı yönündeki endişelerinden de anlaşılmaktadır (TBMM, 2020). Bununla beraber araştırma yapılan merkez tarafından ailelerin çocukları için OSB/YGB tanısını resmi olarak almak istemedikleri, çünkü bu tanıyı kabul etmekte zorlandıkları belirtilmiştir. Ancak aileler çocukları ilkökula geldiğinde bu tanıyı almak zorunda kalmaktadırlar. Çünkü okulda kaynaştırma sınıflarında eğitimlerini sürdürmeleri gerekmektedir. Ailelerin bu tarz bir davranış içerisinde olması TRT (2014) tarafından yapılan belgeselde de ifade edilmiştir. Bu nedenle araştırmaya katılan ailelerin durumu kabullenmekte zorlandıkları düşünülmektedir. Ekonomik destekler konusunda belirtilen soruya yanıt veren katılımcılardan, Katılımcı 1 "nafaka, aile ve yardım", Katılımcı 3, "ailem yardım ediyor, yardım topluyor" ve Katılımcı 9, "annem ve babam para gönderiyor, muhtar para yardımı yapıyor" ifadelerini kullanmışlardır. Soruya yanıt veren diğer katılımcılar "yok" yanıtını vermiştir. Bu ifadelerden anlaşıldığı kadarıyla ailelerin çok azı mali destek alabilmektedir. Bununla birlikte desteklerin, ailenin durumunu gören vatandaşlar tarafından da yapılabildiği görülmektedir. Yardım topluyor ifadesine daha önce yapılan araştırmalarda rastlanılmamıştır.

Aileler, çocuklarının yetişkinlik çağında kendi başına bir meslek sahibi olup, kendi geçimini sağlayabilecekleri konusunda daha çok olumsuz yanıt vermişlerdir. TBMM (2020) raporunda da OSB/YGB tanılı çocukların iş için tercih edilmedikleri ve çok azının istihdam edilebildiği ifade edilmektedir. Bu sonuç belirtilen ifadeleri destekler niteliktedir. Tanı alan çocukların ömür boyu ailelerine muhtaç yaşamak zorunda kaldıkları (TRT, 2014), ailelerinin de öldükten sonra çocuğuma kim bakacak endişesi içerisinde olduğu (TBMM, 2020) bilinmektedir. Bu nedenle OSB/YGB tanılı çocukların bakımı için aileleri rahatlatan sosyal politikalar geliştirilmelidir.

V. SONUÇ

Bu araştırma OSB/YGB tanısı alan çocukların ailelerinin karşılaştıkları ekonomik yüklerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonucunda ailelerin bir takım ekonomik yüklerle karşılaştıkları anlaşılmıştır. Bu ekonomik yüklerden en önemlisinin çocuklar için gerekli eğitim masraflarıdır. Bu masrafları tedavi masrafları takip etmektedir. Tedavi masraflarının Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanıyor olması bu masrafları ikinci sıraya itmiş gibi görünmektedir. Aileler sıklıkla ekonomik destek alamadıklarını ifade etmişlerdir. Bunun yanı sıra aile tarafından yardım edildiği ve özellikle sosyal çevre tarafından yardımlar toplandığı görülmüştür. Tanı nedeniyle bazı aile birlikteliklerinin bozulduğu ifade edilmiştir. Çocuğun hastalık tanısının, cinsiyetinin ve çocuğun hangi eğitim seviyesinde olduğunun ailelerin çocuklarına ilişkin gelecek yıllardaki beklentilerini etkilediği görülmüştür. Çocukların sosyalleşme sorunu nedeniyle ek eğitim maliyetinin oluştuğu ortaya çıkmıştır. Bazı ailelerin tanı nedeniyle ekonomik sorunlar yaşadıkları görülmüştür. Ailelerin çoğunluğunun da çocuklarının gelecekte bir iş sahibi olamayacağını düşündükleri ifade edilebilir. Bazı ailelerin bakım için beslenme ve cihaz maliyeti belirttiği de görülmüştür. Çocukların tanılarının erken yaşlarda olması konunun farkındalığının arttığını düşündürmektedir. Tanı alan çocukların öğrenme güçlüğü olmasının ve zihinsel engellilik varlığının ekonomik harcamalara etkisinin olmadığı görülmüştür.

VI. ÖNERİLER

Araştırma sonuçları göstermektedir ki OSB/YGB tanılı ailelerin ekonomik desteğe ihtiyaçları vardır. Ailelerin sosyalleşmelerinin ve bakım desteğinin sağlanacağı ortamların oluşturulmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Özellikle kamunun ulusal ve uluslararası sözleşmeler çerçevesinde OSB/YGB tanısı alan çocukların eğitimi başta olmak üzere ailelere maddi ve manevi destek sağlaması oldukça önemlidir. Böyle bir destek sağlanamaması durumunda aileler yaşadıkları zorluklarla baş başa kalmak zorunda olacaklardır. Kamunun tanı sonrasında az da olsa ekonomik desteği olduğu görülmektedir. Ancak bu desteklerin özellikle, tanıyla ilgili son gelişmeler ve tedavi yöntemleri takip edilerek hastalıklar özelinde sürekli güncellenmesi ve geliştirilmesi önerilmektedir. Tanı alan kişilere yönelik gerekli eğitim ve rehabilitasyon yaklaşımlarının birlikte uygulanması da desteklenmelidir. Kamunun OSB/YGB riskini belirleyebilmek için gebelik öncesi, gebelik esnası ve erken çocukluk döneminde birçok gelişmiş ülkede halihazırda uygulama bulan güncel sağlık taramalarına ilişkin gerekli önlemleri alması ve bu önlemlere ilişkin maddi desteği sağlaması, olası sağlık risklerinin ve tanılarının ortaya çıkmasına yardımcı olacaktır. Böylece ailelere ve kamuya hayat boyu devam edebilecek olan ağır yükler oluşması önlenilecektir. Tüm bu önlemlere rağmen tanı ortaya çıktığında da kamu ailelere mümkün olabilecek tüm maddi ve manevi desteği sağlamalıdır.

Konuyla ilgili yeni yapılacak araştırmaların yüz yüze derinlemesine görüşme şeklinde yapıp, kayıt cihazlarıyla kayıt altına alınmasının bu araştırmada ifade edilememiş olan duygu ve düşüncelerin açığa çıkmasına olanak sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca OSB/YGB nedeniyle tanı alan kişilerin ve ailelerinin yaşadıkları maddi ve manevi zorlukları ölçebilmek amacıyla niceliksel ölçeklerin geliştirilmesi de faydalı olabilecektir.

VII. SINIRLILIKLAR

Bu araştırma İzmir ilinde, Beş Duyu Bir Ses Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezinde gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle tek bir ilin tek bir rehabilitasyon merkezini kullanan OSB/YGB tanılı çocukların ailelerinin ifadelerini göstermektedir.

Bu araştırmada hedeflenen, otizm bakım ücretlerinin parasal değer olarak elde edilebilmesiydi. Ancak araştırmanın katılımcılarının özellikle açık uçlu sorulara parasal değerlerle yanıt vermedikleri gözlenmiştir (9,11 ve 12 numaralı katılımcılar hariç). Bu nedenle bulgular parasal değer olarak ifade edilememiştir. Ayrıca araştırma esnasında ailelerin tüm sorulara yanıt vermemeleri daha fazla veri elde edilmesi olanağını azaltmıştır.

Etik Kurul İzni: Bu çalışma, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sosyal Araştırmalar Etik Kurulu (Tarih:07.12.2021. Karar No: 2021/21-03) izni ile uygulanmıştır.

KAYNAKLAR

- Ames, J. L., Massolo, M. L., Davignon, M. N., Qian, Y., & Croen, L. A. (2021). Healthcare service utilization and cost among transition-age youth with autism spectrum disorder and other special healthcare needs. *Autism*, 25(3), 705-718. <https://doi.org/10.1177/1362361320931268>.
- Bektaş, O. (2021, 10 Mayıs). *Nitel YT-32: Betimsel ve içerik veri analizi*. <https://www.youtube.com/watch?v=0LsjCNKF7LI>.
- Bieleninik, Ł., & Gold, C. (2021). Estimating components and costs of standard care for children with autism spectrum disorder in Europe from a large international sample. *Brain Sciences*, 11(3), 340.
- Blaxill, M., Rogers, T., & Nevison, C. (2021). Autism tsunami: the impact of rising prevalence on the societal cost of autism in the uUnited States. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-17. <https://doi.org/10.3390/brainsci11030340>.
- Buescher, A.V., Cidav, Z., Knapp, M., & Mandell, D. S. (2014). Costs of autism spectrum disorders in the United Kingdom and the United States. *JAMA pediatrics*, 168(8), 721-728. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.210. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.210>.
- Cakir, J., Frye, R. E., & Walker, S. J. (2020). The lifetime social cost of autism: 1990–2029. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 72, 101502. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2019.101502>.
- Croteau, C., Mottron, L., Dorais, M., Tarride, J. E. & Perreault, S. (2019). Use, costs, and predictors of psychiatric healthcare services following an autism spectrum diagnosis: Population-based cohort study. *Autism*, 23(8), 2020-2030. <https://doi.org/10.1177/1362361319840229>.
- Hong, M., Lee, S. M., Park, S., Yoon, S. J., Kim, Y. E. & Oh, I. H. (2020). Prevalence and economic burden of autism spectrum disorder in South Korea using national health insurance data from 2008 to 2015. *Journal of autism and developmental disorders*, 50(1), 333-339. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04255-y>.
- Horlin, C., Falkmer, M., Parsons, R., Albrecht, M. A., & Falkmer, T. (2014). The cost of autism spectrum disorders. *PloS One*, 9(9), e106552. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106552>.
- Höfer, J., Hoffmann, F., Dörks, M., Kamp-Becker, I., Küpper, C., Poustka, L., Roepke, S., Roessner, V., Strots, S., Wolff, N., & Bachmann, C. J. (2021). Health services use and costs in individuals with autism spectrum disorder in Germany: Results from a survey in ASD outpatient clinics. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04955-4>.
- Huri, M., & Ceran, E. (2013). Otistik belirtiler gösteren okul öncesi çocuklarda duyu bütünleme ve dır/floortime tabanlı ergoterapi, aile eğitim müdahalesi ve gölge öğretmen uygulamalarından oluşan tedavi modülünün 6 aylık sonuçları. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 1(2), 160-161.
- Kars, S., Huri, M., Kayıhan, H. & Ergül, Ç. (2020). Otizm spektrum bozukluğu olan bir çocukta dır/floortime müdahalesinin duyuşal işleme ve uyum davranışı üzerine etkisi: olgu sunumu. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 8(2), 175-184. <https://doi.org/10.30720/ered.633482>.
- Khan, A. S., AlGhadeer, H. A., Mohammed, A., Al-Qassimi, T. M. A. J., Al-Momen, H. H., & Al-Nazzal, M. Y. (2020). Autism in Saudi Arabia, a challenge to Saudi families: a cross-sectional

- study. *International Medicine in Developing Countries*, 4(9), 1453-1458. <https://doi.org/10.24911/IJMDC.51-1595277794>.
- Knapp, M., Romeo, R., & Beecham, J. (2009). Economic cost of autism in the UK. *Autism*, 13(3), 317-336. <https://doi.org/10.1177/1362361309104246>.
- Mahagamage, B. A., Rathnayake, L. C., & Chandradasa, M. (2021). Parental perspectives on the lived experience of having a child with autism spectrum disorder in Sri Lanka. *Sri Lanka Journal of Child Health*, 50(1), 110-115. <http://dx.doi.org/10.4038/sljch.v50i1.9411>.
- MedyascopeTV (2019, 1 Eylül). *Otizimli-aspergerli Nazım Özgün İpek ile 2 Nisan Otizm Farkındalık Gününü üzerine*. <https://www.youtube.com/watch?v=8SoW0DoGvHE>. Erişim tarihi:01.04.2022.
- Øien, R. A., Vivanti, G., & Robins, D. L. (2021). Editorial SI: Early identification in autism spectrum disorders: The present and future, and advances in early identification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(3), 763-768. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04860-2>.
- Otizm Dernekleri Federasyonu (ODFED) (2021). *Otizm*. <http://www.odfed.org/otizm/>.
- Otizm Vakfı (2021). *Otizm tanımı*. <https://www.otizmvakfi.org.tr/otizm-tanimi/16>. Erişim tarihi: 01.04.2022.
- Paula, C. S., Cukier, S., Cunha, G. R., Irrarrázaval, M., Montiel-Nava, C., Garcia, R., Rosoli, A., Valdez, D., Bordini, D., Shih, A., Garrido, G., & Rattazzi, A. (2020). Challenges, priorities, barriers to care, and stigma in families of people with autism: Similarities and differences among six Latin American countries. *Autism*, 24(8), 2228-2242. <https://doi.org/10.1177/1362361320940073>.
- Roddy, A. & O'Neill, C. (2019). The economic costs and its predictors for childhood autism spectrum disorders in Ireland: How is the burden distributed? *Autism*, 23(5), 1106-1118. <https://doi.org/10.1177/1362361318801586>.
- Sadikova, E., Cheak-Zamora, N., Malow, B., Sohl, K., & Mazurek, M. (2021). Perspectives of adults with autism on healthcare experiences. *2021 Gatlinburg Conference Poster Submission*.
- Shahat, A. R. S., & Greco, G. (2021). The economic costs of childhood disability: A literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3531. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073531>.
- Susuz, Ç. & Güçüz Doğan, B. (2020). Halk sağlığı bakışıyla otizm spektrum bozukluğu / autism spectrum disorder with public health perspective. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5(2), 297-310. <https://doi.org/10.35232/estudamhsd.684075>.
- T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı Tebliği. (2021). 2021 yılı özel eğitime ihtiyaç duyan bireylere verilecek eğitim desteği tutarlarına ilişkin tebliğ. *Resmî Gazete, Sayı: 31384*.
- Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu. (2020). *Otizimli çocukların eğitim hakkı ve ayrımcılık yasağı raporu*. https://www.tihk.gov.tr/upload/file_editor/2020/04/1585822889.pdf.
- Tohum Otizm Vakfı. (2021a). *Otizm spektrum bozukluğu*. <https://www.tohumotizm.org.tr/otizm/otizm-spektrum-bozuklugu/>.
- Tohum Otizm Vakfı (2021b). *Türkiye'deki bireylerin otizm algısı ve bilgi düzeyi araştırması-IV*. <https://www.tohumotizm.org.tr/wp-content/uploads/2021/08/GFK-BASKI.pdf>.

- TROtizmAnneleri (AutismMomsOfTurkey). (2021). *Biz Türkiye otizm anneleri olarak diyoruz ki; #sesimizi duyun, #OtizmErtelenemez.* mobile.twitter.com/TrOtizm/status/1364092726493470720. Erişim tarihi: 01.04.2022.
- Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) (2020). *Down Sendromu, Otizm ve diğer gelişim bozukluklarının yaygınlığının tespiti ile ilgili bireylerin ve ailelerinin sorunlarının çözümü için alınması gereken tedbirlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırması komisyonu raporu.* Yasama Dönem: 27, Yasama Yılı: 3, Sıra Sayısı: 200.
- Türkiye Down Sendromu Derneği (2021, 8 Ekim). *Engelliler için sağlanan maddi ve sosyal yardımlar.* <https://www.downturkiye.org/engelliler-icin-saglanan-maddi-ve-sosyal-yardimlar>.
- Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu (TRT). (2014, 18 Ağustos). *TRT otizm belgeseli - farkında mısınız?* <https://www.youtube.com/watch?v=T6VanhJ-hjQ>.
- Zhou, L., Wang, J., & Huang, J. (2021). Brief report: Health expenditures for children with autism and family financial well-being in China. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1-6. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05214-2>.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

HASTANELERDE HASTA ŞİKAYETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR VAKIF ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÖRNEĞİ

Dilara YALÇINKAYA *
Abdulkadir GÜÇLÜ **

ÖZ

Hasta şikayetleri, hastaneler için oldukça önemli bilgi kaynağıdır. Hastaneler, hasta şikayetlerini dikkate alarak kendilerini geliştirme ve iyileştirme imkanına sahip olacaklardır. Bunun için hasta şikayetlerini ayrıntılı bir şekilde kayıt altına almaları, yapılan başvuruları objektif bir şekilde değerlendirerek en kısa süre içerisinde hastalarının sorununu çözmesi ve gerekiyorsa tıbbi ve yönetsel süreçlerinde değişikliğe gitmeleri gerekmektedir. Bu çalışma, İstanbul'da bulunan bir vakıf üniversitesi hastanesi Hasta Hakları Birimine bir yıllık süre içerisinde yapılan hasta şikâyet kayıtları incelenerek hastane yönetimine faydalı bilgiler elde edilmesi amacıyla yapılmıştır. 2021 yılı içerisinde hastaneye 1.166.608 hasta başvurmuş, bunlardan 3.332 hasta şikâyet, 1.047 hasta memnuniyet bildiriminde bulunmuştur. Yıllık hasta şikâyet başvuru oranı %2,88, memnuniyet bildirim oranı ise %0,9 olarak gerçekleşmiştir. Yapılan incelemeler sonucunda konu ile ilgili yapılan yurt içi ve yurt dışı diğer çalışmalarda olduğu gibi şikâyetlerin çoğunlukla personel (özellikle hekim ve hemşire) tavır ve davranışlarından kaynaklandığı, tıbbi birimler kadar idari birimlerin de hasta şikâyetlerine neden olduğu sonucu elde edilmiştir. Şikâyetlerin önemli bir bölümü önlenabilir sorunlardan kaynaklanmaktadır. Araştırma yapılan hastanede aylık şikâyet sayılarının giderek azalma eğilimine girdiği görülmüştür. Hasta şikâyetlerinde azalma sağlanmış olması, hastane yönetiminin şikâyetleri dikkate alarak tıbbi ve idari süreçlerinde iyileştirmeye gittiğinin bir göstergesidir. Personel sayısının yeterli hale getirilmesi, görev tanımlarının net bir şekilde belirlenmesi, personele gerekli eğitimler verilerek iletişim sorunlarının giderilmesi ile şikâyet sayılarının azaltılabileceği önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hasta şikâyetleri, Hastane hizmetleri, Hasta memnuniyeti, Hastane yönetimi

MAKALE HAKKINDA

*Yük.Lis.Öğr., İAÜ Lisanüstü Eğt. Ens., Sağlık Yönetimi ABD., dilarayalcinkaya@stu.aydin.edu.tr,

 <https://orcid.org/0000-0003-3381-285X>

**Dr.Öğr.Üyesi., İAÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, aguclu@aydin.edu.tr,

 <https://orcid.org/0000-0001-8005-5367>

Gönderim Tarihi: 13.04.2022

Kabul Tarihi: 26.09.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Yalçinkaya, D., & Güçlü, A. (2023). Hastanelerde Hasta Şikâyetlerinin Değerlendirilmesi: Bir Vakıf Üniversite Hastanesi Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 65-84

EVALUATION OF PATIENT COMPLAINTS IN HOSPITALS: A FOUNDATION UNIVERSITY HOSPITAL EXAMPLE

Dilara YALÇINKAYA †*
Abdulkadir GÜÇLÜ **

ABSTRACT

Patient complaints are a very important source of information for hospitals. Hospitals will have the opportunity to develop and improve themselves by taking into account patient complaints. For this, they need to record patient complaints in detail, evaluate the applications in an objective way, solve the problems of their patients as soon as possible and, if necessary, make changes in their medical and administrative processes. This study was carried out in order to obtain useful information for the hospital management by examining the patient complaint records made to the Patient Rights Unit of a foundation university hospital in Istanbul within a period of one year. In 2021, 1.166.608 patients applied to the hospital, of which 3.332 patients complained and 1.047 patients reported satisfaction. The annual patient complaint application rate was %2.88, and the satisfaction reporting rate was %0.9. As a result of the examinations, it was concluded that, as in other domestic and international studies on the subject, the complaints mostly stem from the attitudes and behaviors of the personnel (especially the physicians and nurses), and that the administrative units as well as the medical units cause patient complaints. Most of the complaints are caused by preventable problems. It was observed that the number of monthly complaints tended to decrease gradually in the hospital where the research was conducted. The decrease in patient complaints is an indication that the hospital management has taken into account the complaints and improved their medical and administrative processes. It is suggested that the number of complaints can be reduced by making the number of personnel sufficient, determining the job descriptions clearly, and eliminating communication problems by providing the necessary trainings.

Keywords: Patient complaints, Hospital services, Patient satisfaction, Hospital management

ARTICLE INFO

*Master Student., IAU Graduate Education Institute., Dep. of Health Management., dilarayalcinkaya@stu.aydin.edu.tr,

 <https://orcid.org/0000-0003-3381-285X>

** Assist. Prof., IAU Faculty of Health Sciences, Department of Health Management, aguclu@aydin.edu.tr,

 <https://orcid.org/0000-0001-8005-5367>

Received :13.04.2022

Accepted: 26.09.2022

Cite This Paper:

Yalçinkaya, D., & Güçlü, A. (2023). Hastanelerde Hasta Şikayetlerinin Değerlendirilmesi: Bir Vakıf Üniversite Hastanesi Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 65-84

I. GİRİŞ

Sağlık, insan hayatında önemli bir yeri olan, vazgeçilemez, ertelenemez ve ikame edilemez ihtiyaçlardan biridir. İnsanların sağlığında meydana gelen olumsuz bir durum diğer birçok ihtiyacın önüne geçer ve öncelikle karşılanmasını gerekli kılar. Sağlığımızı kaybettiğimizde sahip olduğumuz diğer özelliklerin ve varlıkların bir anlamı kalmayacaktır. İnsanlar, hayatları boyunca sağlıklarını korumak için her ne kadar azami özeni gösterecekleri de sağlıklarını olumsuz etkileyen durumlarla karşı karşıya gelebilirler. Bu gibi durumlarda başvurabilecekleri tek yer sağlık kuruluşlarıdır. Sağlık kuruluşlarının varlığı, yeterliliği, ulaşılabilirliği insanların sağlık statülerinin iyileştirilmesinde ve yükseltilmesinde önemli bir yere sahiptir. Sağlık kuruluşlarının ulaşılabilirliği arttıkça insanların sağlık kuruluşlarından beklentileri de artmaktadır. Bilindiği üzere insanların ihtiyaçları sonsuzdur, beklentiler karşılandıkça yeni istek ve beklentiler ortaya çıkmaktadır.

Ülkelerin gelişmişliklerine paralel olarak vatandaşlarına sundukları sağlık hizmetlerinin kapsamı da genişlemektedir. Dünya’da sağlık hizmetlerine olan talep sürekli artmakta ve bu durum sağlık harcamalarının da artmasına neden olmaktadır. Kıt kaynaklarla sonsuz insan ihtiyaçlarını karşılamak ve ihtiyaçlar arasında bir denge kurmak giderek zorlaşmaktadır. Gelişen teknoloji sayesinde hastalara daha iyi ve kapsamlı sağlık hizmetleri sunulmakta, bu durum da sağlık hizmetlerine olan talebi artırmaktadır.

Artan sağlık hizmetleri talebi sağlık kuruluşlarının sayısının da artmasına ve bu alanda yoğun bir rekabetin yaşanmasına neden olmaktadır. Sayıları giderek artan sağlık kuruluşları bir taraftan daha kaliteli sağlık hizmetlerini daha uygun maliyetle sunmaya, diğer taraftan varlıklarını sürdürebilmek için gerekli hasta başvurusunu kendilerine çekebilmeye çalışmaktadırlar. İster kamu, isterse özel sektöre ait olsun tüm sağlık kuruluşları hizmet sundukları toplumun ihtiyaç ve beklentilerini karşılayabildikleri oranda varlıklarını sürdürebileceklerdir. Bunun için de hastalarının ihtiyaç ve beklentilerini dikkate almalı, onları sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyduklarında kendilerini tercih etmesini sağlayacak şekilde hizmet vermeye devam etmek zorundadırlar.

Bunun en bilinen ve kolay yolu, sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların dilek, ihtiyaç ve şikayetlerini uygun yöntemlerle belirlemek, analiz etmek ve elde ettikleri bilgileri yönetsel kararlarında dikkate almaktır. Böylece hem anında düzeltici önlemler alma hem de yaşanan olumsuzlukların tekrar etmemesi için kuruluşlarında gerekli düzenleme ve iyileştirmeleri yapma imkanına sahip olacaklardır. Hastaların sağlık kuruluşlarında yaşadıkları olumsuzların kaynağını saptayabilmek ve düzeltici önlem alabilmek için hastane yönetimine yapılan başvuruların sayısı, sıklığı, zamanı, yeri, bölümü, personel, hizmet türü gibi birçok verinin doğru bir şekilde elde edilmesi ve elde edilen verilerin bilgiye dönüştürülmesi gerekmektedir.

Çalışmada, hasta şikayetlerini düzenli bir şekilde kayıt altına alan, buradan elde edilen bilgileri rapor haline getirerek düzeltici önlemler almaya çalışan bir vakıf üniversite hastanesinin verileri analiz edilecektir. Böylece diğer sağlık kuruluşlarına ve yöneticilerine yararlı bilgiler sunulmaya çalışılacaktır.

II. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmetleri Talebi ve Sağlık Hizmetleri Arama Davranışı

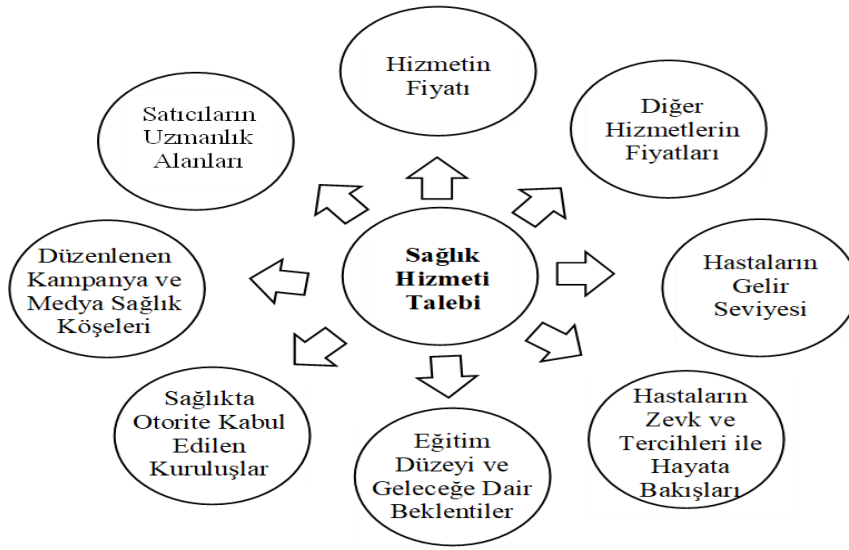
2.1.1. Sağlık Hizmetleri Talebi

Sağlık hizmetleri talebi bireylerin karşılaştıkları sağlık sorunları ile başa çıkabilmeleri için ihtiyaçları doğrultusunda sağlık kurumlarından faydalanabilme durumudur. Bireylerin bu talebi sadece tedavi amacıyla değil bilgi ve destek amaçlı da olabilir. Talepte bulunan her kişi ihtiyacı doğrultusunda en yüksek verimi elde etmeyi amaçlar. Kişiler, sağlık hizmeti ihtiyaçlarına yönelik

süreci önceden bilemez ya da tahmin yürütemezler (Sargutan, 2005). Talep hastanın başvurusu ile başlar hekim ve diğer sağlık çalışanlarının yönlendirmeleri ile devam eder (Yaylalı vd., 2012).

Sağlık hizmeti talebi, mevcut sağlık durumları ile istedikleri en yüksek sağlık durumu arasındaki boşluğu kapatmak için sağlık hizmeti almaya karar verdikleri zaman ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri talebi, bireylerin sağlık hizmeti arama davranışı ile yakından ilişkilidir. Sağlık hizmetleri arama davranışı bireylerin ekonomik gücüne, sosyal statüsüne, bilgi ve birikimlerine göre değişmektedir. Kişiler hastalık ve yaralanma durumunda sadece sağlık hizmeti alıp almamaya değil hangi sağlık kuruluşundan hizmet alacağına da karar vermesi gerekmektedir (Öztürk Yaprak ve Ecevit, 2019). Kişilerin sağlık hizmeti talebini etkileyen faktörler şekil 1’de görülmektedir.

Şekil 1. Sağlık Hizmet Talebini Etkileyen Faktörler



Kaynak: Sayım (2011).

Sağlık hizmetlerine talep beklenmedik şekilde mevcut sağlık durumunun bozulması ile oluşur ve süreç ile ilgili belirsizlik söz konusudur. Sağlık hizmetleri ihtiyacı kişinin özelliklerine göre farklılık gösterdiği için çıktının ölçülmesi zordur ve her hasta ayrı bir vaka olarak değerlendirilir. Hizmet sunumundan önce sonuç hakkında kesin öngörüde bulunmak mümkün değildir. Hizmet sunucusu ile hasta arasında güven ilişkisi olmalıdır (Demirci, 2020).

Sağlık gereksinimi yaşamın devamı ve sürekliliği için vazgeçilmez bir husustur. Sağlık hizmet seçenekleri farklılık gösterse de toplumun neredeyse tamamı tarafından tüketilme ihtimali çok yüksektir. Sağlık hizmetleri hastanın istek ve arzusuna göre değil çoğunlukla sağlık çalışanlarının belirlediği yöntem üzerinden sürdürülmektedir (Sevgen, 2015).

2.1.2. Sağlık Hizmetleri Arama Davranışı

Sağlığını kaybeden kişinin tıbbi yardım alma kararını etkileyen dört boyut saptanmıştır (Önder, 2014):

- Toplumda hastalığın oluşma sıklığı,
- Hastalık belirtilerinin bilinmesi,
- Hastalık sonuçlarının bilinmesi,
- Hastalık sonucunda oluşan kaybin bilinmesi.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen psikososyal ve kültürel nedenler arasında, halkın sağlık ve hastalık konusundaki alışkanlıkları, bilgi-tutum ve davranışları, inançları, gelenek ve görenekleri gibi pek çok etken bulunmaktadır. Bedeni ile ilgili ciddi şikayetleri olan kişiler hemen her kültürde bu şikayetleri gidermek için birbirinden farklı da olsa çeşitli arayışlar içerisine girmektedir. Bu arayışlar, bazen bir hekime başvuru, bazen kendi kendine ilaç kullanma, bazen güvendiği bir kişinin önerisine uyma, bazen de doğüstü güçlerden yardım umma gibi uygulamalarla sonuçlanmaktadır. Kişilerin sağlıkları ve hastalıkları için neler yaptıkları konusu, başka bir deyişle sağlık davranışları, içinde buldukları kültürden ve bireysel özelliklerinden kaynaklanan nedenlerle önem taşımaktadır (Akman, 2015).

Kişinin, hastalığa ve hastalığın getirdiği belirtilere verdiği tepki hastalık öyküsünü oluşturur. Bu öykü onun aynı zamanda yaşadığı diğer sorunlara karşı çare arama davranışını da etkilemektedir. Çare arama süreci birçok durumla yakından ilişkilidir. Kişinin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyo ekonomik statüsü, sağlık güvencesi ve içinde bulunduğu toplum kişinin çare arama sürecini etkiler. Bununla beraber bireyin belirtiyeye karşı tepkisi, belirtilerin günlük gereksinimlerini ne kadar kısıtladığı, sosyal etkinlikleri etkileme durumu çare arama sürecini etkilemektedir (Ünal vd., 2001).

2.2. Hasta Hakları

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında hasta hakları uygulamalarını düzenlemek amacıyla 2003 yılında “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge” yayınlanmıştır. Yönerge ile hastalar ve hasta yakınları haklarının neler olduğunu öğrenmiş, sorun yaşamaları halinde nereye başvurmaları gerektiği konusundaki farkındalıkları artmıştır (Toprak ve Şahin, 2012).

Hasta hakları yönergesi, hastaların hizmet aldığı süre içinde yaşadığı hasta hakları ihlalleri ile buna bağlı olarak ortaya çıkan sorunların önlenmesi, iyileştirilmesi, hizmet kalitesinin artırılması ve hastanın hizmet alma hakkının eksiksiz sunulması için oluşmuş ve oluşabilecek şikayetlerin önüne geçmek ile gerektiğinde hukuki koruma yollarını kullanabilmesine dair esas ve usulleri belirtmektedir (Önal ve Civaner, 2005).

Hasta Hakları Birimi telefon, e-posta, internet portalı, sosyal medya, resmî kurumlar (CİMER, SABİM, HBBS) ve doğrudan müracaat eden hasta ve hasta yakınları ile ilk görüşmeyi yapar, ilgili şikâyet başvurularını yönlendirir, alınan şikayetleri takip eder ve şikayetlerin en kısa sürede sonuçlandırmasını yapar. Anlık çözümlenmesi gereken şikayetlerde, hızlı aksiyon alarak hastanın memnuniyeti sağlamayı hedefler. Resmî kurumlara ait şikayet portalı olan Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) 2003 yılı Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir parçası olan sağlık hizmetlerinde bilgi edinme, teşekkür, şikayet gibi geri bildirimlerin yapılabilmesi için başvuru aracı olarak kurulmuştur. Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi (CİMER) ise talep, ihbar, teşekkür ve şikayetlerini doğrudan cumhurbaşkanlığına iletilebilmesi amacıyla 2015 yılında kurulan bir web sitesidir (Yıldırım ve Kumru, 2021).

2.3. Hasta Memnuniyeti

Hastalar, sağlık hizmeti almadan önce bazı beklentilere sahip olmakta ve hizmeti aldıktan sonra yaşadığı deneyimler doğrultusunda yaptığı kıyaslama sonucu memnun olup olmadığına karar vermektedirler. Aldığı hizmet doğrultusunda hekimin davranışı ve bilgi düzeyi, hemşire ve diğer sağlık personelinin bakım kalitesi ve üslubu, hastanenin temizliği ve hizmete kolay ulaşılabilir olması memnuniyeti etkileyen en önemli faktörlerdendir (Tezcan vd., 2014).

Kalite kavramı, sağlık kurumlarında hasta istek ve beklentilerinin en üst düzeyde karşılanması olarak tanımlanmaktadır. Sağlık sektöründe hizmet kalitesini etkileyen birden fazla etken bulunmakta olup en önemlisi uygulanan tedavi planının hastanın sağlık durumunda yarattığı olumlu etkisidir. Kalite kavramı bir diğer ifade ile verilen hizmetin mevcut standartlara uygunluğu olarak tanımlanabilir (Kuzhan, 2009).

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramının önemi gün geçtikçe artmaktadır. Kaliteli hizmet sunumunun en önemli basamağı hasta memnuniyeti olması sebebiyle memnuniyet değerlendirme çalışmaları da giderek önem kazanmıştır. Hastaların almış oldukları hizmetten beklentileri ve hizmeti aldıktan sonraki düşünceleri iyileştirme süreçlerinde oldukça önemlidir. Aynı zamanda hasta memnuniyeti, sağlık harcamalarının giderek artması sebebiyle eldeki kaynakların daha etkin kullanımına karar vermek için bir yol gösterici niteliğindedir (Aksaraylı ve Kıdak, 2008).

Hasta memnuniyeti kaliteli hizmet sunumu ile doğru orantılı ilerlemektedir. Hastaların istek ve arzuları doğrultusunda hizmet sunumunun belirlenmesi daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunumuna olanak sağlamaktadır. Sağlık kuruluşlarının amacı hastaların tedavi süreci ile ilgili bütün süreçlerden tatmin olmuş bir şekilde hastaneden ayrılmasıdır. Tatmin olmayan hasta tedaviyi yarıda kesebilir veya başka sağlık kuruluşuna başvurabilir. Bu durum hastanenin başarısızlığı ile sonuçlanır. Hasta memnuniyet bir hastanenin başarısını gösteren önemli çıktılardan biridir. Aynı zamanda hasta memnuniyeti sağlık kurumları için reklam niteliği de taşımaktadır (Taşlıyan ve Gök, 2012).

Hastaların geçmiş deneyimleri, çevresi ile yaptığı görüşme sonucu ve yazılı veya sözlü iletişim araçları ile edindiği bilgiler, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu kalite beklenti düzeyini etkilemektedir (Zaim ve Tarım, 2010).

Günümüzde sağlık hizmetinin kalitesi sadece sağlık çalışanlarının belirlediği boyutlarda değil, hasta ve hasta yakınlarının olumlu ya da olumsuz geribildirimleri sayesinde yeniden şekillenmiştir. Bu sebeple hasta ve hasta yakınlarından gelen olumlu/olumsuz geri bildirimleri iyi bilmek gerekir. %100 hasta memnuniyetini hedefleyen sağlık kuruluşları etkili bir hasta şikâyet yönetimi ile hedeflerine ulaşabilecektir. Büyük kapasiteli hastanelerde yönetim tarafından bazı ayrıntılar görülmeyebilir ancak etkili şikâyet yönetimi sayesinde süreçle ilgili yaşanan ve fark edilmeyen her aksaklık tespit edilebilmektedir (Öztaş vd., 2019).

Hastaların sağlık kuruluşlarından istek ve beklentileri aşağıdaki şekilde sıralanabilir.

- Bilgi almak,
- Mahremiyetinin korunmasını,
- Önemsenmek, ilgi görmek, saygı görmek,
- Rahat iletişim kurabilmek,
- Doğru yönlendirilmek, vakit kaybetmemek,
- Sıfır ya da düşük maliyet,
- Kaliteli sağlık hizmeti almak ister.

Sağlık hizmetlerinde memnuniyet araştırmaları; hasta geri bildirimlerini değerlendirmek, hasta beklentilerini, istek ve arzularını öğrenmek, sürekli iyileştirme ve daha kaliteli hizmet sunumu hedeflemek ve süreçlerde yapılan değişikliklerin hasta memnuniyetindeki etkisini tespit etmek üzere yapılmaktadır (Özer ve Çakıl, 2007).

Hasta memnuniyetini azaltan faktörler; düşük bakım kalitesi, sağlık çalışanlarının uygunsuz üslup ve davranış sergilemesi, hastane içinde hijyen kurallarına dikkat edilmemesi, ortamın düzensiz oluşu, sağlık çalışanı ve hasta arasındaki iletişimin kopuk ve soğuk olması, tedavi süreci hakkında yeteri kadar bilgilendirilmemesi, yemeklerin lezzetinin olmaması, yüksek maliyet ile hizmet almak zorunda olması, hekim ile hasta arasında bağ kurulamaması, mahremiyete dikkat edilmemesi, hizmete ulaşmada zorluk, hekimlerin hastalık hakkında hastanın anlayabileceği şekilde konuşmaması ve yeteri kadar zaman ayırmaması memnuniyetsizliğe yol açan başlıca sebeplerdir (Toğun, 2007).

2.3.1. Hasta Beklentileri ve Sağlık Kuruluşlarının Hasta Şikayetlerine Yaklaşımı

Hasta beklentisi hastaların tedavi sürecinde ve sonrasında ortaya çıkması beklenen sonuçlar hakkında varsayımda bulunması olarak tanımlanabilir. Bir diğer tanıma göre istek, arzu ve tutum

anlamına gelmektedir (Durmuş, 2021). Bir üniversite hastanesinde yapılan eğitim sırasında sağlık çalışanlarına “siz ya da ailenizden biri hizmet almak için bir sağlık kuruluşuna gitseydiniz sağlık çalışanlarından ne beklerdiniz” sorusu yöneltilmiştir. Eğitim alan personel tarafından;

- Temiz, rahat bir kurum,
- En az sıkıntıyla etkili bir hizmet ve yöntem seçeneği,
- Açık, kısa, öz, doğru bilgi,
- Yeterli ve saygılı personel,
- Mahremiyet ve güvenilirlik şeklinde cevaplar verilmiştir.

Hastaların beklentileri, tıbbi gereksinim ve deneyimler, yakınlarının tecrübeleri, sağlık okur yazarlığının artması ve teknolojiye kolay ulaşım, kültürel özellikler ve yaşam tarzı gibi etkenlerden etkilenmektedir (İlhan, 2015). Yüzde yüz hasta memnuniyetine erişebilmek için her hastanın istek ve arzuları değerlendirmeli ve uygun davranış biçimi belirlenmelidir. Hastanın beklentisi ne olursa olsun personel daima güler yüzlü, yardım sever ve saygılı davranmalıdır. Sağlık işletmeleri açısından şikâyet yönetim sistemi hastaların kendini ifade etme şansı buldukları bir yer olduğu gibi iyileştirme çalışmalarına da yol gösterici niteliktedir (Toprak ve Şahin, 2012).

2.4. Konu İle İlgili Yapılan Çalışmalar

Yapılan literatür incelemesinde konu ile ilgili çalışmaların daha çok kesitsel ve belirli sayıda hasta üzerinde yapılmış olduğu görülmektedir. Bu çalışmaların bazıları aşağıdaki şekilde özetlenmeye çalışılmıştır.

Toğun (2007), hasta memnuniyetini en fazla etkileyen faktörün hekim davranışı olduğunu saptamıştır. Diğer önemli faktörleri ise; hemşire davranışı, acil serviste tetkik ve tedavi sürerken hastalara işlemler hakkında bilgi verme, hastane temizlik durumu ve taburcu olduğunda bilgi verme olarak belirtmektedir. Çalışmada hastaların hekim davranışlarından duydukları memnuniyet ile genel memnuniyetleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur. Hekim davranışlarından memnun olanların genel memnuniyet oranları daha yüksek bulunmuştur. Sağlık personeline iletişim becerileri konusunda eğitim verilmesi ve sağlık personelinin hastaların sorunlarına daha duyarlı olması ve içten davranması gerektiği önerilerinde bulunmaktadır.

Acar ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan araştırmada, acil serviste en sık şikâyet edilen personelin nöbetçi hekimler (%44), en sık şikâyet nedenin ise hekimlerin ilgisizliği (%24.2) ve azarlaması (%19.7) olduğu sonucu elde edilmiştir. Şikâyetlerin çoğunlukla acil servisin yoğun olduğu saatlerde hekim-hasta iletişimsizliğiyle ilgili olduğu görülmüştür. Hasta memnuniyetin en önemli kriterinin sağlık çalışanlarının hasta ve yakınlarına gösterdiği davranış biçimi, hastaların bilgilendirilmesi ve verilen tıbbi bakımın kalitesi olduğu belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarının düzenlenmesi ve karşılıklı saygı ile sorunların daha kolay aşılabileceğini ifade etmektedir.

Aksaraylı ve Kıdak (2008), tarafından yapılan çalışmada; farklı gruplar altında incelenen yatan hasta memnuniyet değerlendirmelerinde, gruplarından her birinin bir diğerinden memnuniyetini etkilediğini göstermiş ve dolayısıyla sağlık hizmetinin bir ekip hizmeti olduğuna dikkat çekilmiştir. Sonuç olarak, sağlık kurumlarında hasta memnuniyetinin, sağlık çalışanlarının yanı sıra diğer tüm çalışanlar ve hastanenin yönetim kademelerinin ekip çalışması ile birlikte sağlanabileceği ifade edilmiştir.

Mirab ve arkadaşları (2022) tarafından İran’da merkezi hasta şikâyet sisteminin kurulması amacıyla yapılan çalışmada, Türkiye dahil 6 ülkenin hasta şikâyet sistemi incelenmiş, İran’ın hasta şikâyet yönetim sistemlerinin Sağlık Bakanlığı bünyesinde bir birim kurularak, her hastane için özelleştirilmiş personel eğitimine odaklanması ve hastanelerde bir birim kurularak bunların kullanımı ile bilgi ve istatistiksel veri yönetim sistemleri tasarlayarak uygulanması gerektiği belirtilmiştir.

Karačić ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmada, hastaların ihtiyaçlarını daha iyi anlamak, başvurularını çözüme kavuşturmak, gelecekteki şikayetleri önlemek ve böylece sağlık sisteminin kalitesini ve güvenliğini artırmak için daha fazla şeffaflık ve şikayetleri iletme konusunda net bir süreç olması gerektiği belirtilmiştir.

Hoşgör ve Tosun (2020), tarafından yapılan çalışmada hasta ve hasta yakınları tarafından şikâyetlere en fazla neden olan tıbbi birimlerin; poliklinikler (%67,4), klinikler (%14,7), acil servis (%9,0), laboratuvar hizmetleri (%3,4), ameliyat hizmetleri (%2,2), görüntüleme hizmetleri (%2,2) ve yoğun bakım hizmetleri (%1,1) olduğu tespit edilmiştir.

Sağlık kuruluşları, kendi ihtiyaç ve eksikliklerinin giderilmesi için hastalar tarafından yapılan şikâyetleri bir hediye/lütuf olarak gören yönetim anlayışı benimsemeleri ve proaktif bir şikâyet yönetimi sistemi tesis etmeleri gerektiği önerilmektedir. Bu takdirde, hastanelerin hasta memnuniyeti oranlarında yükseliş yaşanmasının kaçınılmaz olacağı ve dolaylı olarak hasta ve yakınları tarafından yeniden tercih edilen bir sağlık kurumu olacakları ifade edilmektedir (Hoşgör ve Tosun, 2020).

Yıldırım ve Kumru (2021) tarafından yapılan çalışmada, şikâyet başvuru konularının; sağlık hizmet sunumu ve idari işlemler (%42,22), tıbbi uygulamalar ve tedavi (%17,94), mesai saatlerine uymama (%16,77), sağlık hizmetleri ücretlendirmesi (%13,42), sağlık personeli iletişim problemi (%9,66) ve diğer konulardan (%6,23) oluştuğu tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda özellikle sağlık hizmet sunumundaki idari süreçler, bekleme süreleri gibi yönetsel konular, tıbbi süreçler ve tedavi ile sağlık hizmet sunumundaki personelin iletişim davranışlarından kaynaklanan problemler ön plana çıkmaktadır. Bu üç temel sorun hasta şikâyetlerinin nedeni olmakla birlikte hastane süreçlerindeki başka aksaklıkların birer sonucu olarak ele alınmalı ve bu sorunların neden ortaya çıktığı araştırılarak mümkünse asıl nedenlerin kontrol altına alınmasının gerekli olduğu önerilmektedir.

Tokay Argan ve Arıcı (2019), tarafından yapılan çalışmada, şikâyetlerin %54,4'ü hizmet alamama, %30,8'i hizmet kalitesi, %9,2'si fiyat ve %5,6'sı ise hizmet süresi ile ilgilidir. Personel ile ilgili en yüksek şikâyet oranı %36,2 ile personelin ilgisizliği, %30 ile bilgi vermeme, %27 ile kötü davranma ve %24,1 ile de yanlış tedavi yer almaktadır. En az şikâyet alan konu ise mahremiyete özen (%6,2)'dir.

Hastalar tarafından, sağlık personelinin tavır ve davranışları, hal ve hareketleri sağlık hizmeti olarak algılanmaktadır. Bu konudaki şikâyetler genel olarak; ilgisizlik, personele ulaşamama, yeterli bilgi verilmemesi, kötü davranma, saygısızlık ve mahremiyete özen gösterilmemesi şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bu konularda sadece hastaların şikâyetlerinin değil, hastane çalışanlarının da görüşünün alınması ve bölgesel farklılıkların da ortaya konulabileceği çalışmaların yapılmasının faydalı olacağı belirtilmektedir (Tokay Argan ve Arıcı, 2019)

Case ve arkadaşları (2021) tarafından, hastanelerde şikâyet bildirimini yapılması ve hastaların şikâyet veya yasal işlem yapma eğilimleri arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılan çalışmada; 7661 katılımcıdan 474 (%7)'ünün şikâyet başvurusunda bulunduğu bildirilmiştir. Şikâyet başvurusu sürecinde bir özür veya pişmanlık ifadesi almayanların şikâyette bulunma olasılıklarının önemli ölçüde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Şikâyet başvurularına sözlü cevap verme sürecinde sağlık personelinin daha dikkatli olması gerektiği, zamanlamanın önemli olduğu vurgulanmış ve hastaların bu etkileşime oldukça önem verdiği açıkça belirtilmiştir.

Martin ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmada, sağlık kuruluşlarının başvuru ve şikâyetlere verdiği yanıtların genellikle hastaların ve bunları dile getiren personelin beklentilerinin altında kaldığı tespit edilmiştir. Bu durum, organizasyonel başarısızlıklara neden olmaktadır. Altı İngiliz sağlık kuruluşuna şikâyet başvurusu yapan ve bunlara yanıt veren personel ile yapılan görüşmelerde başvuru ve şikâyet sisteminin yetersiz olduğu ve bu süreçlerle ilgili kişilerin hayal kırıklığına uğradıkları sonucuna varılmıştır.

Başvuru ve şikâyet süreci işlevsel olarak rasyonel süreçlerde, basit, kolayca kategorize edilen sorun ve şikâyetler için iyi sonuç verirken, karmaşık, birbiriyle kesişen veya önceden belirlenmiş düzeltme ve çözüm kriterlerine indirgenmemiş başvuru ve şikâyetlere yanıt verme konusunda yetersiz kalmaktadır (Martin et al., 2021).

Uluslararası alanda yapılan araştırmalar sonucunda bazı ülkelerde de hasta şikâyetlerinin hangi alanlarda yoğunlaştığı incelenmiştir (Hoşgör ve Cengiz, 2020). Her ülkenin sağlık hizmetlerinin farklı olması sebebiyle şikâyetlerin yoğunlaştığı alanlar da farklılık göstermektedir (Tablo-1).

Tablo 1. Uluslararası Literatürde Hasta Şikâyet Nedenleri.

Yazar (Yıl)	Ülke	Şikâyetlerin Kapsandığı Süre	Şikâyet Sayısı	Önemli Bulgular
Mattarozzi vd. (2017)	İtalya	2009-2011	1.235	Şikâyetlerin; <i>Yönetim</i> (%68,1), <i>İlişkiler</i> (%52,8) ve <i>Klinik</i> (%36,8) ana temalarında gruplandırıldığı rapor edilmiştir. Övgüler bağlamında ise bu sıralamanın; <i>İlişkiler</i> (%89), <i>Klinik</i> (%87,8) ve <i>Yönetim</i> (%18,7) olduğu belirlenmiştir.
Skálén vd.,(2016)	İsveç	Ocak-Ağustos 2011	618	En fazla şikâyete konu olan sebeplerin; <i>sağlık/tıbbi tedaviye ilişkin sorunlar</i> (%59,1), <i>hastane ve onun işleyiş kurallarına dair yakınmalar/hizmet kaynaklı sorunlar</i> (%36,7) ve <i>tutum/iletişim ile ilgili noksanlıklar</i> (%34,6) olduğu ortaya konulmuştur.
Wei vd. (2018)	Çin	2016-2017	821	Sırasıyla, en önemli şikâyet nedenlerinin; <i>sağlık personelinin umursamaz tutumları, tedavi kalitesi ve mesleki beceriden/yetenlikten memnuniyetsizlik, iletişim sorunları, bakım süreçleri ve ücretler-faturalandırma</i> olduğu saptanmıştır.
Anderson vd. (2001)	Avustralya	1998-2000	1.308	<i>İletişim, tedavi, sağlık hizmetlerine erişim, fiziksel çevre, otelcilik hizmetleri ve hasta hak ihlalleri iddiası/mahremiyet</i> gibi konuların sırasıyla en fazla şikâyet nedeni oluşturduğu tespit edilmiştir. Vakaların %97'sinin bir özür/açıklama ile sonuca bağlandığı belirtilmiştir.
Moghadam vd. (2010)	İran	Mart-Ağustos 2008	1.642	En fazla şikâyet edilen sorunların; <i>başvuru ve yatış prosedürleri</i> (%34,7), <i>iletişim</i> (%34,1), <i>bekleme süreleri</i> (%13,8), <i>gecikme/erteleme</i> (%6,8), <i>klinik bakım standartlarının ihmal edilmesi</i> (%4,1) ile ilgili olduğu görülmüştür. Şikâyetlerin %90'ından fazlası bir açıklama ya da özür ile çözülmüştür. %2,1'i süreç ya da prosedürlerde bir değişikliğe sebep olmuşken, %4,8'i ise reddedilmiştir.
Taylor vd. (2002)	Avustralya	1996-2001	3.418	Mevcut şikâyetlerin %33,4'ü <i>tedavi (yetersiz tedavi ve tanı)</i> , %31,6'sı <i>iletişim (personelin olumsuz tavır ve tutumları, nezaketsizlik, kabalık)</i> , %11,9'u <i>tedavideki gecikme</i> ile ilgilidir. Şikâyetlerin %73,6'sının memnuniyetle (açıklama ve özür) sonuçlandığı, yalnızca %1,7'sinin politika ve prosedür değişikliği ile sonuçlandığı bildirilmiştir.
Gillespie ve Reader (2018)	İngiltere	1 Nisan 2011-31 Mart 2012	1.100	En fazla şikâyetin <i>Yönetim</i> (%34) temasına ait olduğu, <i>klinik ve ilişkiler</i> temalarına ait şikâyet oranlarının ise eşit düzeyde (%32) hesaplandığı saptanmıştır.

Kaynak: Hoşgör ve Cengiz (2020)

III. GEREÇ VE YÖNTEM

İstanbul'da bulunan 571 yataklı, 32 ana dal ve 22 yan dalda günlük ortalama 6.000 poliklinik muayenesi yapılan, ortalama 100 hastanın ameliyat edildiği, 106'sı hekim toplam 1419 personelin

görev yaptığı bir vakıf üniversitesi hastanesinde 2021 yılı içerisinde hastane “Hasta Hakları Birimine” yapılan yazılı ve sözlü şikâyet ve memnuniyet bildirimleri yıl boyunca kayıt altına alınmıştır. Yapılan başvurulara en kısa süre içerisinde geri dönüş yapılmış, başvurular aylık olarak incelenmiş ve sonuçları hastanenin yetkili kurullarında değerlendirilmek üzere tablo ve grafikler halinde raporlanarak hastane yönetimine sunulmuştur. 2021 yılı içerisinde hastaneye 1.166.608 hasta başvurmuş, bunlardan 3.332 hasta şikâyet, 1.047 hasta memnuniyet bildiriminde bulunmuştur. Tüm bu veriler doküman analizi yöntemiyle analiz edilmiştir.

Çalışmanın yapıldığı hastanede hasta şikâyet sürecinde hastaların, Hasta Hakları Birimine doğrudan müracaatı halinde anlık çözümlenebilecek bir durum söz konusu ise (randevu saatinde hizmet alamama gibi) birim çalışanları tarafından doğrudan şikâyete konu olan birim aranarak randevunun neden geciktiği, hastanın ne zaman muayene veya tedaviye alınacağı hakkında bilgi alınarak hasta bilgilendirilmekte ve şikâyet başvurusu hastane otomasyon programına işlenmektedir. Ancak şikâyet konusu tedavi eksikliği, uygunsuz üslup, bilgi verme hatası gibi durumlar ise hastalardan şikâyet başvuru formu ile şikâyetlerini bildirmeleri istenmektedir. Hastalardan alınan şikâyet başvuru formu ilgili birim yöneticisine iletilerek konu hakkında cevap vermeleri beklenmektedir.

Şikâyet konusu, personelin tavır ve davranışlarının uygunsuzluğundan kaynaklanıyor ise birim yöneticisi tarafından uygunsuzluğun derecesine göre yazılı ya da sözlü olarak ilgili personel uyarılmaktadır. Birim yöneticisi tarafından verilen cevap ve/veya yapılan işlem başvuru sahibine iletilmektedir.

SABİM üzerinden iletilen şikâyetlerde hazırlanan cevap ve hasta dosyası doğrudan SABİM’e gönderilmektedir. Verilen cevap SABİM tarafından yeterli görülmez veya uzman görüşü istenirse şikâyet tekrar iade edilmekte, yeterli görülür ise SABİM tarafından hastaya bilgilendirme yapılmaktadır. CİMER başvurularında, verilen cevap CİMER portalına girilerek hastalara ulaşması sağlanmaktadır.

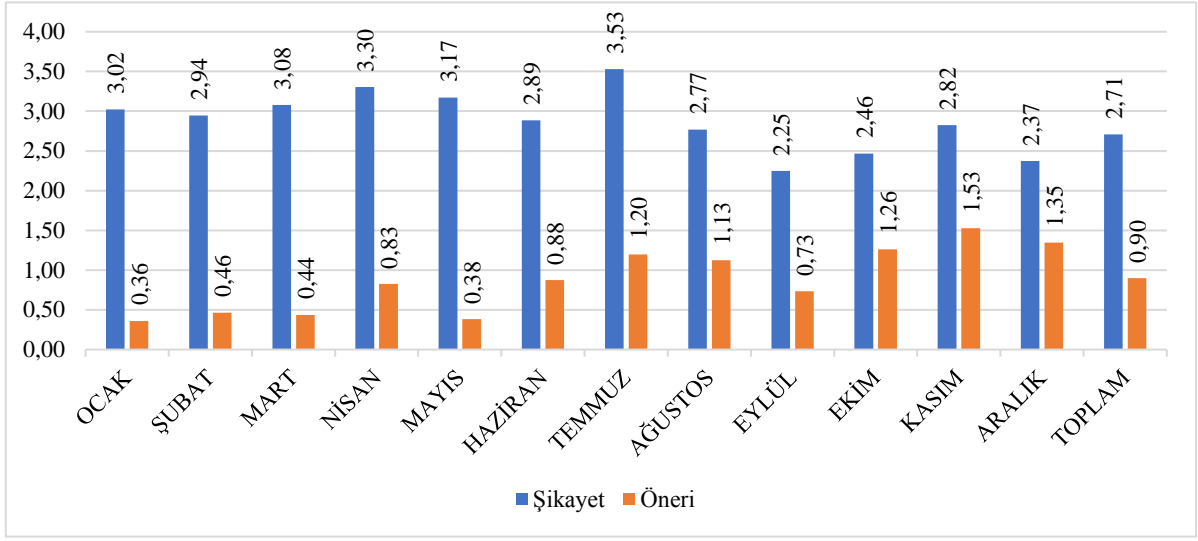
Hastane İnsan Kaynakları Birimi tarafından personel performans değerlendirme çalışması yapılmakta, bunun sonucunda belirlenen değerlendirme notuna göre gerektiğinde işten çıkarma, maaş artışının sınırlı tutulması gibi yaptırımlar uygulanmaktadır. Hasta şikâyetleri performans notunu etkilemektedir. Ayrıca, Hasta Hakları Komitesi aylık olarak toplanmakta ve toplantı sonucu alınan kararlar Başhekimlik tarafından ilgili birimlere iletilmektedir.

Bu çalışmada, hasta hakları birimi tarafından kayıt altına alınan bilgilerden elde edilen sayı ve oranlar kullanılarak hasta şikâyet ve memnuniyet bildirimleri analiz edilmeye, ayrıca literatürde bulunan benzer çalışmalarla karşılaştırılarak hastane yönetimi için yararlı bilgiler elde edilmeye çalışılmıştır.

IV. BULGULAR

Yıllık hasta şikâyet başvuru oranı %0,288, memnuniyet bildirim oranı ise %0,9 olarak gerçekleşmiştir. Aylık şikâyet başvurusu oranları %0,25 ile %0,35 arasında, memnuniyet bildirim oranları ise %0,36 ile %0,53 arasında değişmektedir.

Şikâyet oranları, ocak ayından temmuz ayına kadar ortalama % 3,13 seviyelerinde iken Ağustos-Aralık döneminde % 2,53 seviyelerine indiği görülmektedir. Bu azalmanın şikâyetlerin hastane yönetimi tarafından dikkate alındığı, düzeltici önlemler alındığının bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Şikâyet sayılarındaki olumlu azalma Şekil 1’de görülmektedir.

Şekil 1. 2021 Yılında Hastaneye Başvuran Hastaların Aylara Göre Şikâyet ve Memnuniyet Bildirim Oranları Grafiği (Binde)

2021 yılı içerisinde hastaneye başvuran toplam hasta sayısı, bu hastalardan şikâyet ve memnuniyet bildirim yapanların sayısı ve oranları aylara göre Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Aylara Göre Şikâyet ve Memnuniyet Bildirim Sayıları

Aylar	Toplam Hasta Sayısı	Şikâyet Başvurusu Yapan Hasta		Memnuniyet Bildirimi Yapan Hasta	
		Sayısı	Oranı (Binde)	Sayısı	Oranı (Binde)
Ocak	86.018	260	3.02	31	0.36
Şubat	86.254	254	2.94	40	0.46
Mart	107.584	331	3.08	47	0.44
Nisan	90.837	300	3.30	75	0.83
Mayıs	83.525	265	3.17	32	0.38
Haziran	103.953	300	2.89	91	0.88
Temmuz	81.847	289	3.53	98	1.20
Ağustos	96.842	268	2.77	109	1.13
Eylül	107.696	242	2.25	79	0.73
Ekim	99.812	246	2.46	126	1.26
Kasım	110.110	311	2.82	168	1.53
Aralık	112.130	266	2.37	151	1.35
Toplam	1.166.608	3.332	2.88	1.047	0.90

Toplam 3.332 şikâyet başvurusunun %55,5’i (n=1.848) yazılı, %44,5’i (n=1.484) sözlü olarak, %58,5’i (n=1948) hastalar, %41,5’i (n=1.384) hasta yakınları tarafından ve %51,6’sı (n=1.719) tıbbi birimlere, %48,4’ü (n=1.613) idari birimlere yönelik olarak yapılmıştır.

Şikâyetlerin önemli bir bölümünün yüz yüze (%38,48) ve dilekçe (%23,44) yöntemiyle yapıldığı görülmektedir. Bunun yanında (%13,83) oranında CİMER ve SABİM gibi merkezler aracılığı ile şikâyet başvuruları yapılmıştır. Şikâyetlerin başvuru yöntemlerine göre dağılımı Tablo 3’te verilmiştir.

Tablo 3. Şikâyetlerin Başvuru Yöntemlerine Dağılımı

Başvuru Şekli	Sayı	Oran (Yüzde)
Yüz yüze	1.282	38,48
Dilekçe	781	23,44
Telefon	327	9,81
CİMER	302	9,06
Mail	274	8,23
SABİM	159	4,77
Şikâyet/Öneri Kutusu	136	4,08
İnternet Portalı	71	2,13
Toplam	3.332	100,00

Şikâyetler, yapıldığı kişi veya bölüme göre incelendiğinde %37,45'sinin doğrudan hekimlere yönelik olarak yapılmış olduğu görülmektedir. Bunu %24,7 ile hasta hizmetleri birimi ve %11,31 ile hemşireler izlemektedir. Şikâyetlerin yapıldığı kişi ve bölümlere göre dağılımı Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Şikâyetlerin Yapıldığı Kişi veya Bölümlere Dağılımı

Başvuru Yapılan Kişi/ Bölüm	Sayı	Oran (Yüzde)
Hekim	1.248	37,45
Hasta Hizmetleri	823	24,70
Hemşire	377	11,31
Destek Hizmetleri	322	9,66
Fiyatlandırma	303	9,10
Teknik Hizmetler	128	3,84
Bilgi Teknolojileri	53	1,60
Biyomedikal	42	1,26
Satın Alma	36	1,08
Toplam	3.332	100,0

Yıllık toplam şikâyet başvurusunun %16,45'i (n=548) Ayaktan Hasta Hizmetleri Birimine yönelik olarak yapılmıştır. Bu şikâyetlerin nedenleri incelendiğinde %32,84'ünün (n=180) hatalı-eksik bilgilendirme veya yanlış yönlendirmeden, %32,48'inin (n=178) birim personeline ulaşamamadan, %34,68'inin de (n=190) personelin davranış şekline kaynaklandığı görülmektedir. Ayaktan hasta hizmetleri birimine yönelik yapılan şikâyetlerin nedenlerine göre dağılımının sayı ve oranları Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Ayaktan Hasta Hizmetleri Birimine Yönelik Şikâyetlerin Nedenlerine Dağılımı

Başvuru Nedeni	Sayı	Oran (Yüzde)
Yetkinlik eksikliği, hatalı-eksik bilgilendirmesi, yanlış yönlendirmesi	180	32,84
Personelin yerinde bulunmaması, telefonların açılmaması	178	32,48
Hasta hizmetleri personelinin uygunsuz davranış/üslup/tarzı	123	22,45
Personelin hasta / hasta yakınına ilgisiz davranması	67	12,23
Toplam	548	100,00

Yıllık toplam şikâyet başvurusunun 121'i Hasta Yatış ve Koordinasyon Birimine yönelik olarak yapılmıştır. Bu şikâyetlerin nedenleri incelendiğinde %46,28'sinin (n=56) hatalı-eksik bilgilendirmeden, %35,54'ünün (n=43) oda organizasyonunun yeterli yapılamamasından kaynaklandığı görülmektedir. Hasta Yatış ve Koordinasyon birimine yönelik yapılan şikâyetlerin nedenlerine göre dağılımının sayı ve oranları Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Hasta Yatış Koordinasyon Birimine Yönelik Şikâyetlerin Nedenlerine Dağılımı

Başvuru Nedeni	Sayı	Oran (Yüzde)
Yetkinlik Eksikliği, yanlış-eksik bilgilendirme.	56	46,28
Oda organizasyonunun yetersizliği.	43	35,54
Personelin yerinde bulunmaması, telefonların açılmaması.	8	6,60
Yatan hasta hizmetleri personelinin uygunsuz davranış/üslup/tarzı.	7	5,79
Personelin hasta / hasta yakınına ilgisiz davranması.	7	5,79
Yatan hasta faturalandırma sürecinde hata/yanlış yapılması.	0	0,00
Toplam	121	100,00

Yıllık toplam şikâyet başvurusunun %37,45'i (n=1248) hekimlere yönelik olarak yapılmıştır. Bu şikâyetlerin nedenleri incelendiğinde %31,89'inin (n=398) hekimlerin ilgisizliği, üslup ve davranışlarının uygun olmamasından kaynaklandığı görülmektedir. Ancak, yapılan şikâyetlerin %26,93'inin (n=336, 165'i tetkik sonuçlarına ulaşılama, 118'i randevu alma güçlüğü, 53'ü randevu alınan hekime muayene olamama gibi) doğrudan hekimleri ilgilendiren nedenler olmadığı görülmektedir. Hekimlere yönelik yapılan şikâyetlerin nedenlerine göre dağılımının sayı ve oranları Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. Hekimlere Yönelik Şikâyetlerin Nedenlerine Göre Dağılımı

Hekimlere yönelik şikâyetlerin nedenleri	Sayı	Oran (Yüzde)
Hekim ilgi /alakası.	271	21,71
Tetkik/tahlil sonuçlarının hatası/gecikmesi/ulaşılama.	165	13,22
Bilgilendirme eksikliği/yanlışlığı.	130	10,42
Hekimin hastaya davranışının/üslubunun uygun olmaması.	127	10,18
Randevu gecikmesi, zamanında hizmet verilememesi.	121	9,70
Randevu alma güçlüğü	118	9,46
Hekimin randevu saatinde yerinde olmaması.	116	9,29
Teşhis/tedaviden memnun kalmaması, yetersiz bulması.	63	5,05
Randevu alınan hekime muayene olunamaması.	53	4,25
Hatalı tedavi iddiası.	32	2,56
Hekim sayısı yetersizliği.	30	2,40
Hastanın tıbbi kaydında hata olması	20	1,60
Mahremiyete uygun davranmama	2	0,16
Toplam	1.248	100,00

Şikâyet başvurularının %11,31'i (n=377) hemşirelere yönelik olarak yapılmıştır. Bu şikâyetlerin nedenleri incelendiğinde %60,22'sinin (n=227) hemşirelerin ilgisizliği, üslup ve davranışlarının uygun olmamasından kaynaklandığı görülmektedir. Hemşirelere yönelik yapılan şikâyetlerin nedenlerine göre dağılımının sayı ve oranları Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. Hemşirelere Yönelik Şikâyetlerin Nedenlerine Göre Dağılımı

Hemşirelere yönelik şikâyetlerin nedenleri	Sayı	Oran (Yüzde)
Hemşirenin ilgi /alakası.	121	32,10
Hasta/hasta yakınına davranışının/üslubunun uygun olmaması.	106	28,12
Bilgilendirme eksikliği/yanlışlığı.	39	10,34
İhtiyaç halinde hemşirelere ulaşılama.	35	9,28
Tedavinin zamanında uygulanmaması (İlacın gelmemesi, geç gelmesi vb).	25	6,63
Yetkinlik/beceri düzeyi yetersizliği.	21	5,57
Hemşire sayısının yetersizliği, hastaya zamanında hizmet verilememesi.	17	4,51
Hatalı-eksik bilgilendirmesi, yönlendirmesi.	10	2,65
Hatalı / gereksiz /yanlış müdahalede bulunması.	1	0,27
Mahremiyete uygun davranmaması.	2	0,53
Toplam	377	100,00

Şikâyet başvurularının %6'sı (n=200) destek hizmetlerine yönelik olarak yapılmıştır. Bu şikâyetlerin nedenleri incelendiğinde %38'inin (n=76) temizlik, %28,5'inin (n=57) yemek ve %13,5'inin (n=27) otopark hizmetlerinden kaynaklandığı görülmektedir. Destek hizmetlerine yönelik yapılan şikâyetlerin nedenlerine göre dağılımının sayı ve oranları Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. Destek Hizmetlerine Yönelik Şikâyetlerin Birimlere Göre Dağılımı

Destek Hizmet Birimleri	Sayı	Oran (Yüzde)
Temizlik	76	38,0
Yemek	57	28,5
Güvenlik	27	13,5
Diğer	23	11,5
Otopark	11	5,5
Çamaşırhane	3	1,5
Erişilebilirlik	3	1,5
Toplam	200	100,0

Destek hizmetlerine yönelik şikâyet başvurularının %38'i (n=76) temizlik hizmetlerine yönelik olarak yapılmıştır. Bu şikâyetlerin nedenleri incelendiğinde %73,7'sinin (n=56) temizliğin yeterli olmaması ve %14,5'inin (n=11) temizlik yapma sıklığının yetersiz olmasından kaynaklandığı görülmektedir. Temizlik hizmetlerine yönelik yapılan şikâyetlerin nedenlerine göre dağılımının sayı ve oranları Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. Temizlik Hizmetlerine Yönelik Şikâyetlerin Nedenlerine Göre Dağılımı

Temizlik Hizmetleri Şikâyet Nedenleri	Sayı	Oran (Yüzde)
Temizliğin yeterli yapılmaması	56	73,7
Temizliğin yapma sıklığının yetersiz olması	11	14,5
Temizlik yapan görevlinin davranışının/üslubunun uygun olmaması	5	6,6
Personel eksikliği	2	2,6
Temizliğin zamanında yapılmaması	1	1,3
Temizlik yapan görevlinin mahremiyete uygun davranmaması	1	1,3
Toplam	76	100,0

Destek hizmetlerine yönelik şikâyet başvurularının %28,5'i (n=57) yemek hizmetlerine yönelik olarak yapılmıştır. Bu şikâyetlerin nedenleri incelendiğinde %52,6'sının (n=30) yemeklerin lezzetinin uygun olmaması ve %17,5'inin (n=10) yemeklerin sunumunun uygun olmamasından kaynaklandığı görülmektedir. Yemek hizmetlerine yönelik yapılan şikâyetlerin nedenlerine göre dağılımının sayı ve oranları Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11. Yemek Hizmetlerine Yönelik Şikâyetlerin Nedenlerine Göre Dağılımı

Yemek Hizmetleri Şikâyet Nedenleri	Sayı	Oran (Yüzde)
Yemeklerin Lezzetinin Uygun Olmaması	30	52,6
Yemeklerin Uygun Sunulmaması / Sıcaklık-Miktar vb.	10	17,5
Hasta yakını/refakatçi yemeğinin verilmemesi	7	12,3
Yemeklerin Zamanında Sunulmaması	5	8,8
Yemeklerin Dağıtımının Hijyen Şartlarına Uygun Yapılmaması	3	5,3
Hastaların diyetine uygun yemeğin sunulmaması	2	3,5
Toplam	57	100,0

2021 yılında hastaneye başvuran 1.166.608 hasta içerisinde %2,88 (n=3.332) şikâyet başvurusunun yanında %0,9 (n=1045) memnuniyet (teşekkür) bildirim yapılmıştır. Memnuniyet bildirimlerinin %56,2'si (n=587) hemşirelere, %17,7'si (n=185) hekimlere ve %12,7'si (n=133)

hastane yönetimine yönelik olarak yapılmıştır. Memnuniyet bildirimlerinin birim ve meslek gruplarına göre dağılımının sayı ve oranları Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Memnuniyet Bildirimlerinin Birim/Meslek Gruplarına Dağılımı

Birim/ Meslek Grubu	Sayı	Oran (Yüzde)
Hemşire	587	56,2
Hekim	185	17,7
Hastane Geneli (Yönetim)	133	12,7
Hasta Hizmetleri	83	7,9
Destek Hizmetleri	57	5,5
Toplam	1.045	100,0

V. TARTIŞMA

Yapılan birçok farklı çalışmanın sonuçlarına göre memnun olmayan müşterilerin %96’sı şikâyet etmez ve birçoğu işletmeyi terk etmeye kadar giden diğer yöntemlere başvurur (Alabay, 2012). Çalışmanın yapıldığı hastaneye, muayene ve tedavi amacıyla başvuran 1.166.608 hastadan 3.332’si şikâyet, 1.047’si ise memnuniyet bildiriminde bulunmuştur. Şikâyet başvurusu oranı %2,88, memnuniyet bildirim oranı ise %0,9’dur. Bu durum dikkate alındığında şikâyet başvuru sayısının (3.332) 25 katı (83.300) memnuniyetsiz hasta olduğu sonucuna ulaşırız ki bu toplam hastalarımızın %7’sini oluşturmaktadır. Yani, 1.166.608 hastamızın yaklaşık 83.300’ü hastaneden memnuniyetsiz şekilde ayrılmış demektir.

Şikâyet başvurularının %55,5’i yazılı, %44,5’i sözlü olarak yapılmıştır. Şikâyet başvurularının önemli bir bölümünün sözlü yapıldığı görülmektedir. Bu nedenle başvurular sözlü de yapılırsa takibi, çözümü ve hastalara geri bildirim için kayıt altına alınmalıdır. Yine başvuruların %58,5’i hastalar, %41,5’i hasta yakınları tarafından yapılmıştır. Bu durum hastane yönetimlerinin hastalar kadar hasta yakınlarını da dikkate alması gerektiğini göstermektedir.

Hastanenin tıbbi birimlerine (%51,6) ve idari birimlerine (%48,4) birbirine yakın oranlarda şikâyet başvurusu yapıldığı görülmektedir. Yıldırım ve Kumru (2021) tarafından yapılan çalışmada şikâyet başvuru konularının %42,22’sinin sağlık hizmet sunumu ve idari işlemlerden kaynaklandığı belirtilmektedir. Hastanelerin esas hizmet alanlarının tıbbi hizmetler olmasına rağmen şikâyetlerin yarıya yakınının idari konular olması hastanelerde tıbbi hizmetlerin iyileştirilmesi kadar idari süreçlerin de iyileştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Şikâyetlerin önemli bir bölümünün yüz yüze (%38,48) ve dilekçe (%23,44) yöntemiyle yapıldığı görülmektedir. Bunun yanında %13,5 oranında CİMER ve SABİM gibi merkezler aracılığı ile şikâyet başvuruları yapılmıştır. Bu durum bize hastalarımızın önemli bir bölümünün (%61,92) şikâyet nedenlerinin bizim tarafımızdan kısa zaman içerisinde giderilmesini beklediğini göstermektedir. Martin ve arkadaşları (2021) sağlık kuruluşlarında şikâyet sisteminin yetersiz olduğunu, şikâyet başvurusu yapan kişilerin çoğunlukla hayal kırıklığına uğradıklarını belirtmektedir. Ayrıca Case ve arkadaşları (2021) ise, şikâyet başvurularına sözlü cevap verme sürecinde sağlık personelinin daha dikkatli olması gerektiği, zamanlamanın önemli olduğunu vurgulanmış ve hastaların bu etkileşime oldukça önem verdiğini belirtmiştir. Şayet şikâyet başvurusu yapan kişilere tatmin edici cevaplar verir, hastaneden ayrılmadan sorunlarını giderebilirsek onları kaybetmeyeceğimizi, memnuniyetsiz hastaları memnun hastalara dönüştürebileceğimizi söyleyebiliriz.

Şikâyetler, yapıldığı kişi veya bölüme göre incelendiğinde %37,45’sinin doğrudan hekimlere yönelik olarak yapılmış olduğu görülmektedir. Bunu %24,7 ile hasta hizmetleri birimi ve %11,31 ile hemşireler izlemektedir. Toğun (2007), hasta memnuniyetini en fazla etkileyen faktörün hekim ve hemşire davranışı olduğunu, hekim davranışlarından memnun olanların genel memnuniyet ifade etme oranlarının daha yüksek olduğunu ifade etmektedir. Acar ve arkadaşları (2015) acil serviste en sık

şikâyet edilen personelin nöbetçi hekimler ve en sık şikâyet nedenin ise hekimlerin ilgisizliği ve azarlaması olduğu sonucu elde etmiştir. Hasta memnuniyetin en önemli kriterinin sağlık çalışanlarının hasta ve yakınlarına gösterdiği davranış biçimi ve hastaların bilgilendirilmesi olduğu görülmektedir. Aksaraylı ve Kıdak (2008), farklı personel grupları altında inceledikleri yatan hasta memnuniyetinde, gruplardan her birinin bir diğerinden memnuniyeti doğrudan etkilediği sonucuna ulaşmıştır. Bu nedenle sağlık hizmetinin bir ekip hizmeti olduğuna dikkat çekmektedir. Hasta memnuniyetinin; sağlık çalışanlarının yanı sıra hastanenin tüm yönetim kademelerinin bütün olarak ekip çalışması ile sağlanabileceği vurgulanmıştır. Benzer şekilde Tokay Argan ve Arıcı (2019), personel ile ilgili en yüksek şikâyet oranının personelin ilgisizliği, bilgi vermeme ve kötü davranma olduğu sonucunu elde etmiştir. Konu ile ilgili yapılan tüm çalışmalar göstermektedir ki hasta memnuniyeti ve şikâyetlerin azaltılmasında hastane personelinin davranışı en önemli yeri tutmaktadır.

Yıllık toplam şikâyet başvurusunun %16,45 (n=548)'i Ayaktan Hasta Hizmetleri Birimine yönelik olarak yapılmıştır. Bu şikâyetlerin nedenleri incelendiğinde %32,66 (n=179)'sının hatalı-eksik bilgilendirme veya yanlış yönlendirmeden, %32,48 (n=178)'inin birim personeline ulaşamamadan, %34,68 (n=190)'ünün de personelin davranış şekline kaynaklandığı görülmektedir. Şikâyet nedenleri incelendiğinde Ayaktan Hasta Hizmetleri Biriminde personel sayısının yetersiz olduğu ve personelin hastane süreçlerine hakim olmadığı açıkça görülebilmektedir.

Yıllık toplam şikâyet başvurusunun % 3.63 (n=121)'ü "Hasta Yatış ve Koordinasyon Birimine" yönelik olarak yapılmıştır. Bu şikâyetlerin nedenleri incelendiğinde %46,28'sinin hatalı-eksik bilgilendirmeden, %35,54'ünün oda organizasyonunun yeterli yapılamamasından kaynaklandığı görülmektedir. "Hasta Yatış ve Koordinasyon Birimine" yönelik olarak yapılan şikâyetlerin nedenleri incelendiğinde personelin hastane süreçlerine hakim olmadığı ve tıbbi birimlerle aralarında koordinasyon eksikliğinin olduğu söylenebilmektedir.

Yapılan şikâyetlerin %37,45 (n=1.248)'i hekimlere yönelik olarak yapılmıştır. Bu şikâyetlerin nedenleri incelendiğinde %31,89'unun hekimlerin ilgisizliği, üslup ve davranışlarının uygun olmamasından kaynaklandığı görülmektedir. Ancak, yapılan şikâyetlerin %26,93'ünün (165'i tetkik sonuçlarına ulaşamama, 118'i randevu alma güçlüğü, 53'ü randevu alınan hekime muayene olamama gibi) doğrudan hekimleri ilgilendiren nedenler olmadığı görülmektedir. Şikâyet başvurularının %11,31 (n=377)'i hemşirelere yönelik olarak yapılmıştır. Bu şikâyetlerin nedenleri incelendiğinde %60,22'sinin hemşirelerin ilgisizliği, üslup ve davranışlarının uygun olmamasından kaynaklandığı görülmektedir.

Hekim ve hemşirelerin, hastalara yeterli zaman ayıramamasından kaynaklı ilgi gösterme ve bilgilendirme görevlerini yeterince yapamadıkları görülmektedir. Bu duruma sağlık personeli ve hastalar arasındaki bilgi asimetrisinin neden olduğu söylenebilir. Hastalara tıbbi terimlerle değil, onların anlayabileceği şekilde bilgilendirme yapılmalıdır. Ayrıca, Covid-19 salgınının en yoğun yaşandığı bu dönemde hasta ve sağlık personeli arasındaki ilişkiler sınırlı düzeyde kalmıştır.

Şikâyet başvurularının %6 (200)'sı destek hizmetlerine yönelik olarak yapılmıştır. Bu şikâyetlerin nedenleri incelendiğinde %38'inin temizlik, %28,5'inin yemek ve %13,5'inin otopark hizmetlerinden kaynaklandığı görülmektedir. Destek hizmetlerine yönelik şikâyet başvurularının nedenleri incelendiğinde %73,7'sinin temizliğin yeterli olmaması ve %14,5'inin temizlik yapılma sıklığının yetersiz olmasından kaynaklandığı görülmektedir. Destek hizmetlerine yönelik şikâyetler toplam şikâyetler içerisinde önemli bir yer işgal etmemekle birlikte üzerinde durulması, önleyici tedbirler alınması gereken hizmetlerdir. Temizlik ve yemek hizmetlerinde meydana gelecek bir olumsuzluğun tıbbi hizmetlere de olumsuz etki edeceği unutulmamalıdır.

Hastaneye başvuran hastaların 3.332'si şikâyet başvurusu yaparken, bunun yanında 1.045 hasta da memnuniyet (teşekkür) bildirimini yapmıştır. Memnuniyet bildirimlerinin %56,2'si hemşirelere, %17,7'i hekimlere ve %12,7'ü hastane yönetimine yönelik olarak yapılmıştır. Memnuniyet bildirimini almak her

personeli memnun ve motive eder. Bu nedenle hastane yönetimleri memnuniyet bildirimini yapılmasına vesile olan personeli memnun edecek sistemler belirlemeli ve uygulamalıdır.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık Bakanlığı ve hastaneler, hasta şikayetlerine her zaman önem vermiş ve çeşitli yöntemlerle hasta şikayetlerini alarak hem kendi süreçlerini düzeltmeye hem de hastalarının yaşadıkları olumsuzlukları gidermeye çalışmışlardır. Çalışmanın yapıldığı hastanede “Hasta Hakları Birimi” tarafından bir yıl boyunca çeşitli kanallardan yapılan hasta şikâyet başvuruları önceden belirlenmiş kriterlere göre tasnif edilmiş ve belirli dönemlerde hastane yönetimine sunulmak üzere raporlanmıştır.

Ülkemizde konu ile ilgili çalışmaların daha çok hasta memnuniyeti konusunda, belirli bir zaman aralığında ve acil servis gibi tek bir birimde yapılmış olduğu görülmektedir. Çalışmamızda konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda olduğu gibi hasta şikayetlerinin önemli bir bölümünün hastanelerin fiziki, tıbbi veya teknolojik eksikliklerinden ziyade iletişim (bilgilendirme, ilgi, davranış) sorunlarından kaynaklandığı görülmektedir. Bunun nedeninin araştırmanın yapıldığı dönemde yoğun olarak yaşanan Covid 19 salgınının hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişimi sınırlandırmasından kaynaklandığı değerlendirilmektedir.

Hastanelerin şikâyet yönetimini doğru ve etkili bir şekilde yapması gerekmektedir. Şikâyette bulunan bir hasta hastaneye kendisini sürekli iyileştirme imkânı sunmaktadır. Böylece hastaneler çevrelerinde olumlu bir imaj bırakarak, sadık hasta sayılarını artırır, hastaların çevresine hastaneyi övmesi sonucunda yeni hastalar kazanabilir ve kaliteli hizmet vermesi sağlanabilir. Burada şikayetlerin iyi anlaşılması, sürecinin iyi yönetilmesi ve şikâyete konu olan olumsuzlukların bir daha yaşanmaması için gerekli önlemlerin alınması önemlidir.

Araştırma yapılan hastanede aylık şikâyet sayılarının giderek azalma eğilimine girdiği söylenebilir. Hasta şikayetlerinde azalma eğilimi sağlanmış olması, hastane yönetiminin şikayetleri dikkate alarak tıbbi ve idari süreçlerinde iyileştirmeye gittiğinin bir göstergesidir.

Hastanelerimizin hasta hakları iletişim birimlerinde hasta başvuruları uzun zamandan beri kayıt altına alınmaktadır. Bu verilerin sistematik ve standart bir biçimde bilgiye dönüştürülmesi ve bilimsel değerlendirmelere tabi tutulmasının ve yayınlanmasının faydalı olacağı değerlendirilmektedir.

KAYNAKLAR

- Acar, E., Alataş, Ö. D., Kırılı, U., & Kılınç, C. Y. (2015). Acil servis hasta şikayetlerinin değerlendirilmesi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*, 2(2), 38-43.
- Akman, M. (2015). Sağlık arama davranışı. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 19(2), 53-54.
- Aksaraylı, M., & Kıdak, L. B. (2008). Yatan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi: eğitim ve araştırma hastanesi uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(3), 87-122.
- Alabay, M. N. (2012). Müşteri şikayetleri yönetimi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 8(16), 137-157.
- Anderson, K., Allan, D., & Finucane, P. (2001). A 30-month study of patient complaints at a major australian hospital. *Journal of Quality in Clinical Practice*, 21, 109-111.
- Case, J., Walton, M., Harrison, R., Manias, E., Iedema, R., & Smith-Merry, J. (2021). What drives patients' complaints about adverse events in their hospital care? A data linkage study of Australian adults 45 years and older. *Journal of Patient Safety*, 17(8), 622-1632.

- Demirci, H. F. (2020). Sağlık sigortası sahipliği ve sağlık hizmetleri talebi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1(1), 37-45.
- Durmuş, A. (2021). *Sağlık hizmetleri sunumunda hasta beklentilerinin belirlenmesi* [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü, Sakarya.
- Hoşgör, H., & Cengiz, E. (2020). Sağlık hizmetlerinden şikâyetçi olan bireylerin genel profili ve şikâyet nedenleri: Türkiye merkezli bir sistematik derleme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(1), 191-217.
- Hoşgör, H. & Tosun, N. (2020). Sağlık sektöründe hasta memnuniyetini ele alan lisansüstü tezlerin tüketici davranışları çerçevesinde içerik değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 34(3), 973-999.
- İlhan, M. N. (2015). *Bir üniversite hastanesinde ayaktan tedavi gören hastaların ve yakınlarının hastane Çalışanları ve hastane hizmetlerinden beklentilerinin ve memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi* [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Gillespie, A., & Reader, T. W. (2018). Patient-centered insights: using health care complaints to reveal hot spots and blind spots in quality and safety. *The Milbank Quarterly*, 96(3), 530-567.
- Karačić, J., Viđak, M., & Marušić, A. (2021). Reporting violations of European Charter of Patients' Rights: analysis of patient complaints in Croatia. *BMC Med Ethics*, 22(1), 1-10.
- Kuzhan, H. (2009). *Bir sağlık kuruluşunda hizmet kalitesinin ölçümü ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörler* [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Moghadam, J. M., Ibrahimipour, H., Akbari, A. S., Farahbakhsh, M., & Khoshgoftar, Z. (2010). Study of patient complaints reported over 30 months at a large heart centre in Tehran. *Quality Safety Health Care*, 19(5), e28-e28.
- Martin, G. P., Chew, S., & Dixon-Woods, M. (2021). Why do systems for responding to concerns and complaints so often fail patients, families and healthcare staff? A qualitative study. *Social Science & Medicine*, 287, 114375-114383.
- Mattarozzi, K., Sfrisi, F., Caniglia, F., De Palma, A., and Martoni, M. (2017). What patients' complaints and praise tell the health practitioner: implications for health care quality. a qualitative research study. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(1), 83-89.
- Mirab, A., Tabibi, S. J., Pour, A. A. N., & Komeili, A. (2022). Designing a complaint management model in Iranian hospitals. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 16(3), 7-11.
- Önal, G., & Civaner, M. (2005). Hasta hakları uygulama yönergesi: Türkiye'de hasta haklarının yaşama geçirilmesi için bir adım. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 13, 203-208.
- Önder, R. (2014). *Sağlık arama davranışı ve etki eden etkenler* [Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi]. Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Özer, A. & Çakıl, E. (2007). Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. *Tıp Araştırma Dergisi*, 5(3), 140-143.

- Öztaş, B. E., Dirican, O., & Tengilimoğlu, D. (2019). Sağlık işletmelerinde hasta şikayetlerinin değerlendirilmesi. *Al Farabi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(4), 108-119.
- Öztürk Yaprak, Z., & Ecevit, E. (2019). Sağlık hizmetleri talebi ve fayda maksimizasyonu modeli. *Çukurova Tıp Dergisi*, 44(4), 1484-1494.
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık sektöründe hizmet talebi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 430-457.
- Sayım, F. (2011). *Sağlık piyasası ve etik*. MKM Yayıncılık
- Sevgen, S. (2015). *Sağlık hizmetleri talep tahmini: Adana ili hastane uygulaması* [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Skålén, C., Nordgren, L., & Annerbäck, E. M. (2016). Patient complaints about health care in a swedish county: characteristics and satisfaction after handling. *Nursing Open*, 3, 203-211.
- Taşlıyan, M. & Gök, S. (2012). Kamu ve özel hastanelerde hasta memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta bir alan çalışması, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(1), 69-94.
- Taylor, D. M., Wolfe, R., & Cameron, P. A. (2002). Complaints from emergency department patients largely result from treatment and communication problems. *Emergency Medicine*, 14(1), 43-49.
- Tezcan, D., Yücel, M. H., Ünal, U. B., & Edirne, T. (2014). Üçüncü basamak sağlık kuruluşunda hasta memnuniyeti. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 7(1), 57-62.
- Toğun, İ. (2007). *Acil serviste hasta memnuniyeti* [Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi]. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gaziantep.
- Tokay Argan, M. & Arıcı, A. (2019). Sağlık iletişimde E- şikâyet: Hastaların ve hasta yakınlarının şikayetvar.com paylaşımları üzerine bir araştırma. *Akdeniz Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 31, 339-355
- Toprak, D. K. & Şahin, B. (2012). Sağlık Bakanlığı hastanelerine yapılan hasta şikâyetlerinin değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 3(1), 1-28.
- Ünal, S., Özcan, Y., Emul, H. M., Çekem, A. B., Elbozan, H. B. & Sezer, Ö. (2001). Hastalık açıklama modeli ve çare arama davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(4), 222-229.
- Wei, H., Ming, Y., Cheng, H., Bian, H., Ming, J., & Wei, T. L. (2018). A mixed method analysis of patients' complaints: underpinnings of theory-guided strategies to improve quality of care. *International Journal of Nursing Sciences*, 5, 377-382.
- Yaylalı, M., Kaynak, S. & Karaca, Z. (2012). Sağlık hizmetleri talebi: Erzurum ilinde bir araştırma. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 12(4), 563.
- Yıldırım, R. F. & Kumru, S. (2021). Hasta şikayetleri ve tatminin Sağlık Bakanlığı iletişim merkezine yapılan başvurular ile değerlendirmesi: İstanbul-Kadıköy örneği. *Avrasya Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Dergisi*, 5(2), 124-137
- Zaim, H. & Tarım, M. (2010). Hasta memnuniyeti, kamu hastaneleri üzerine bir alan araştırması. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 59, 1-24.

OTANTİK LİDERLİK VE BAĞLAMSAL PERFORMANS: İŞE ANGAJE OLMANIN ARACILIK ETKİSİ

Cahit KORKU *
Ahmet YILDIZ **


ÖZ

Çalışanların performanslarında yöneticiler etkilidir ve bu etki yöneticilerin liderlik özelliklerine göre değişiklik göstermektedir. Bu araştırmanın amacı otantik liderliğin bağlamsal performansa etkisini ve bu ilişkide işe angaje olmanın aracılık rolünü belirlemektir. Bu kapsamda araştırmada Otantik Liderlik Ölçeği, İşe Angaje Olma Ölçeği ve Bağlamsal Performans Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma Batman ilindeki bir kamu hastanesinde yapılmış ve araştırmaya 425 sağlık çalışanı katılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir. Otantik liderliğin bağlamsal performans üzerindeki etkisi ve bu ilişkide işe angaje olmanın aracılık rolünü belirlemek için path analizi yapılmıştır. Otantik liderlik ile işe angaje olma arasında orta düzeyli ilişki, otantik liderlik ile bağlamsal performans arasında ve işe angaje olma ile bağlamsal performans arasında yüksek ilişki bulunmaktadır. Otantik liderliğin işe angaje olma üzerinde 0,53 birim ve bağlamsal performans üzerinde 0,65 birimlik doğrudan etkisi bulunmaktadır. Ayrıca işe angaje olmanın bağlamsal performans üzerinde 0,27 birimlik doğrudan etkisi bulunmaktadır. Otantik liderliğin bağlamsal performans üzerinde doğrudan etkisi yanında işe angaje olma üzerinde 0,14 (0,53x0,27) birimlik dolaylı etkisi bulunmaktadır. Otantik liderliğin bağlamsal performans üzerinde pozitif etkisi bulunmakta ve çalışanların işe angaje olmaları bu ilişkide aracılık görevi görmektedir. Sağlık çalışanlarının işe angaje olmalarında ve bağlamsal performanslarında yöneticilerin otantik liderlik özellikleri etkili olduğundan sağlık yöneticilerinin otantik liderlik özelliklerine sahip olmaları ve bu özelliklerini geliştirmeleri gerekir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık yöneticileri, Otantik liderlik, İşe angaje olma, Bağlamsal performans.

MAKALE HAKKINDA

* Dr. Öğr. Üyesi, Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, ckorku@ohu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-6849-9950>

** Doç. Dr., Batman Üniversitesi, ahmet.yildiz@batman.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-8744-0225>

Gönderim Tarihi: 25.04.2022

Kabul Tarihi: 25.01.2023

Atıfta Bulunmak İçin:

Korku, C. & Yıldız, A. (2023). Otantik Liderlik ve Bağlamsal Performans: İşe Angaje Olmanın Aracılık Etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 85-98

AUTHENTIC LEADERSHIP AND CONTEXTUAL PERFORMANCE: MEDIATING EFFECT OF WORK ENGAGEMENT

Cahit KORKU *
Ahmet YILDIZ **


ABSTRACT

Managers are effective in the performance of employees and this effect varies according to the leadership characteristics of managers. The purpose of this research is to determine the effect of authentic leadership on contextual performance and the mediating role of work engagement in this relationship. In this context, Authentic Leadership Scale, Work Engagement Scale and Contextual Performance Scale were used in the research. The research was conducted in a public hospital in the province of Batman and 425 healthcare professionals participated in the research. The relationship between the variables was tested with Pearson correlation analysis. Path analysis was conducted to determine the effect of authentic leadership on contextual performance and the mediating role of work engagement in this relationship. There is moderate correlation between authentic leadership and work engagement, high correlation between authentic leadership and contextual performance, and high correlation between job engagement and contextual performance. Authentic leadership has a direct effect of 0.53 units on work engagement and 0.65 units on contextual performance. In addition, job engagement has a direct effect of 0.27 units on contextual performance. Authentic leadership has a direct effect on contextual performance as well as an indirect effect of 0.14 (0.53x0.27) on work engagement. Authentic leadership has a positive effect on contextual performance and employee engagement acts as a mediator in this relationship. Since the authentic leadership characteristics of administrators are effective in the engagement and contextual performance of healthcare professionals, healthcare administrators should have authentic leadership characteristics and develop these characteristics.

Keywords: Health managers, Authentic leadership, Work engagement, Contextual performance.

ARTICLE INFO

* Assistant Professor, Niğde Ömer Halisdemir University, ckorku@ohu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-6849-9950>

** Associate Professor, Batman University, ahmet.yildiz@batman.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-8744-0225>

Received: 25.04.2022

Accepted: 25.01.2023

Cite This Paper:

Korku, C. & Yıldız, A. (2023). Otantik Liderlik ve Bağlamsal Performans: İşe Angaje Olmanın Aracılık Etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 85-98

I. GİRİŞ

Liderlik bir organizasyonu etkili ve başarılı sonuçlara götüren en kritik bileşenlerden biridir (Pradhan ve Pradhan, 2015). Liderlik tarzı, özellikle çalışan performansı gündeme geldiğinde yönetim alanındaki en önemli konulardan biri olarak kabul edilir (Hadian Nasab ve Afshari, 2019). Bununla birlikte liderlerin etkinliği sergilemiş oldukları liderlik biçimine bağlı olarak değişmektedir (Iqbal vd., 2015; Nanjundeswaraswamy ve Swamy, 2014). Liderler pozitif liderlik biçimlerini sergileyebilecekleri gibi negatif liderlik biçimlerini de sergileyebilmektedir. Ancak otantik liderlik, liderliğin pozitif yönünü ele almaktadır (Korku ve Kaya, 2020). Otantik liderlik konusu hem pratik hem de akademik alanlarda artan bir ilgi yaratmakta olan bir liderlik türüdür (Hsieh ve Wang, 2015). Yapılan çalışmalar otantik liderliğin; çalışan tutumlarını, davranışlarını ve iş sonuçlarını olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir (Hsieh ve Wang, 2015; Ribeiro vd., 2018a). Otantik liderlerin etkide bulunabileceği unsurlardan biri de çalışanların işe angaje olmaları ve resmi görevlerinin dışında kalan bağlamsal davranışlar sergilemeleridir. Bağlamsal davranışlar veya bağlamsal performans büyük ölçüde motivasyon faktörlerine bağlıdır ve işe angaje olma böyle bir motivasyon faktörü olabilir (Meyers vd., 2020). Pozitif liderler olarak otantik liderler, çalışanları ve organizasyonu güçlü yanlarını oluşturmaya ve kullanmaya yönlendirir ve sonuç olarak iyi bir performans elde edilmesine yardımcı olurlar (Hadian Nasab ve Afshari, 2019).

Literatürdeki farklı çalışmalar; otantik liderlik, işe angaje olma ve bağlamsal performans arasında ilişki olabileceğini göstermektedir. Örneğin otantik liderlik ile işe angaje olma (Penger ve Cerne, 2014; Oh vd., 2018); otantik liderlik ile bağlamsal performans (Malik, 2018) işe angaje olma ile bağlamsal performans (Cesário ve Chambel, 2017; Kartal, 2018; Meyers vd., 2020) arasındaki ilişki araştırılmıştır. Ancak, otantik liderliğin bağlamsal performansla etkisinde işe bağlılığın aracı rolüne ilişkin bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bakımdan araştırma sonuçlarının alan yazına önemli katkısının olacağı düşünülmektedir. Araştırmanın temel değişkenleri olarak belirlenen otantik liderlik, işe angaje olma ve bağlamsal performans kavramları aşağıda açıklanmıştır.

1.1. Otantik Liderlik

Otantiklik, “kişinin kendini sosyal çevresi içinde görme ve yaşamını derinden sahip olduğu değerlere göre yönetme konusundaki genel eğilimlerini yansıtan geniş bir psikolojik yapıdır”. Daha spesifik olarak otantiklik, takipçilerine liderlik etme gibi, kişinin davranışının ve varlığının somut yönlerinde ortaya çıkar (Ilies vd., 2005). Otantik liderlik pozitif liderlik biçimlerinden biridir (Avolio ve Gardner, 2005). Takipçilerin liderle özdeşleşmesi, örgütle sosyal özdeşleşme, lidere güven, umut, iyimserlik ve olumlu duygular ile otantik liderler takipçilerin çalışma tutum ve davranışlarını etkiler (Walumbwa vd., 2008). Otantik liderler, güveni ve destekleyici kişilerarası ilişkileri teşvik ederek çalışanların psikolojik güvenliğine katkı sağlarlar (Penger ve Cerne, 2014). Kendini güvende hisseden, baskı altında olmayan ve kısıtlanmayan çalışanların işe bağlı olma olasılıkları daha yüksektir (Ciftci ve Erkanli, 2020). Otantik liderler, takipçilerinin kişisel gelişimine olumlu yönde etki ederek olumlu davranışlar sergilemelerine katkıda bulunurlar (Ilies vd., 2005). Otantik liderlik teorisine göre liderin dört temel özelliği bulunmaktadır. Bunlar; öz farkındalık, ilişkilerde şeffaflık, dengeli davranış (tarafsız işlem) ve içselleştirilmiş ahlaki bakış açısıdır. Öz-farkındalık; “kişinin güçlü ve zayıf yönlerini ve çok yönlü doğasını anlayabilme yeteneğini” ifade eder. Öz-farkındalığa sahip kişi kendi güçlü ve zayıf yönlerini bilir, başkalarının bakış açısıyla kendisini ve kendisinin başkaları üzerindeki etkilerinin farkında olur. İlişkilerde şeffaflık; “bireyin sahte bir davranış sergilemeksizin kendi özgün özelliklerini başkalarına açık bir şekilde yansıtmasını” ifade eder (Walumbwa vd., 2008). Şeffaflık; duyguların, değerlerin ve bilginin uygun şekilde paylaşılması, farklı bakış açıları ve görüşlerin istenmesi ve dinlenmesi yoluyla elde edilir. Lider bilgiyi açık bir şekilde paylaştığında ve lider kendi doğrularını açık bir şekilde ifade ettiğinde lidere olan güven artar (Avolio ve Gardner, 2005). Dengeli davranış (tarafsız işlem); “kararları formüle etmek için ilgili tüm verileri nesnel olarak analiz etme” yeteneğidir. Liderler karar vermeden önce herhangi bir konuyla ilgili olan tüm bilgileri nesnel olarak değerlendirir ve buna göre hareket ederler (Walumbwa vd., 2008). Tarafsız işlem, bir durumun yok sayılmaması, çarpıtılmaması ve abartılmamasına atıfta bulunur (Gardner vd, 2005). İçselleştirilmiş ahlak anlayışı; “özümsemmiş ve birbirleriyle tutarlı düşünceleri” ifade eder (Walumbwa vd., 2008).

İçselleştirilmiş ahlak anlayışına sahip liderin temel etik değerlere bağlı kalması beklenir (Gardner vd., 2011; Hannah vd., 2011).

1.2. İşle Angaje Olma

Schaufeli ve diğerleri (2002) işe angaje olmayı; dinçlik-canlılık, kendini adama ve kendini verme ile karakterize edilen iş ile ilgili olumlu ve tatmin edici zihinsel bir durum olarak tanımlamıştır. İşe angaje olma, yüksek düzeyde adanmışlık ve işe güçlü bir şekilde odaklanma ile birlikte pozitif, duygusal-motivasyonel yüksek enerji durumunu ifade eder (Bakker ve Albrecht, 2018). İşe angaje olma, anlamlı ve belirli bir durumdan ziyade, herhangi bir belirli nesne, olay, birey veya davranışa odaklanmayan daha kalıcı ve yaygın bir duygusal-bilişsel duruma atıfta bulunur. Canlılık-dinçlik (vigor), çalışırken yüksek düzeyde enerji ve zihinsel esneklik ve kişinin işine çaba harcama isteği ve yeteneği ile karakterize edilir. Adanma (dedication); işine önem verme, coşkulu olma, ilham, gurur ve meydan okuma duygusu ile karakterize edilir. Bağlılığın son boyutu olan kendini verme (absorption), kişinin işine tamamen konsantre olması ve kendini mutlu bir şekilde işine vermesi ile karakterize edilir. Bu sayede zaman hızla geçer ve kişi kendini işine kaptırır. Bu kavram; odaklanmış dikkat, duru bir zihin, zihin ve beden uyumu, çabasızsız konsantrasyon, tam denetim, zamanın önemini kaybetmesi ve içsel zevk ile karakterize edilir (Schaufeli vd., 2002). İşe angaje olma, nispeten kalıcı ancak zamanla dalgalanabilen bir zihin durumu olarak kabul edilebilir. Angaje olma, gerçekleştirilen işe odaklanmayı ve bu işe fiziksel, bilişsel ve duygusal kaynaklarını ayırma isteğini temsil eder (Christian vd., 2011). İşe angaje olmanın yüksek düzeyde yaratıcılık, görev performansı, örgütsel vatandaşlık davranışı ve müşteri memnuniyeti ile ilişkili olduğu kanıtlandığından, çağdaş kamu ve özel kuruluşların işine bağlı çalışanlara sahip olması arzu edilmektedir (Bakker ve Albrecht, 2018). İşine bağlı çalışanlar genellikle mutluluk ve coşku gibi olumlu duygular ve iş yerinde daha iyi olma hali sunar ve iş arkadaşlarına enerji yayabilir. Çalışanın işe bağlılığı ne kadar yüksekse performansının da o düzeyde yüksek olması beklenir (Cesário ve Chambel, 2017).

1.3. Bağlamsal Performans

Literatür çalışan performansının çok boyutlu bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir. Motowidlo ve Van Scotter (1994) çalışan performansının görev performansı ve bağlamsal performans olmak üzere iki farklı boyutta değerlendirilmesi gerektiğini öne sürmüştür. Motowidlo ve Van Scotter'a (1994) göre hem görev performansı hem de bağlamsal performans genel performansla bağımsız olarak katkıda bulunan iki boyuttur. Görev performansı bir çalışanın görev tanımları çerçevesinde yapmış olduğu faaliyetleri kapsamaktadır (Burney vd., 2009). Bağlamsal performans ise bir çalışanın görev tanımının dışındaki faaliyetleriyle ilgilidir. "Resmi olarak görev tanımında bulunmayan ancak çalışanın görev davranışlarını tamamlayan ekstra rol davranışlarına bağlamsal davranışlar" denir (Pradhan ve Pradhan, 2015). Bağlamsal davranışlar ve performans, kuruluşun teknik özüne doğrudan katkıda bulunmayan ancak yine de gönüllülük ve başkalarına yardım etme gibi bir kuruluş için faydalı olan iş faaliyetlerini ifade eder (Meyers vd., 2020). Bağlamsal davranışlarda kişinin diğerlerine karşı tutumu ve şefkati belirleyici olmaktadır. Ekstra rol davranışları görevlerde geciken akranlara gönüllü olarak yardım etme, iyi iş ilişkilerini sürdürmek için dostane davranma, bir işin zamanında tamamlanması için ek çaba gösterme, yeni bir iş ortamı başlatma gibi davranışları kapsar (Pradhan vd., 2018). Bağlamsal performans, zorlu koşullarda bile işyeri düzenlemelerine bağlı kalmak, ekstra görevleri yerine getirmek veya başkalarına yardım etmek için gönüllü olmak ve aksilikler karşısında bile olumlu tutumları sürdürmek gibi davranışları içermektedir (Meyers vd., 2020). Günümüzde bir çalışanın resmi iş rolleri dışındaki olumlu faaliyetlerde bulunması beklendiğinden bağlamsal performans daha da önem kazanmıştır (Pradhan ve Pradhan, 2015). Bağlamsal performans büyük ölçüde motivasyon faktörlerine bağlıdır (Meyers vd., 2020) ve tükenmişlik ile negatif ilişkisi bulunmaktadır (Palenzuela vd., 2019). Her organizasyonda yöneticiler, çalışanlarının işlerine daha fazla dahil olmalarını, ortak bir amaç peşinde pozitif olarak katılmalarını ve iş tanımlarında belirtilenden daha fazla çaba göstermelerini bekler. Kendilerini resmi iş rolleri ve sorumluluklarıyla sınırlamamalarını isterler (Pradhan vd., 2018).

1.4. Otantik Liderlik, İşe Angaje Olma ve Bağlamsal Performans

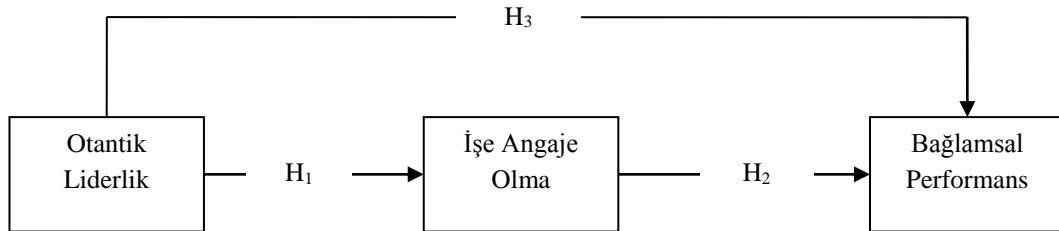
Otantik liderler; öz farkındalık, ilişkilerde şeffaflık, dengeli davranış ve içselleştirilmiş ahlaki bakış açısıyla (Avolio, 2010), takipçilerinin olumlu davranışlar sergilemelerine katkıda bulunabilirler (Ilies vd., 2005). Bu olumlu davranışlardan biri de çalışanların işe angaje olmalarıdır (Penger ve Cerne, 2014; Oh vd., 2018). Otantik liderler çalışanlarının yüksek enerji düzeyi ile çalışmalarını konusunda onlara katkı sağlayabilir (Schaufeli vd., 2002). İşe angaje olma ise bağlamsal performansını etkileyebilir (Cesário ve Chambel, 2017; Kartal, 2018; Meyers vd., 2020). Diğer taraftan otantik liderlik çalışanların bağlamsal performansını doğrudan da etkileyebilir (Malik, 2018). Sonuç olarak otantik liderliğin işe angaje olma üzerinde doğrudan etkisi, bağlamsal davranışı üzerinde ise doğrudan ve dolaylı etkisi olabilir.

İşin doğası gereği sağlık kurumlarında çalışanlar arasında yardımlaşma ve çalışanların görev tanımının dışında kalan ekstra rol davranışlarının sergilenmesini önemlidir. Ayrıca iş stresinin yüksek olması nedeniyle çalışanların işe angaje olma düzeyi düşük olabilir. Bu kapsamda pozitif liderlik biçimlerinden olan otantik liderlik sağlık çalışanların işe angaje olmalarını artırabilir ve ekstra rol davranışlarını sergilemelerinde pozitif yönde etkide bulunabilir. Bu çalışmayla sağlık yöneticilerinin otantik liderlik özelliklerinin çalışanların işe angaje olmalarında ve ekstra rol davranışı sergilemelerinde etkide bulunup bulunmadığı, etkide bulunduysa ne düzeyde etkide bulunduğu ortaya konabilecektir. Böylelikle pozitif liderlik biçimlerinden olan otantik liderlerin çalışanların ekstra rol davranışı üzerindeki etkisi belirlenerek liderlerin otantik liderlik özelliklerini daha fazla sergilemeleri sağlanabilir.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı ve Modeli

Bu araştırmanın amacı yöneticilerin otantik liderlik özelliklerinin astlarının bağlamsal performansına etkisini ve bu etkide astların işe angaje olmalarının aracılık rolünü ortaya çıkarmaktır. Bu bağlamda araştırma modeli ve hipotezleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir.



Şekil 1. Araştırma Modeli

H1: Otantik liderlik, işe angaje olmayı etkiler.

H2: İşe angaje olma, bağlamsal performansını etkiler.

H3: Otantik liderlik, bağlamsal performansını doğrudan etkiler.

H4: Otantik liderliğin bağlamsal performans üzerindeki etkisinde işe angaje olmanın aracılık rolü vardır.

2.2. Araştırmanın Örneklemi ve Veri Toplama Yöntemi

Araştırma Batman ilindeki bir kamu hastanesinde görev yapan sağlık çalışanları (hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, teknisyen, tekniker, fizyoterapist) üzerinde yapılmıştır. Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) temelli araştırmalarda her koşulda geçerli bir örneklem büyüklüğü olmamakla birlikte; örneklem büyüklüğünün 150'nin üzerinde olması ve ölçekte yer alan madde sayısının en az 5 katı veri olması gerektiği ifade edilmektedir (Kalkan ve Kelecioğlu, 2016; Snook ve Gorsuch, 1989). Ancak

300'ün üzerinde bir örneklemin genel olarak yeterli olduğu belirtilmektedir (Worthington ve Whittaker, 2006). Bunun için 300'ün üzerinde kişiye ulaşılmak hedeflenmiştir. Araştırmaya 425 sağlık çalışan katılmayı kabul etmiştir. Anketler araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllülere elden dağıtılmış, ayrıca gönüllülerin ankete elektronik ortamda katılabilmeleri için link verilerek anketleri doldurmaları istenmiştir.

2.3. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçları

Otantik Liderlik (Authentic Leadership): Yöneticilerin otantik liderlik özelliklerini ölçmek için Avolio ve diğerleri tarafından 2007 yılında geliştirilmiş olan Otantik Liderlik Ölçeği (Authentic Leadership Questionnaire-ALQ) kullanılmıştır (Mind Garden, 2018). Ölçeğin Türkçe'de sağlık sektöründe geçerli ve güvenilir araç olduğu Korku ve Kaya (2020) tarafından test edilmiş ve doğrulanmıştır. Ölçek; 4 boyut ve 16 maddeden oluşmaktadır. Bu boyutlar; öz-farkındalık, ilişkilerde şeffaflık, içselleştirilmiş ahlak anlayışı ve dengeli davranış (tarafsız işlem) boyutlarıdır. Beşli likert tipindeki bu ölçek; sıfırdan (0 = hiçbir zaman) dörde (4 = neredeyse her zaman) kadar puanlandırılmaktadır.

İşe Angaje Olma (Work Engagement): Katılımcıların işe bağlılıklarını/adanmışlıklarını değerlendirmek için Schaufeli ve diğerleri (2002) tarafından geliştirilmiş olan Utrecht İşe Bağlılık Ölçeği (Utrecht Work Engagement Scale-UWES-17) kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe'de geçerli ve güvenilir araç olduğu Eryılmaz ve Doğa (2012) tarafından test edilmiş ve doğrulanmıştır. Ölçek; 3 boyut ve 17 maddeden oluşmaktadır. Boyutlar; dinçlik, adanma ve kendini verme boyutlarıdır. Yedili likert tipindeki bu ölçek; sıfırdan (0 = hiçbir zaman) altıya (6 = neredeyse her zaman) kadar puanlandırılmaktadır.

Bağlamsal Performans (Contextual Performance): Katılımcıların bağlamsal performansını ölçmek için Pradhan ve Jena (2017) tarafından geliştirilen Çalışan Performansı Ölçeği'nin (Employee Performance Scale-EPS) bağlamsal performans (contextual performance-CP) alt ölçeği kullanılmıştır. 10 maddeden oluşan bu ölçek; beşli likert tipinde sıfırdan (0 = hiçbir zaman) dörde (4 = neredeyse her zaman) kadar puanlandırılmaktadır. On maddeden oluşan bu ölçek tek boyutludur. Ölçeğin Türkçe literatürde geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına rastlanılmadığı için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmış ve güvenilirliği test edilmiştir.

2.4. Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS) 23.0 ve Linear Structural Relations (LISREL) 9.30 programlarında analiz edilmiştir. Ölçeklerin güvenilirliğini belirlemek için Cronbach's Alpha katsayıları incelenmiştir. Araştırmada tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, ortanca, çeyreklik, yüzdeler) hesaplanmış ve değişkenler arasındaki ilişkiler ve etkiler araştırılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir. Otantik liderliğin bağlamsal performans üzerindeki etkisi ve bu ilişkide işe angaje olmanın aracılık rolünü belirlemek için path analizi yapılmıştır. Araştırmada verilerin normal dağılıp dağılmadığı basıklık ve çarpıklık değerlerine bakılarak analiz edilmiştir. Değişkenlere ilişkin basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri -1 ve +1 arasında; çoklu basıklık kritik değeri (multivariate kurtosis critical value) 8'in altında bulunmuştur. Buna göre verilerin normallik varsayımını karşıladığı söylenebilir (Yılmaz ve Varol, 2015).

III. BULGULAR

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim, medeni hal, görev, çalışma şekli, meslekte çalışma süresi ve hastanede çalışma süresi) ilişkin tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma ve yüzdeler) Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri

Değişken	n (%)	Ortalama ±Standart Sapma Ortanca (25.-75. Yüzdalık)
Yaş		
<30	189 (44,5)	32,06 ± 7,11 31(26,0-38,0)
30-39	167 (39,3)	
≥40	69 (16,2)	
Cinsiyet		
Kadın	242 (56,9)	
Erkek	183 (43,1)	
Eğitim		
Sağlık Meslek Lisesi	70 (16,5)	
Ön lisans	136 (32,0)	
Lisans	140 (32,0)	
Yüksek Lisans	27 (6,4)	
Doktora	52 (12,2)	
Görev		
Hekim	52 (12,2)	
Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru	282 (66,4)	
Diğer*	91 (21,4)	
Çalışma Şekli		
Gündüz	124 (29,2)	
Gece	29 (6,8)	
Gece ve Gündüz	272 (64,0)	
Meslekte Çalışma Süresi		
1 yıl ve altı	75 (17,6)	8,21±7,20 6 (2,0-14,0)
2-5 Yıl	131 (30,8)	
6-10 Yıl	77 (18,1)	
10 Yıl üstü	142 (33,4)	
Hastanede Çalışma Süresi		
1 yıl ve altı	107 (25,2)	5,06±4,79 3,00 (1,0-7,5)
2-5 Yıl	184 (43,3)	
6-10 Yıl	77 (18,1)	
10 Yıl üstü	57 (13,4)	

* Fizyoterapist, Laborant, Anestezi Teknisyeni, Acil Tıp Teknikeri.

Katılımcıların yaşı bakımından yaklaşık yarısı 30 yaş altı, cinsiyeti bakımından çoğunluğu kadın, eğitim durumları bakımından üçte biri ön lisans ve üçte biri de lisans, yaptıkları görev bakımından yaklaşık üçte ikisi hemşire, ebe ve sağlık memurundan oluşmaktadır. Ayrıca katılımcıların yaklaşık üçte ikisinin hem gece hem de gündüz çalıştığı, yaklaşık üçte ikisinin meslekte çalışma süresinin on yıl ve altında olduğu, hastanede çalışma süresi bakımından üçte ikisinden fazlasının beş yıl ve altında görev yaptığı tespit edilmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçekler ve alt boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler (ortalama ve standart sapma) ile güvenilirlik katsayıları (Cronbach's Alpha) Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Ölçek Boyut ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler ve Güvenirlik Katsayıları

Boyut ve Alt Boyutlar	Madde	Ort. SS.	Cronbach's Alfa Katsayısı
Otantik Liderlik	16	3,14±1,30	0,963
İlişkilerde Şeffaflık	5	3,21±1,66	0,977
İçselleştirilmiş Ahlak Anlayışı	4	3,20±1,54	0,943
Dengeli Değerlendirme/Davranış	3	3,44±1,47	0,900
Öz Farkındalık	4	2,79±1,26	0,900
İşe angaje olma	17	4,05±0,96	0,934
Zindelik	6	3,94±1,05	0,884
Adanma	5	4,30±1,03	0,853
Kendini Verme	6	3,96±1,28	0,923
Bağlamsal Performans	10	3,41±0,99	0,915

Ölçeklerden elde edilen puanlar incelendiğinde otantik liderlik puanının 4 üzerinden 3,14±1,30 olduğu; işe angaje olmanın 6 üzerinden 4,05±0,96 olduğu, bağlamsal performansın 4 üzerinden 3,41±0,99 olduğu belirlenmiştir. Otantik liderlik ölçeğinin puan ortalaması en yüksek boyutu “dengeli davranış/tarafsız işlem” boyutu (3,44±1,47) iken puan ortalaması en düşük boyutu “öz-farkındalık” 2,79±1,26 boyutudur. İşe angaje olma ölçeğinin ortalaması en yüksek boyutu “adanma” boyutu (4,30±1,03) iken; en düşük boyutu “zindelik” Bu (3,94±1,05) boyutudur. Bu ölçekler için kesim noktaları bulunmamakla birlikte ölçeklerden elde edilen puanların genel olarak yüksek olduğu söylenebilir.

Ölçeklerden elde edilen güvenirlilik katsayıları ölçeklerin yeterli düzeyde güvenirliliğe sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeklere ve alt boyutlarına ilişkin güvenirlilik katsayıları 0,85 ile 0,97 arasında değişmektedir. Araştırmada kullanılan bağlamsal performans ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlilik çalışmasına rastlanılmadığından ölçek için öncelikle açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin 10 maddeden oluşan yapısının toplam varyansın %57,31’ni açıkladığı, maddelerin yüksek yük değerlerine sahip olduğu (0,60-0,81) madde bütün korelasyonlarının yeterli düzeyde (0,53-0,75) olduğu saptanmıştır. Ölçekteki 8. madde hariç bütün maddelerin ölçeğin güvenirliliğine katkı sağladığı tespit edilmiştir. Ölçekteki 8. maddenin ölçekte yer alıp almayacağını belirlemek için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde tüm t değerlerinin anlamlı olduğu tespit edildiğinden 8. madde ölçekten çıkarılmamıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde de ölçeğin yeterli derecede uyuma sahip olduğu (RMSEA= 0,063; X²/Sd=2,67; RMR=0,058; GFI=0,96; AGFI=0,93) görülmüştür.

Araştırmada kullanılan ölçek ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi belirlemek için boyutlar ve alt boyutlar arasındaki korelasyonlar incelenmiştir (Tablo 3).

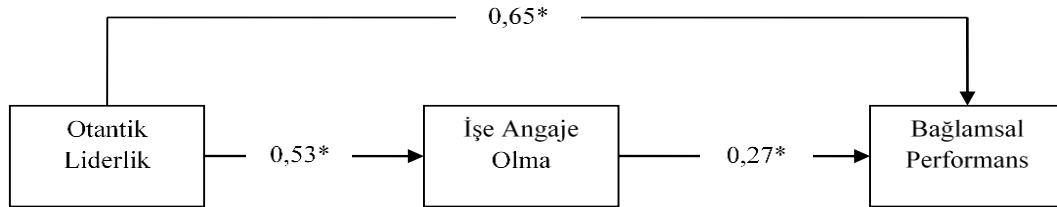
Tablo 3: Ölçek ve Alt Boyutlarına İlişkin Korelasyonlar*

Boyut ve Alt Boyutlar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Otantik Liderlik (1)	1									
İşe Angaje Olma (2)	0,53	1								
Bağlamsal Performans (3)	0,79	0,61	1							
İlişkilerde Şeffaflık (4)	0,92	0,45	0,76	1						
İçselleştirilmiş Ahlak Anlayışı (5)	0,91	0,49	0,72	0,78	1					
Dengeli Değerlendirme (6)	0,83	0,44	0,57	0,70	0,67	1				
Öz-Farkındalık (7)	0,79	0,46	0,62	0,57	0,65	0,58	1			
Zindelik/Dinçlik (8)	0,43	0,85	0,51	0,37	0,40	0,36	0,38	1		
Adanma/Bağlılık (9)	0,39	0,82	0,47	0,31	0,36	0,33	0,36	0,59	1	
Emilim/Kendini Verme (10)	0,52	0,88	0,56	0,45	0,48	0,42	0,44	0,59	0,59	1

*Bütün korelasyonlar 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

Ölçekler arasında en yüksek ilişki otantik liderlik ile bağlamsal performans arasında iken ($r=0,79$; $p<0,01$); en düşük ilişki otantik liderlik ile işe angaje olma arasındadır ($r=0,53$; $p<0,01$). Ölçekler ile diğer ölçeklerin alt boyutları karşılaştırıldığında; otantik liderlik ile işe angaje olmanın alt boyutları arasındaki ilişki bakımından en yüksek ilişki kendini verme boyutu arasında iken en düşük ilişki adanma/canlılık boyutu arasındadır ($r=0,39$; $p<0,01$). Otantik liderlik ile işe angaje olmanın ve alt boyutları arasında orta düzeyli ilişki bulunmaktadır. Yöneticilerin otantik liderlik puanları arttıkça çalışanların işe angaje olmaları da artmaktadır ($p<0,01$). İşe angaje olma ile otantik liderliğin alt boyutları arasındaki ilişki bakımından orta düzeyde ilişki bulunduğu ($r= 0,44-0,49$; $p<0,01$) tespit edilmiştir.

Otantik liderlik, işe angaje olma ve bağlamsal performansa ilişkin path analizi Şekil 2'de gösterilmiştir. Oklar üzerinde gösterilen sayılar path katsayılarıdır (path coefficients). Path katsayıları, doğrudan etkiyi gösteren standartlaştırılmış regresyon katsayılarıdır (beta- β). Bir path katsayısı, bağımsız değişkende bir standart sapmalı bir değişim olduğunda bağımlı değişkende kaç standart sapmalı değişim olduğunu gösterir. Dolaylı etkiler yol üzerinde bulunan path katsayılarının çarpımıyla elde edilmektedir. Doğrudan ve dolaylı etkilerin toplanması ile de toplam etkiler elde edilmektedir (Alpar, 2013: 793, 806).

Şekil 2. Araştırma Modeline İlişkin LISREL Sonuçları

* $p<0,01$

Şekil 2.'deki sonuçlara göre otantik liderliğin işe angaje olma üzerinde 0,53 birim ve bağlamsal performans üzerinde 0,65 birimlik doğrudan etkisi bulunmaktadır ($p<0,01$). Ayrıca işe angaje olmanın bağlamsal performans üzerinde 0,27 birimlik doğrudan etkisi bulunmaktadır ($p<0,01$). Buna göre H1, H2 ve H3 hipotezleri kabul edilmiştir. Otantik liderliğin bağlamsal performans üzerinde doğrudan etkisi yanında işe angaje olma üzerinde 0,14 ($0,53 \times 0,27$) birimlik dolaylı etkisi bulunmaktadır.

Doğrudan ve dolaylı etkiler toplandığında otantik liderliğin bağlamsal performans üzerindeki toplam etkisi 0,79 (0,65+0,14) birim bulunmuştur. Bu bulgulara göre H4 hipotezi de kabul edilmiştir.

IV. TARTIŞMA

Bu çalışmada sağlık yöneticilerinin otantik liderlik özelliklerinin çalışanların bağlamsal performansına etkisi ve bu ilişkide işe angaje olmanın aracılık rolü incelenmiştir. Bu çalışma ile yöneticilerin otantik liderlik özelliklerinin işe bağlamsal performansı ne düzeyde etkilediği ortaya koyulduğundan literatüre önemli katkı sağladığı düşünülmektedir. Bağlamsal davranışlar görev tanımında açıkça yer almasa da grup ikliminde ve örgütsel sonuçlarda etkilidir. Çünkü çalışma ortamında çalışanlarının işlerine daha fazla dahil olmaları, ortak bir amaç peşinde pozitif olarak katılmaları ve iş tanımlarında belirtilenden daha fazla çaba göstermeleri beklenir. Çalışanların kendilerini resmi iş rolleri ve sorumlulukları ile sınırlamamaları ve iş tanımından belirtilenden daha fazla çaba göstermeleri istenir.

Bu çalışmada otantik liderlik ile işe angaje olma arasında pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Farklı alanlarda yapılan çalışmalar otantik liderlik ile işe angaje olma arasında, anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir. Oh ve diğerleri (2018) Güney Kore'deki özel sektörde yaptığı çalışmada otantik liderlik ile işe angaje olma arasında pozitif ilişki bulmuştur. Penger ve Cerne (2014) Slovenya'da üretim sektöründe yaptığı çalışmada otantik liderlik ile işe angaje olma arasında pozitif ve anlamlı ilişki bulmuştur. Vermeulen ve Scheepers (2020) Güney Afrika'da bilgi teknolojileri sektöründe yaptığı çalışmada otantik liderlik ile işe angaje olma arasında pozitif ilişki bulmuştur. Otantik liderlik olumlu bir çalışma ortamı oluşturmasında önemli bir rol oynamaktadır. Otantik liderlerin özgün ve güvene dayalı bu çalışma ortamı oluşturmasıyla çalışanların işine daha bağlı olmalarını sağlar (Maximo vd., 2019). Otantik liderler, çalışanlar üzerindeki olumlu itibarları ile örgütün yararına liderle iş birliği yapma isteklerini artırır. Bu nedenle, yöneticiler otantik özellikler sergilediklerinde çalışanları onlara daha kolay güvenecek ve işlerine daha fazla katılacaklardır. (Hsieh ve Wang, 2015). Bu nedenle otantik liderlerin takipçilerin işlerine daha fazla angaje olmaları beklenir.

Bu çalışmada otantik liderlik ile bağlamsal performans arasında pozitif ve anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Farklı alanlarda yapılan çalışmalarda da liderlik ile bağlamsal performans arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Pradhan ve Pradhan (2015), Hindistan'da bilgi teknolojileri sektöründe yaptığı çalışmada dönüşümcü liderlik ile bağlamsal performans arasında pozitif ilişki bulmuştur. Ribeiro ve diğerleri (2018b) Portekiz'de küçük ve orta işletmelerde yaptığı çalışmada otantik liderlik ile bireysel performans arasında pozitif ve anlamlı ilişki bulmuştur. Malik (2018) Hindistan'da hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada otantik liderlik ve bağlamsal performans arasında anlamlı ilişki bulmuştur. Otantik liderlik sahip olduğu özellikleri nedeniyle çalışanların davranışlarını doğrudan etkileme potansiyeline sahiptir. Otantik liderlik, çalışan performansı (görev, bağlamsal ve yaratıcı), üzerinde etkisi bulunmaktadır (Malik, 2018).

Bu çalışmada işe angaje olma ile bağlamsal performans arasında pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Farklı alanlarda yapılan çalışmalar işe angaje olma ile bağlamsal performans anlamlı ilişki olduğunu göstermektedir. Cesário ve Chambel (2017) işe angaje olma ile performans arasında anlamlı ilişki bulmuştur. Kartal (2018) Türkiye'de sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada işe angaje olma ile iş performansı arasında pozitif bir ilişki bulmuştur. Meyers ve diğerleri (2020) işe angaje olma ile bağlamsal performans arasında pozitif ve anlamlı ilişki bulmuştur. Çalışanlar işlerine bağlı olduklarında ekip çalışmasına ve başkalarına yardım etmeye daha yatkın olurlar (Christian vd., 2011). Çalışanların işe angaje olmalarıyla iş yerinde daha fazla bağlamsal davranışlar göstermesi ve bağlamsal performansında artış olması mümkün olabilir.

Otantik liderlik, belirli çalışma grupları ve tüm kuruluşlar için faydaları olan olumlu çalışan davranışlarını teşvik eden potansiyel olarak etkili bir yaklaşım olarak ortaya çıkmıştır. Genel olarak, ilişkilerinde şeffaf, güvenilir, gerçekçi, etik değerlere bağlı kalan otantik liderlerin, takipçilerinin örgütsel vatandaşlık, yaratıcılık ve kişisel performansını artırması beklenir (Ribeiro vd., 2018b). Literatürde otantik liderliğin belirleyici rolüne ilişkin çalışmalar yapılmıştır. Stander ve diğerleri

(2015) otantik liderliğin iyimserlik ve örgüte güveni pozitif yönde etkilemesine karşın işe angaje olmayı doğrudan etkilemediğini tespit etmiştir. Maximo ve diğerleri (2019) de otantik liderliğin işe angaje olmayı doğrudan etkilemediğini bulmuştur. Buna karşın Vermeulen ve Scheepers (2020) otantik liderliğin işe angaje olmayı doğrudan etkilediğini dolayısıyla işe angaje olmanın belirleyicisi olduğunu tespit etmiştir. Buna ek olarak Wei ve diğerleri (2018) otantik liderliğin çalışanların görev performansını ve işe angaje olmalarını doğrudan etkilediğini ve otantik liderliğin görev performansına etkisinde işe angaje olmanın da bu ilişkiye aracılık ettiğini tespit etmiştir. Chaudhary ve Panda (2018) ve Oh ve diğerleri (2018) çalışmalarında otantik liderliğin işe angaje olmayı doğrudan etkilediğini tespit etmiştir. Pradhan ve diğerleri (2018) dönüşümcü liderliğin bağlamsal performansı etkilediğini tespit etmiştir. Salanova ve diğerleri (2011) işe angaje olmanın dönüşümcü liderlik ile ekstra rol davranışı arasında aracılık görevi gördüğünü bulmuştur. Bu çalışmadan elde edilen sonuçların çoğunlukla literatür tarafından desteklendiği söylenebilir.

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yöneticilerin otantik liderlik özellikleri çalışanların bağlamsal performansını etkilemektedir ve çalışanların işe angaje olmalarının bu ilişkide aracılık rolü bulunmaktadır. Günümüzde çalışanların sadece görev tanımında yer alan görevleri yerine getirmeleri yeterli olarak görülmemekte, görevlerini yüksek performansla yerine getirmelerinin yanı sıra gerektiğinde iş arkadaşlarına yardımcı olmaları ve örgütün çıkarına olan faaliyetlerde gönüllü olarak yer almaları beklenmektedir. Yöneticilerin otantik liderlik özellikleri çalışanların işe angaje olmalarında ve bağlamsal davranışlar sergilemesinde etkili olduğundan yöneticilerin daha fazla otantik liderlik özellikleri sergilemeleri çalışanların performanslarını ve örgütsel sonuçları olumlu yönde etkileyecektir. Diğer taraftan yöneticilerin negatif liderlik özellikleri ya da yöneticilerin otantik özelliklerinin düşük olması çalışanların işe angaje olmalarını ve ekstra rol davranışında bulunmalarını olumsuz yönde etkileyecektir. Liderlik özelliklerinin geliştirilebildiği göz önünde bulundurulduğunda yöneticilerin otantik liderlik özelliklerini geliştirmeleri çalışanlar ve kurum için olumlu sonuçlar sağlayabilir.

Sağlık kurumları, yapısı işlerin değişkenliği, yoğunluğu ve benzeri nedenlerle sağlık çalışanlarının işlerine yoğunlaşmalarını ve gerektiğinde birbirlerine ve hastalara yardımda bulunmalarını gerektirmektedir. Sadece rol tanımında yer alan görevleri yerine getirmek sağlık kurumlarının beklenen hizmetleri vermeleri için yeterli değildir. Örgütsel hedeflere ulaşmak için çalışanların özveriyle çalışmaları, işe angaje olmaları ve ekstra rol davranışlarında bulunmaları önemlidir. Çalışanların ekstra rol davranışlarında bulunmaları yöneticinin otantik liderlik özelliklerine bağlı olarak değiştiğinden sağlık yöneticilerin daha fazla otantik liderlik özellikleri sergilemeleri beklenir.

Etik Kurul İzni: Batman Bölge Devlet Hastanesi Etik Kurulu'ndan 13.03.2020 tarihli ve 228 sayılı kararı ile etik kurul izni alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Alpar, R. (2013). *Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel yöntemler* (4. bs). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Avolio, B. J., & Gardner W. L. (2005). Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 315-338.
- Avolio, B. J. (2010). Bringing authentic leadership into focus. *Leadership Assessment & Development Services*, 12(2), 1-2.
- Bakker, A. B., & Albrecht, S. (2018). Work engagement: Current trends. *Career Development International*, 23(1), 4-11.
- Burney, L. L., Henle, C. A., & Widener, S. K. (2009). A path model examining the relations among strategic performance measurement system characteristics, organizational justice, and extra-and in-role performance. *Accounting, Organizations and Society*, 34(3-4), 305-321.

- Cesário, F., & Chambel, M. J. (2017). Linking organizational commitment and work engagement to employee performance. *Knowledge and Process Management*, 24(2), 152-158.
- Chaudhary, R., & Panda, C. (2018). Authentic leadership and creativity: The intervening role of psychological meaningfulness, safety and work engagement. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 67(9), 2071-2088.
- Christian, M. S., Garza, A. S., & Slaughter, J. E. (2011). Work engagement: A quantitative review and test of its relations with task and contextual performance. *Personnel Psychology*, 64(1), 89-136.
- Ciftci, D. O., & Erkanli, H. (2020). Mediating role of the positive psychological capital on the relation between the authentic leadership style and employees' work engagement: An applied study on hospitality industry 1. *Business and Economics Research Journal*, 11(2), 461-478.
- Eryılmaz, A., & Doğa, T. (2012). İş yaşamında öznel iyi oluş: Utrecht işe bağlılık ölçeğinin psikometrik niteliklerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 49-55.
- Gardner, W. L., Avolio, B. J., Luthans, F., May, D. R., & Walumbwa, F. (2005). Can you see the real me? A self-based model of authentic leader and follower development. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 343-372.
- Gardner, W. L., Cogliser, C. C., Davis, K. M., & Dickens, M. P. (2011). Authentic leadership: A review of the literature and research agenda. *The Leadership Quarterly*, 22(6), 1120-1145.
- Hannah, S. T., Avolio, B. J., & Walumbwa, F. O. (2011). Relationships between authentic leadership, moral courage, and ethical and pro-social behaviors. *Business Ethics Quarterly*, 21(4), 555-578.
- Hsieh, C. C., & Wang, D. S. (2015). Does supervisor-perceived authentic leadership influence employee work engagement through employee-perceived authentic leadership and employee trust? *The International Journal of Human Resource Management*, 26(18), 2329-2348.
- Ilies, R., Morgeson, F. P., & Nahrgang, J. D. (2005). Authentic leadership and eudaemonic well-being: Understanding leader–follower outcomes. *The Leadership Quarterly*, 16(3), 373-394.
- Iqbal, N., Anwar, S., & Haider, N. (2015). Effect of leadership style on employee performance. *Arabian Journal of Business and Management Review*, 5(5), 1-6.
- Kalkan, Ö. K., & Kelecioğlu, H. (2016). The effect of sample size on parametric and nonparametric factor analytical methods. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 16(1), 153-171.
- Kartal, N. (2018). Evaluating the relationship between work engagement, work alienation and work performance of healthcare professionals. *International Journal of Healthcare Management*, 11(3), 251-259.
- Korku, C., & Kaya, S. (2020). Otantik liderlik ölçeğinin Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği: Sağlık yöneticileri üzerinde bir araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(3), 451-464.
- Malik, N. (2018). Authentic leadership—an antecedent for contextual performance of Indian nurses. *Personnel Review*, 47(6), 1244-1260.
- Maximo, N., Stander, M. W., & Coxen, L. (2019). Authentic leadership and work engagement: The indirect effects of psychological safety and trust in supervisors. *SA Journal of Industrial Psychology*, 45(1), 1-11.

- Meyers, M. C., Kooij, D., Kroon, B., de Reuver, R., & van Woerkom, M. (2020). Organizational support for strengths use, work engagement, and contextual performance: The moderating role of age. *Applied Research in Quality of Life*, 15(2), 485-502.
- Mind Garden (2018). Authentic leadership questionnaire. Erişim Tarihi: 09.03.2023. Erişim Adresi: <https://www.mindgarden.com/69-authentic-leadership-questionnaire>.
- Motowidlo, S. J., & Van Scotter, J. R. (1994). Evidence that task performance should be distinguished from contextual performance. *Journal of Applied Psychology*, 79(4), 475-480.
- Nanjundeswaraswamy, T. S., & Swamy, D. R. (2014). Leadership styles. *Advances in Management*, 7(2), 57-62.
- Hadian Nasab, A., & Afshari, L. (2019). Authentic leadership and employee performance: mediating role of organizational commitment. *Leadership & Organization Development Journal*, 40(5), 548-560.
- Oh, J., Cho, D., & Lim, D. H. (2018). Authentic leadership and work engagement: the mediating effect of practicing core values. *Leadership & Organization Development Journal*, 39(2), 276-290.
- Palenzuela, P., Delgado, N., & Rodríguez, J. A. (2019). Exploring the relationship between contextual performance and burnout in healthcare professionals. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 35(2), 115-121.
- Penger, S., & Cerne, M. (2014). Authentic leadership, employees' job satisfaction, and work engagement: A hierarchical linear modelling approach. *Economic Research*, 27(1), 508-526.
- Pradhan, R. K., & Jena, L. K. (2017). Employee performance at workplace: Conceptual model and empirical validation. *Business Perspectives and Research*, 5(1), 69-85.
- Pradhan, S., & Pradhan, R. K. (2015). An empirical investigation of relationship among transformational leadership, affective organizational commitment and contextual performance. *Vision*, 19(3), 227-235.
- Pradhan, S., Jena, L. K., & Bhattacharyya, P. (2018). Transformational leadership and contextual performance: Role of integrity among Indian IT professionals. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 67(2), 445-462.
- Ribeiro, N., Duarte, A. P., & Filipe, R. (2018b). How authentic leadership promotes individual performance: Mediating role of organizational citizenship behavior and creativity. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 67(9), 1585-1607.
- Ribeiro, N., Gomes, D., & Kurian, S. (2018a). Authentic leadership and performance: The mediating role of employees' affective commitment. *Social Responsibility Journal*, 14(1), 213-225.
- Salanova, M., Lorente, L., Chambel, M. J., & Martínez, I. M. (2011). Linking transformational leadership to nurses' extra- role performance: The mediating role of self- efficacy and work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 67(10), 2256-2266.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71-92.
- Snook, S. C., & Gorsuch, R. L. (1989). Component analysis versus common factor analysis: A Monte Carlo study. *Psychological Bulletin*, 106(1), 148-154.

- Stander, F. W., De Beer, L. T., & Stander, M. W. (2015). Authentic leadership as a source of optimism, trust in the organisation and work engagement in the public health care sector. *SA Journal of Human Resource Management*, 13(1), 1-12.
- Vermeulen, T., & Scheepers, C.B. (2020). Mediating effect of perceived organisational support on authentic leadership and work engagement. *SA Journal of Human Resource Management*, 18(0), 1212.
- Walumbwa, F. O., Avolio, B. J., Gardner, W. L., Wernsing, T. S., & Peterson, S. J. (2008). Authentic leadership: Development and validation of a theory-based measure. *Journal of Management*, 34(1), 89-126.
- Wei, F., Li, Y., Zhang, Y., & Liu, S. (2018). The interactive effect of authentic leadership and leader competency on followers' job performance: The mediating role of work engagement. *Journal of Business Ethics*, 153(3), 763-773.
- Worthington, R. L., & Whittaker, T. A. (2006). Scale development research: A content analysis and recommendations for best practices. *The Counseling Psychologist*, 34(6), 806-838.
- Yılmaz, V. & Varol, S. (2015). Hazır yazılımlar ile yapısal eşitlik modellemesi: AMOS, EQS, LISREL. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 44(44), 28-44.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

HASTANELERDE MEYDANA GELEN İŞ KAZALARININ İNCELENMESİ: BİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ *

Hülya DİKER †
Mehtap ÇAKMAK BARSBAY **

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de bir devlet hastanesinde sağlık çalışanlarının iş kazası geçirme sıklığının belirlenmesi ve maruz kalınan iş kazalarının cinsiyete, unvana, çalışılan birime, kaza türüne ve kazanın gerçekleşme saatine göre değişiminin analiz edilmesidir. Araştırmada bir devlet hastanesinde 2018 ve 2019 yıllarında gerçekleşen iş kazalarına ait kaza bildirim formları incelenmiştir. İş kazası geçiren erkek çalışanların iş kazası sıklık oranı 222,27 ve kadınların iş kazası sıklık oranı 193,81 olarak hesaplanmıştır. İş kazası sıklığının unvana göre değişimi incelendiğinde, iş kazası geçirenlerin %65,1’inin hemşirelerden oluştuğu bulunmuştur. İş kazası geçirenlerin %41,3’ü yoğun bakım, acil servis ve ameliyathane gibi riskli birimlerde iş kazasına maruz kalmışlardır. İş kazası türleri sıralandığında ilk sırada delici ve kesici alet yaralanmaları gelmekte; bunu şiddet, kas-iskelet yaralanmaları ile kan ve vücut sıvılarına temas etme izlemektedir. İş kazalarının %44’ü 08:01-12:00 saatleri arasında; %31,7’si ise 12:01-16:00 saatleri arasında gerçekleşmiştir. Hastanelerde iş kazalarının analiz edilmesi kök nedenleri anlamak, güçlü bir güvenlik kültürü yerleştirmek ve güvenlik performansını geliştirmek için ilk adım olabilir. Bu bağlamda uygulayıcılara, karar vericilere ve araştırmacılara yönelik öneriler geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Çalışanı Güvenliği, Delici-Kesici Alet Yaralanması, İş Kazası Sıklık Oranı.

MAKALE HAKKINDA

* Bu çalışma, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans programında Dr. Mehtap ÇAKMAK BARSBAY danışmanlığında Hülya DİKER tarafından hazırlanan ve kabul edilen ‘Kamu Hastanelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunu: Devlet Hastanesinde Bir Araştırma’ başlıklı Yüksek Lisans tezinden türetilmiştir.

† Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, hulyacandiker@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-5192-0884>

** Doç. Dr., Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, mehtapcakmak@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-7609-6254>

Gönderim Tarihi: 18.05.2022

Kabul Tarihi: 27.12.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Diker, H., & Çakmak Barsbay, M. (2023). Hastanelerde meydana gelen iş kazalarının incelenmesi: Bir devlet hastanesi örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 99-114

INVESTIGATION OF OCCUPATIONAL ACCIDENTS IN HOSPITALS: CASE OF A STATE HOSPITAL‡

Hülya DİKER §
Mehtap ÇAKMAK BARSBAY **

ABSTRACT

The aim of this study was to determine frequency of occupational accidents among health workers in a non-teaching state hospital in Türkiye, and to analyze occupational accident rate according to gender, profession, ward, accident type, and occurrence time of accident. Notification forms for occupational accidents in 2018 and 2019 were examined. The occupational accident frequency rate was 222.27 and 193.81 for male and female employees subsequently. It was found that 65.1% of those who had an occupational accident were nurses. Moreover, 41.3% of those experienced an accident in the intensive care unit, emergency service, and operating room. Sharp injuries came first, followed by violence, musculoskeletal injuries, and contamination with blood and body fluids. Surprisingly, 44% of occupational accidents emerged between 08:01-12:00 hours, followed by 31.7% between 12:01-16.00 hours. Analyzing occupational accidents can be the first step to understanding root causes, building a strong safety culture, and improving safety performance in a hospital organization. In this context, recommendations to practitioners, decision-makers, and researchers were developed.

Keywords: Health Worker Safety, Needlestick or Sharps Injury, Occupational Accident Frequency Rate.

ARTICLE INFO

‡ This article is based on the master's thesis, submitted to Karamanoglu Mehmetbey University, Department of Health Management, entitled with 'Occupational health and safety in public hospitals: A study in a state hospital' written by Hülya DİKER under supervision of Mehtap ÇAKMAK BARSBAY.

§ Karamanoglu Mehmetbey University, Institute of Health Sciences, hulyacandiker@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-5192-0884>

** Ankara Hacı Bayram Veli University, FEAS, Department of Health Management, mehtapcakmak@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-7609-6254>

Received: 18.05.2022

Accepted: 27.12.2022

Cite This Paper:

Diker, H., & Çakmak Barsbay, M. (2023). Hastanelerde meydana gelen iş kazalarının incelenmesi: Bir devlet hastanesi örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 99-114

I. GİRİŞ

Maliyetleri azaltma, performansı ve üretkenliği artırma arayışı ile iş sağlığı ve güvenliği kapasitesinin güçlendirilmesi çabaları yaygınlaşmaktadır. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün tahminlerine göre, 2010 ve 2016 yılları arasında dünya genelinde iş kazaları ve işle ilgili hastalıklara bağlı olarak yaklaşık 2 milyon ölüm gerçekleşmiştir ([International Labour Organization] ILO, 2022). Mortalite ve morbidite yüküne ek olarak başka bir zorluk ise iş kazalarının ortaya çıkardığı ekonomik yükün boyutu olup iş kazalarına bağlı üretkenlik kaybı, işten uzak kalma ve sağlığın bozulması nedeniyle her yıl küresel Gayri Safi Yurtiçi Hasılanın %5,4'ü kaybedilmektedir (de Bienassis vd., 2021; ILO, 2022). Bu nedenle yaygınlığı ve sonuçları itibarıyla önemli bir halk sağlığı ve yönetim sorunu olan iş kazalarının önlenmesi önemini korumaya devam etmektedir.

Türkiye'de hizmet sektörü içinde sağlık kurumları büyük paya sahiptir ve sağlık çalışanları fiziksel, biyolojik ve kimyasal risklerin yoğun olarak yer aldığı, farklı derecelerde tehlikeli çalışma ortamlarında hizmet sunmaktadır (Ulutasdemir vd., 2015). Kamu kurumları veya özel sağlık kurumları tarafından insan sağlığına yönelik sunulan yataklı hastane hizmetleri *çok tehlikeli*; genel hekimlik uygulama faaliyetleri ve hekimler dışında kalan meslek mensuplarınca gebelik süresince ve doğum sonrasında verilen izleme ve tıbbi işlemleri kapsayan aile planlaması hizmetleri *tehlikeli*; diğer paramedikal insan sağlığı hizmetleri ise *az tehlikeli* olarak sınıflandırılmaktadır (Resmî Gazete, 2012). Sağlık kurumlarında yoğun emek ve ekip çalışması ile uzun çalışma saatleri süresince sağlık hizmeti üretilmekte ve sunulmakta, bu süreçte hizmetin sunumu ile ilişkilendirilebilecek risk, tehlike ve iş kazaları ortaya çıkabilmektedir. Risk, 'belli bir dönemde veya koşullar altında istenmeyen olayın ortaya çıkma olasılığı' (Alli, 2008); 'işle ilgili fiziksel, kimyasal veya biyolojik ajanlara ya da arka plan seviyelerinin üzerindeki diğer faktörlere maruz kalma' (World Health Organization, 2004) ve 'tehlikeden kaynaklanacak kayıp, yaralanma ya da başka zararlı sonuç meydana gelme ihtimali' olarak tanımlanmaktadır (Resmî Gazete, 2012a). Çoğunlukla risk ile birbirinin yerine kullanılmakta olan diğer bir kavram ise tehliktir. Tehlike, 'işyerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek, çalışanı veya işyerini etkileyebilecek zarar veya hasar verme potansiyeli' olarak tanımlanmıştır (Resmî Gazete, 2012a). Diğer bir ifade ile tehlike, sağlığın ya da çalışma ortamının bozulmasına, yaralanmaya, malın/mülkün hasar görmesine ya da bu sonuçların farklı biçimlerde kombine olarak ortaya çıkmasına neden oluşturma potansiyeline sahiptir (Alli, 2008). Risk ve tehlikeden farklı olan iş kazası ise, 'işin seyri sırasında fiziksel veya psikolojik hasara yol açan ayrı bir olayı' ifade eder (ESAW, 2020). Her zaman yaralanma ile sonuçlanmayan ancak birtakım hazırlayıcı faktörlerin etkileşimi sonucunda meydana gelen kazalar ile olağan çalışma rutininden sapma meydana getiren kaza benzeri olaylar da iş kazası kapsamındadır (Saari, 1986). Türkiye'de yasal olarak iş kazası, 'işyerinde veya işin yürütümü nedeniyle meydana gelen, ölüme sebebiyet veren veya vücut bütünlüğünü ruhen ya da bedenen engelli hale getiren olay' olarak kabul edilmektedir (Resmî Gazete, 2012a).

Kavramlardan da anlaşıldığı gibi sağlık kurumları özelinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek tehlikelerin belirlenmesi, bu tehlikelerin riske dönüşmesine yol açan faktörlerin ve tehlikelerden kaynaklanabilecek risklerin değerlendirilmesi, önlemlerin tespit edilmesi gerekmektedir (Resmî Gazete, 2012a). Tüm bu faaliyetler, risk değerlendirmesi kapsamında yer almaktadır. Risk değerlendirmesi, çalışma ortamında bulunan risk ve tehlikelerin, kazaya dönüşmesinin proaktif bir yaklaşımla ele alınarak etkili bir çalışma ortamı oluşturulmasını ifade etmektedir (Tulukcu, 2014). Daha geniş perspektifte, risk ve tehlikelere karşı önlem alınması, risk değerlendirmesi yapılması ve iş kazalarının incelenmesi, iş sağlığı ve güvenliği kültürünün geliştirilmesi hastanelerde güvenlik performans yönetiminin bileşenleridir. Hastanelerde güvenlik performans yönetimi sorumluluğu üst yöneticide olmakla birlikte iş sağlığı ve güvenliği birimleri tarafından sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyebilecek risk etkenlerinin tespit edilmesi, farkındalık oluşturulması, düzenleyici ve düzeltici önlemlerin alınması ve eğitimlerin verilmesine yönelik faaliyetler yürütülmektedir (Solmaz ve Solmaz, 2016). Bu çabalara rağmen örgütsel, yönetsel, çalışan davranışları, iş-aile, kültürel faktörlere bağlı olarak iş kazaları ortaya çıkabilmektedir (Hafeez vd., 2020).

Sağlık personeli açısından en sık görülen iş kazalarının delici-kesici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvılarına maruziyet, kas-iskelet yaralanmaları, stres ve şiddet olduğu bildirilmektedir (de Bienassis vd., 2021; International Safety Center, 2020; Akgün, 2015). Özellikle kesici-delici alet yaralanmaları hastanelerde meydana gelen iş kazaları arasında ilk sırada yer almaktadır (International Safety Center, 2020; Elseviers vd., 2014; Özarslan, 2009). Kesici-delici alet yaralanması esnasında gerçekleşen kanla ve kontamine vücut sıvılarıyla temas, 60 farklı patojenin bulaşma riskini ortaya çıkaran tehlike olarak, sağlık personelinin hepatit B virüsü, hepatit C virüsü ve edinilmiş immün yetmezlik sendromundan sorumlu virüs (HIV) ile kontamine olarak bulaşıcı hastalıklara yakalanması ile sonuçlanabilmektedir (Elseviers vd., 2014; Sohn vd., 2006; Tarantola vd., 2006). Dünya Sağlık Örgütüne göre yılda 3 milyon sağlık çalışanı, enfeksiyon riski taşıyan iş kazası geçirmekte ve 2 milyonu hepatit B, 900 bini hepatit C ve 170 bini HIV riski ile karşı karşıya kalmaktadır (World Health Organization, 2006). Azap vd. (2005) tarafından Türkiye’de yapılan araştırmada sağlık çalışanlarının en az bir kez kan ve/veya vücut sıvısı temasına maruz kaldığı tespit edilmiştir.

Sağlık kurumlarında klinisyen sağlık personeli ile birlikte diğer meslek mensupları da iş kazaları ile karşılaşmaktadır (de Bienassis vd., 2021; Motaarefi vd., 2016). Diğer ifade ile tehlike ve riskler hastanede çalışan tüm personeli tehdit etmektedir. Ancak çalışma yılı azaldıkça, haftalık çalışma süresi arttıkça, iş sağlığı ve güvenliği eğitimi alma oranı azaldıkça sağlık çalışanlarının iş kazası geçirme olasılığının arttığı bildirilmektedir (Motaarefi vd., 2016). Bu açıdan iş kazaları, sağlık kurumlarında çalışma ortamına yönelik güvenlik performansının geliştirilmesi amacıyla dikkatle takip edilmelidir (International Safety Center, 2020).

Ülkeleri, sektörleri ve üretim örgütlerini sadece iş kazası sayısı, ölümlü veya kalıcı sakatlık sayısı, toplam kaybedilen iş günü sayısı gibi parametrelere bakarak karşılaştırmak, aynı sayıda personel istihdam edilmediğinden ve farklı çalışma rejimleri uygulandığından tutarlı bulgular ortaya koymayabilir (Koçali, 2021). Bu nedenle, hastanelerde güvenlik performansı yönetimi kapsamında ölçüm, izlem ve karşılaştırmalar yapılabilmesi için birtakım ölçütlerden yararlanılmaktadır. Verilen iş sağlığı ve güvenliği eğitimi sayısı, eğitimlere katılan çalışan sayısı, güvenlik eğitimine katılan personelin tüm çalışanlara oranı, gerçekleştirilen güvenlik denetimi sayısı, tespit edilen risk sayısı, yasal gerekliliklere uyum oranı gibi parametreler en yaygın ölçütlerdir (Venkataraman, 2008). Bunların yanında, kaza sıklık oranı, kaza ağırlık oranı gibi güvenlik performansı ölçütleri küresel ölçekte daha yaygın kullanılmakta; kazaların ve sonuçlarının epidemiyolojik olarak analiz edilmesine, alınan güvenlik önlemlerinin performansının izlenmesine ve değerlendirilmesine olanak tanımaktadır (Health and Safety Executive, 2020; Bonita vd., 2006). Önceki çalışmalarda iş kazalarının ve yaralanmaların gerçekleştiği hastane ortamının yapısı, iş özellikleri, uygulanan güvenlik programları ve eğitimler, maruz kalanların bireysel özelliklerinin araştırıldığı ve incelendiği görülmektedir (McCaughy vd., 2016). Diğer yandan ramak kala olayların sıklığının takibi önemlidir (Fraeyman vd., 2022). Buna yönelik kaza sıklığı araştırmalarında, çalışanların yasal çalışma saatleri dikkate alınmaktadır (Fraeyman vd., 2022). Ancak hastanelerde haftalık yasal mesai saatlerinin üzerinde çalışma rejimleri uygulanmış olabilir.

Bu doğrultuda, çalışmanın amacı bir devlet hastanesinde fiili çalışma saatine dayanarak sağlık çalışanlarının iş kazası sıklık oranının belirlenmesi, iş kazalarının cinsiyete, unvana, çalışılan birime, kaza türüne ve iş kazasının gerçekleşme saatine göre değişiminin incelenmesidir. Cevap aranacak araştırma soruları şunlardır: (i) Hastanede iş kazası sıklık oranı düzeyi nedir? (ii) İş kazası geçiren sağlık çalışanlarının özellikleri nelerdir? (iii) Geçirilen iş kazası türleri nelerdir? (iv) Hastanede iş kazaları en sık hangi birimde ve saatte kaydedilmiştir? Hastanelerde iş kazası sıklığının ne düzeyde olduğunun, kaza ve yaralanmaların hangi meslek mensupları arasında daha sık görüldüğünün, hangi tür iş kazalarının ortaya çıktığının analiz edilmesinden ulaşılabilecek sonuçların, güvenlik performansı yönetimi konusunda çalışanlara, literatüre ve karar vericilere katkı sağlaması beklenmektedir.

II. YÖNTEM

Araştırmanın yürütüldüğü devlet hastanesi, 455 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Hastane eğitim ve araştırma hastanesi statüsünde değildir. Hastanede 99 uzman hekim, 358 hemşire, 86 ebe, 187 sağlık memuru/sağlık teknikeri, 47 genel idari hizmetler sınıfı, 5 teknik hizmetler sınıfı, 36 yardımcı hizmetler sınıfı çalışanı, 7 işçi ve 1 din görevlisi olmak üzere toplam 826 personel aktif görev yapmaktadır.

Etik kurul onayı, Türkiye’de bir devlet üniversitesinin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (KMU/07-2019/38) alınmıştır. Etik kurul onayı ile kurum araştırma izninin alınmasını takiben 01-28 Şubat 2020 tarihleri arasında veri toplama gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak, hastanenin iş kazası kayıtlarından yararlanılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü, iş kazaları ile ilgili araştırmalarda olaylara dair subjektif açıklamalara kıyasla daha güvenilir olması bakımından resmi iş kazası kayıtlarının kullanımının öncelikle tercih edilmesini önermektedir (Saari, 1986). Bu nedenle hastanenin Sağlık ve Güvenlik Birimi tarafından düzenlenen 2018 ve 2019 yılına ait 63 ‘kaza bildirim formu’ incelenerek veriler toplanmıştır. Bu formlar, hastanenin Sağlık ve Güvenlik Birimi tarafından doldurulmakta ve iş kazasının oluş saati, yeri, kazaya maruz kalanın görevi, olayın konusu, kazaya neden olan emniyetsiz davranış ve durumuna yönelik verileri içermektedir. Daha sonra *iş kazası geçiren personelin fiili olarak çalıştığı haftalık ortalama çalışma süresine* ilişkin veri toplanmış, 2018 ve 2019 yıllarına ait toplam çalışma süreleri hesaplanmıştır.

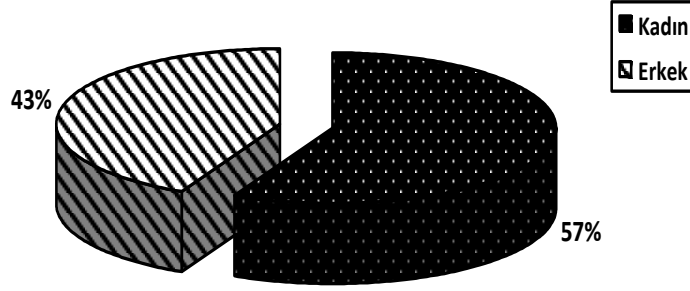
Verilerin düzenlenmesinde ve analizinde, Microsoft Excel ve SPSS 21.0 kullanılmıştır. Verilerin analizi kapsamında tanımlayıcı istatistikler ve iş kazası sıklık oranı hesaplanmıştır. İş kazası sıklık oranı, iş kazalarının yıllar bazında takip edilmesinde ve karşılaştırılmasında kullanılan bir ölçüttür. Ölçüm ve karşılaştırmalarda iş kazası sıklık oranı dışında çeşitli ölçütler kullanılmaktadır. Bunlar, iş kazası riskine maruz kalan çalışan sayısını gösteren insidans hızı, çalışan kişi başına iş kazası geçirme sayısını gösteren iş kazası sıklık oranı, iş kazası şiddeti oranı ve iş kazası nedeniyle kaybedilen çalışma süresi gibi ölçütlerdir. Avrupa İş Kazaları İstatistikleri Metodolojisi, NACE kodlarını baz alıp işyerinde istihdam edilen çalışan sayısına göre kaza sayısını gösteren *iş kazası insidansını* (ESAW, 2020), Uluslararası Çalışma Örgütü, *iş kazası sıklık oranını* ([International Labour Organization] ILO, 1998), Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu, sağlık kurum ve kuruluşlarındaki iş kazaları için *iş kazası sıklık oranının* kullanımını önermektedir (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2020). İş kazası sıklık oranı, bir takvim yılında çalışılan 1.000.000 iş saatinde meydana gelen iş kazası sayısını göstermektedir (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2020; Health and Safety Executive, 2020; Şensöğüt ve Uysal, 2019; Arıtan ve Ataman, 2017). Bu çalışmada, iş kazası sıklık oranının hesaplanmasında aşağıda gösterilen formül kullanılarak 1 milyon fiili çalışma saati başına gerçekleşen iş kazası sayısı belirlenmiştir.

$$\text{Kaza Sıklık Oranı} = \text{İş Kazası Sayısı} / \text{Fiili Toplam Çalışma Saati} \times 10^6$$

III. BULGULAR

İncelenen kaza bildirim formlarına göre, belirlenen zaman diliminde birden fazla kaza geçiren çalışan bulunmamaktadır. Diğer bir ifade ile, kaza sayısı ve kaza mağduru çalışan sayısı birbirine eşittir. İş kazalarının tümü hastanede gerçekleşmiştir. İş kazası geçirenlerin %57’sini (n=36) kadınlar, %43’ünü (n=27) ise erkekler oluşturmaktadır (Şekil 1).

Şekil 1. Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı



Araştırma yapılan hastanede 2018 ve 2019 yıllarında kaza sıklık oranı 205,067 olarak bulunmuştur.

Kaza Sıklık Oranı= $63/2954$ (haftalık fiili çalışma saati toplamı) x 104 (iki yıllık hafta sayısı) x 10^6

Kaza Sıklık Oranı= $63/307216$ x 10^6

Kaza Sıklık Oranı = 205,07

Bu nedenle geçirilen kaza sayısı ile iş kazası mağduru olan çalışan sayısı değişmediğinden cinsiyete göre kaza sıklık oranı erkek ve kadın sağlık çalışanlarının geçirdiği iş kazası sayısı esas alınarak aşağıdaki gibi hesaplanmıştır.

Kaza Sıklık Oranı $(Erkek)$ = Erkek Çalışanların Geçirdiği İş Kazası Sayısı / Erkek Çalışanların Haftalık Fiili Çalışma Saati Toplamı x 104 (iki yıllık hafta sayısı) x 10^6

Kaza Sıklık Oranı $(Erkek)$ = $27/121472$ x 10^6

Kaza Sıklık Oranı $(Erkek)$ = 222,27

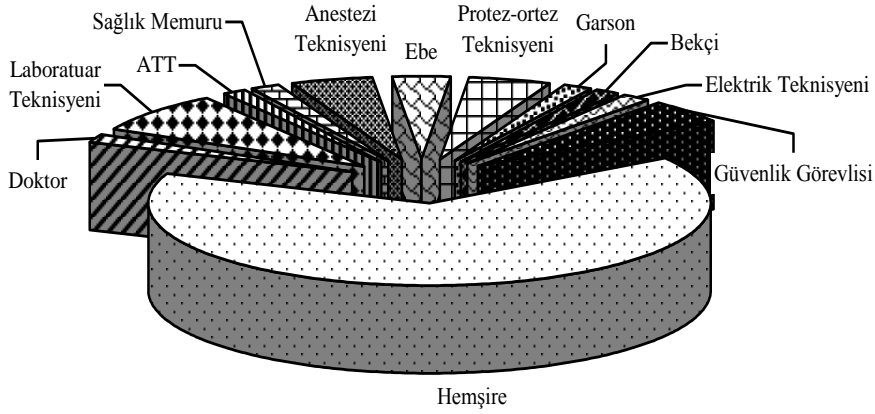
Kaza Sıklık Oranı $(Kadın)$ = Kadın Çalışanların Geçirdiği İş Kazası Sayısı/ Kadın Çalışanların Haftalık Fiili Çalışma Saati Toplamı x 104 (iki yıllık hafta sayısı) x 10^6

Kaza Sıklık Oranı $(Kadın)$ = $36/185744$ x 10^6

Kaza Sıklık Oranı $(Kadın)$ = 193,81

Buna göre son iki yılda erkek çalışanların geçirdiği iş kazası sıklık oranı 222,27 ve kadınların iş kazası sıklık oranı 193,81 olarak hesaplanmıştır. İş kazası sıklığının unvana göre değişimi (Şekil 2) incelendiğinde, iş kazası geçirenlerin büyük çoğunluğunun hemşirelerden oluştuğu (%65,1) görülmektedir. İş kazası geçiren çalışanların unvana göre dağılımları Tablo 1'de gösterilmektedir.

Şekil 2. Unvana Göre İş Kazası Geçirme Sıklığı

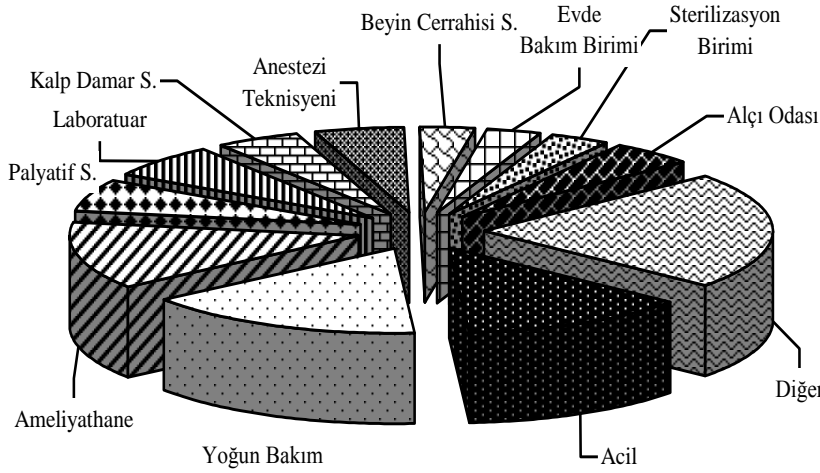


Tablo 1. İş Kazası Geçirenlerin Unvana Göre Dağılımı

Unvan	Frekans (n)	Yüzde (%)
Hemşire	41	65,1
Laboratuvar Teknisyeni	5	7,9
Anestezi Teknisyeni	3	4,8
Protez-Ortez Teknisyeni	3	4,8
Güvenlik Görevlisi	3	4,8
Ebe	2	3,2
Hekim	1	1,6
Acil Tıp Teknisyeni	1	1,6
Sağlık Memuru	1	1,6
Garson	1	1,6
Bekçi	1	1,6
Elektrik Teknisyeni	1	1,6
Toplam	63	100,0

İş kazası geçiren çalışanların çalıştıkları birimlere göre dağılımları Şekil 3'de ve Tablo 2'de gösterilmektedir.

Şekil 3. İş Kazası Geçirenlerin Çalışma Yeri Göre Dağılımı

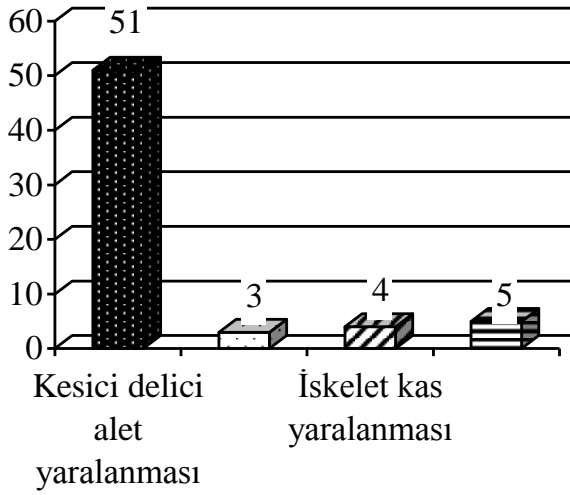


Tablo 2. İş Kazasının Gerçekleştiği Birime Göre Dağılımı

Birim	Frekans (n)	Yüzde (%)
Yoğun Bakım	10	15,9
Acil Servis	8	12,7
Ameliyathane	8	12,7
Palyatif Bakım	4	6,3
Laboratuvarlar	4	6,3
KVC Servis	4	6,3
Enfeksiyon Hastalıkları Servisi	4	6,3
Ortopedi Alçı Odası	4	6,3
Beyin Cerrahi Servisi	2	3,2
Evde Bakım Birimi	2	3,2
Sterilizasyon Ünitesi	2	3,2
Diğer birimler	14	22,2
Toplam	63	100,0

İş kazası meydana gelen diğer birimler tıbbi atık, morg, çocuk servisi, göğüs servisi, mutfak, poliklinik, genel cerrahi servisi, doğum salonu, kardiyoloji servisi, dâhiliye servisi, anjiyo, psikiyatri servisi, çocuk kan alma, atölyedir. İş kazası geçiren çalışanların maruz kaldıkları iş kazası türüne göre dağılımları Tablo 3 ve Şekil 4'te gösterilmektedir.

Şekil 4. İş Kazalarının Türüne Göre Dağılımı

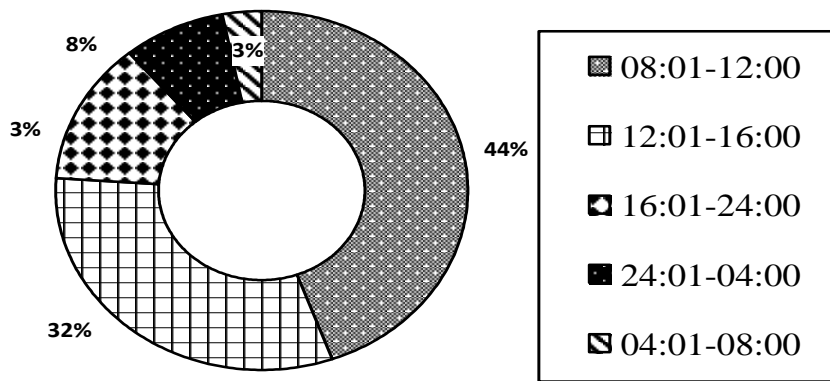


Tablo 3. İş Kazalarının Türüne Göre Dağılımı

Tür	Frekans (n)	Yüzde (%)
Delici ve kesici alet yaralanması	51	81,0
Şiddet	5	7,9
Kas-iskelet yaralanması	4	6,3
Kan ve vücut sıvısı ile temas	3	4,8
Toplam	63	100,0

İş kazası geçiren çalışanların maruz kaldıkları iş kazasının gerçekleşme saatine göre dağılımları Şekil 5'te ve Tablo 4'te gösterilmektedir.

Şekil 5. İş Kazalarının Oluş Saatine Göre Dağılımı



Tablo 4. İş Kazalarının Oluş Saatine Göre Dağılımı

Zaman dilimi	Frekans (n)	Yüzde (%)
08:01-12:00	28	44,0
12:01-16:00	20	31,7
16:01-24:00	8	12,7

24:01-04:00	5	7,9
04:01-08:00	2	3,2
Toplam	63	100,0

IV. TARTIŞMA

Bu çalışmanın sonuçları Türkiye’de 455 yataklı bir devlet hastanesinde 2018 ve 2019 yıllarında iş kazası sıklığının, 1 milyon çalışma saatinde 205,07 olduğunu, erkek sağlık çalışanlarının (222,27) kadın çalışanlara (193,81) göre iş kazası sıklık oranının (bir milyon iş saatinde) daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca hemşireler, diğer meslek mensuplarından daha fazla iş kazasından mağdur olmaktadır. İş kazalarının yaklaşık yarısı yoğun bakım, acil servis, ameliyathane ve palyatif bakım biriminde (%47,6), 08.00-12.00 saatleri arasında (%44) ve delici-kesici yaralanma (%81) türünde olmuştur.

Türkiye’de 2019 yılında iş kazası sıklık oranı ortalaması 10,76 düzeyinde (Sosyal Güvenlik Kurumu, 2020) iken çalışmada bir sağlık kurumu özelinde bulunan iş kazası sıklık oranının Türkiye ortalamasından yüksek olmasının, teorik çalışma süresi yerine gerçekleşen fiili çalışma süresinin kullanılmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Literatürde iş kazası sıklık oranı hesaplamalarında teorik çalışma süresi dışında farklı parametreler de kullanılmaktadır. Örneğin, iş saati yerine çalışan sayısı (Özarslan, 2009), gerçekleşen iş kazası yerine iş kazası mağduru kişi sayısı, teorik çalışma saati sayısı, kaydedilen iş kazası sayısı, beklenen iş kazası sayısı (Şanver ve Güçiz Doğan, 2020). Bu nedenle, ideal durumu yansıtan yasal süreler yerine fiilen gerçekleşen fazla çalışma sürelerinin dikkate alınarak kaza sıklıklarının belirlenmesi önemlidir. Ayrıca iş kazası geçirenlerin çalıştıkları toplam süre içinde iş kazası meydana gelme sayısını ortaya koyan kaza sıklık oranı hesaplanmasında aynı parametrelerin kullanılması, buna göre birimler ve farklı zaman kesitleri arasında karşılaştırmalar yapılması önem arz etmektedir.

Araştırmada iş kazası sıklık oranının cinsiyete göre değişim gösterdiği, erkeklerin iş kazası sıklık oranının kadınlardan yüksek olduğu bulunmuştur. Hastanelerde meydana gelen iğne ucu yaralanmaları açısından risk faktörlerini inceleyen bir sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında, kadınların erkeklere kıyasla %30 daha fazla iğne batması türünde iş kazası geçirdiği ortaya konulmaktadır (Hassanipour vd., 2021). Ancak bazı araştırmalar, cinsiyetin iş kazası geçirme açısından manidar bir risk faktörü olmayabileceğine işaret etmektedir (Gabr vd., 2018; Bekele vd., 2015). Bu nedenle çalışma sonuçlarının genellenebilmesi için daha fazla örneklem grubu ile farklı bağlamlarda araştırma yapılması önerilebilir.

İş kazalarının hemşirelerde (%65,1) diğer mesleklerden yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum iş kazasına maruz kalan sağlık çalışanlarının çoğunluğunun hemşire olduğunu gösteren literatür bulguları ile tutarlıdır (Motaarefi vd., 2016; Kocur vd., 2016; Uçak, 2009). Kocur vd. (2016) tarafından 2006-2015 yılları arasında kan ve vücut sıvılarına maruz kalan sağlık çalışanlarını inceledikleri çalışmada, en fazla hemşire ve ebelerin iş kazasına maruz kaldığı bildirilmiştir. Uçak (2009)’ın çalışmasında ise iş kazası geçiren 169 sağlık çalışanının 79’unun hemşire, 36’sının doktor, 20’sinin ebe, 9’unun röntgen teknisyeni, 7’sinin anestezi teknisyeni, 8’inin laboratuvar teknisyeni, 5’inin eczacı, 3’ünün odyometrist, 1’inin diyetisyen ve 1’inin fizyoterapist olduğu bulgulanmıştır. Goel vd. (2017) 2011-2013 yılları arasında Hindistan’da iş kazası geçiren 476 sağlık çalışanıyla yürüttükleri çalışmada, en yüksek oranda doktor ve hemşirelerin iş kazasına maruz kaldıklarını bulmuştur. İsveç’te 1702 iş kazası raporunun incelendiği bir araştırmada, dört yıllık zaman diliminde iş kazası ve yaralanmaların esas olarak hemşireler ve yardımcı hemşireler tarafından kaydedildiği ortaya konmuştur (Wahlin vd., 2020). Ayrıca bu çalışmada bulunan en çok karşılaşılan iş kazasının delici kesici alet yaralanmaları (%81) olduğu ile birlikte düşünüldüğünde, kan alma, enjeksiyon ve intravenöz sıvı uygulamaları en fazla hemşireler tarafından yapılmaktadır ve hemşireler, iğne başta olmak üzere delici ve kesici aletlerle uğraşan başlıca sağlık profesyonelleridir; ayrıca, toplam çalışanlar arasında en fazla sayıda bulunan meslek grubunu hemşireler oluşturmaktadır. Diğer yandan önceki araştırmalarda hemşirelerde tükenmişlik ve yorgunluğun sık görüldüğüne dikkat çekilmektedir (Aslan vd., 2022; Dikmen ve

Aydın, 2016). Trajik vakalara yardım etme ve yoğun empati kurma ihtiyacı nedeniyle sağlık çalışanları arasında yaygın olan fiziksel, duygusal, sosyal ve zihinsel açıdan tükenmişlik durumunu ifade etmek için kullanılan merhamet yorgunluğu, hemşirelerde daha sık görülmektedir (Dikmen ve Aydın, 2016). Merhamet yorgunluğu kalp atış hızında artış, ani tansiyon değişimi, kas gerginliği, duyarsızlık, dikkat eksikliği, sinirlilik ve yüksek kaygı gibi tepkilere yol açarak iş kazası ve meslek hastalıklarının sıklığını artırabilmektedir (Cocker ve Joss, 2016). Diğer yandan bu grupta daha fazla iş kazası meydana gelmesine yönelik sebepler, çalışma ortamına ve çalışma sürecine aşına olmama, daha az eğitim, daha az risk bilinci ve kendisi veya meslektaşlar için aynı kazaya yönelik deneyim eksikliği olabilir (Hassanipour vd., 2021). Rogers vd. (2004) tarafından yapılan çalışmada, çalışma süresi on iki saatten uzun olduğunda, sağlık çalışanları fazla mesai yaptıklarında veya haftada kırk saatten fazla çalıştıklarında hata yapma risklerinin önemli ölçüde arttığı bulunmuştur. Bu nedenle hastanede güvenlik performansının artırılması için fiili çalışma sürelerinin yasal çalışma saati sınırları içinde kalacak şekilde programlanması veya haftalık çalışma süresinin kısaltılmayacağı ve hasta yoğunluğunun az olduğu durumlarda çalışma periyotlarının kısaltılması, daha fazla hemşire istihdamının sağlanması ve ayrıca hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği faaliyetlerine hemşirelerin gönüllü katılımlarının teşvik edilmesi önerilebilir.

İş kazası geçirme sıklığının yoğun bakım, acil servis, ameliyathane ve palyatif bakım biriminde yoğunlaştığı (%47,6) bulunmuştur. Bekele vd. (2015) tarafından yapılan çalışmada iş kazalarının en sık tıbbi atık toplama (%18,2) ve kadın doğum servisinde (%17,6) çalışanlarda görüldüğü bildirilmiştir. Bu çalışmada tıbbi atık ve kadın doğum servisinin de içinde olduğu *diğer birimler* olarak kategorize edilen birimlerde oluşan kazaların toplam kazalar içindeki oranı %22,2 olarak bulunmuştur. Uçak (2009) tarafından yapılan çalışmada ise iş kazası geçiren sağlık çalışanlarının %27,2'sinin (n=46) cerrahi birimlerde, %26'sının (n=44) diğer birimlerde (radyoloji, laboratuvar, fizik tedavi ünitesi, eczane vb.) %17,8'inin (n=30) dahili birimlerde, %13,6'sının (n=23) ameliyathanede, %10,7'sinin ise (n=18) acil serviste çalıştığı bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı (2006) tarafından devlet hastanelerinde özellik arz eden riskli bölümler ameliyathane, yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, acil servis-poliklinik ve kemik iliği nakil üniteleri olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ameliyathane, yoğun bakım ve acil servis-poliklinikte gerçekleşen iş kazaları toplam kazaların %41,3'ünü oluşturmuştur. Yapılan çalışmalarda gerçekleşen iş kazalarının %80'den fazlasının doğrudan nedeni olarak çalışanların güvenli olmayan davranışlarına işaret edilmektedir (Ocak vd., 2022; Ghasemi vd., 2022). Bu bakımdan suçlanma endişesi taşıyabileceğini düşünen çalışanlar, yaşadıkları iş kazasını raporlamamak eğiliminde olabilirler. Bu nedenle raporlama prosedürlerinin gözden geçirilmesi ve hastanelerde raporlama kültürünün güçlendirilmesi önem arz etmektedir. Nitekim raporlama kültürü, güvenlik iklimi ve güvenlik performansı ile ilişkilidir ve çalışanların güvenlikle ilgili kural ve ilkelere uyum sağlaması için elverişli örgütsel ortamın bulunması gereklidir. Raporlama kültürünü teşvik eden örgütsel ortamda çalışanlar, zorunlu ya da gönüllü olarak güvenlik ilke ve prosedürlerini benimseyebilir. Zorunlu olarak güvenlik kurallarına uyan çalışanlar ile gönüllü olarak örgütte güvenlik ilkelerinin oluşturulmasına katılım ve katkıda bulunan çalışanlar arasında ayırım yaparak katılımın, örgütlerde güvenlik performansının en temel bileşeni olduğu göz önüne alınmalıdır. Çalışanların güvenlikle ilgili ilke ve prosedürlere uygun davranması, yasal olarak zorunluluğa ve bunun yöneticilerce sıkı biçimde takip ediliyor olmasına bağlı olduğundan yöneticiler, örgütlerde güvenlik iklimi aracılığı ile güvensiz davranışların önlenmesine ve azaltılmasına katkıda bulunarak güvenlik performansının geliştirilmesinde dolaylı ancak önemli rol oynayabilirler (Ghasemi vd., 2022). Güvenlik tedbirlerine çalışanlarca uyulup uyulmadığı daha yakından denetlenebilir ancak güvenli ortamın oluşturulması bunun gerekliliğine inanarak gönüllü eylemde bulunan çalışanlar ile mümkün olabileceğinden (Ghasemi vd., 2022) güvenlik koşullarının iyileştirilmesinde çalışanların katılımının sağlanması daha etkili olabilir.

Araştırmada iş kazası türü olarak ilk sırada delici ve kesici alet yaralanmaları yer almakta ve iş kazalarının büyük çoğunluğunu (%81) oluşturmaktadır. Pek çok ülkede sağlık çalışanlarının yaklaşık %80'i delici-kesici alet yaralanmasına maruz kalmaktadır (de Bienassis vd., 2021). Sohn vd. (2006) tarafından yapılan Kore'de 370 sağlık çalışanının katıldığı bir araştırmada, sağlık çalışanları arasında en yaygın görülen iş kazası türünün delici-kesici alet yaralanmaları (%71,1) olduğu belirlenmiştir.

Türkiye’de bir üniversite hastanesinde meydana gelen iş kazalarının incelendiği çalışmada, üç yıl içinde düzenlenen 40 adet sağlık personeli yaralanma formu geriye dönük olarak analiz edilmiştir. Söz konusu araştırmanın bulgularına göre iş kazalarının %90’ı iğne batması, %5’i kesici alet yaralanması ve %5’i ise mukozal temas şeklinde gerçekleşmiştir (Bozkurt vd., 2013). Çalışanlar, özellikle oryantasyon sürecinde, yüksek riskli çalışma alanlarında ve klinik uygulamalar değiştiğinde daha sık delici ve kesici alet yaralanmasına maruz kalmaktadır (Cheetham vd., 2021). Bu nedenle kan alma, enjeksiyon ve intravenöz sıvı uygulamaları gibi girişimsel işlemlerin daha yoğun olduğu yerlerde, çalışanlara yönelik önlemler alınması gereklidir. Çalışmada delici-kesici alet yaralanmasının ardından en fazla görülen iş kazası türünün şiddet (%7,9) olduğu bulunmuştur. Literatür bulgularına göre özellikle acil servis ve uzun dönemli bakım ünitelerinde (örneğin palyatif bakım birimi) sağlık çalışanlarına yönelik şiddet yaygındır ve en fazla etkilenen meslek grubu hemşire ve hemşire yardımcılardır (Groenewold vd., 2018). İsveç’te 1702 iş kazası raporunun incelendiği bir çalışmada, dört yıllık zaman diliminde işyerinde şiddetin, iğne batmasını takiben ikinci sırada en sık oluşan iş kazası türü olduğu bulunmuştur (Wahlin vd., 2020). Benzer şekilde hastanın elle taşınması sırasında oluşan kas-iskelet sistemi yaralanmaları ise üçüncü sırada yer almaktadır (Wahlin vd., 2020). Bu doğrultuda, güvenlik performansının etkili yönetilmediği sağlık kurumlarında farklı türde risk ve maruziyetlerinin ortaya çıkabileceği söylenebilir (Ghasemi vd., 2022; de Bienassis vd., 2021).

İş kazalarının yoğun olarak gerçekleştiği saat dilimi 08.00-12.00 arası (%44) olarak bulunmuştur. Farklı merkezli bir çalışmaya göre, gündüz mesaisine ilaveten nöbet vardiyasında çalışanlar, vardiya ve gündüz mesaisi yapanlara oranla daha fazla kesici-delici alet yaralanmasına, kan-vücut sıvıları ile temasa ve diğer kazalara maruz kalmaktadır (Uçak, 2009). Benzer şekilde Dikmen vd. (2014), gündüz mesaisinde çalışan gruba oranla gündüz mesaisine ek olarak nöbet veya vardiya sistemiyle çalışan sağlık çalışanlarının yaralanma sıklığının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada en fazla iş kazasının (%44) sabah saatlerinde olması, hasta ve iş yoğunluğunun etkili yönetimine odaklanılması gerektiğine işaret etmektedir. Nitekim Motaarefi vd. (2016) tarafından yürütülen sistematik derleme çalışmasında, hasta yoğunluğunun hemşireler arasında iş kazası oluşmasını etkileyen faktörlerden biri olduğu bulunmuştur.

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık kurumlarında iş kazaları, önlenebilir olmasına karşılık artan insidans ve prevalansı ile iş gücü ve motivasyon kayıpları, enfeksiyöz hastalıklar dahil olmak üzere pek çok fiziksel, psikolojik ve ekonomik sonuçlar ortaya çıkaran küresel bir sorundur. Önlenebilir, bu nedenle kabul edilemez olgular olmasına karşılık, hala sağlık kurumlarında farklı türde iş kazaları olmaya devam etmektedir. Sağlık çalışanları, hizmetin özelliği nedeniyle birçok tehlike ve riske maruz kalmaktadır. Güvenlik kültürünün gelişmemesi ve çalışanların süreçlere aktif katılımının yeterli düzeyde olmaması sonucunda oluşabilecek iş kazaları, istenmeyen sonuçlara ve kayıplara neden olmaktadır. Sağlık kurumlarında güvenlik performansının yönetimi kapsamında iş kazalarının önlenmesi için risk, tehlike ve iş kazası arasındaki farkların bilinmesi, iş kazası sıklık oranının ölçülmesi ve karşılaştırılması önem arz etmektedir. Hem tek bir örgüt düzeyinde hem de ulusal ve küresel çapta sağlık çalışanlarının güvenliğine tehdit oluşturan iş kazalarının incelenmesi, uygun ve yeterli önlemlerin belirlenmesi açısından gereklidir. Diğer yandan iş kazası sıklık oranlarının karşılaştırılabilmesi için hesaplama yönteminin standardizasyonu önem taşımaktadır.

Yaralanmaya veya maddi hasara sebep olup olmadığına bakılmaksızın bir süreçte meydana gelen ve iş kazalarının habercisi olan ramak kala dahil tüm beklenmedik olayların kayıt altına alınmamış olabileceği düşünüldüğünde, hastanelerde çalışma saati içinde sağlık personelinin bekleyen risklerin daha fazla sayıda olabileceğine vurgu yapılmalıdır. Çalışanların özellikle gündüz mesai saatleri içinde iş kazası riskine daha yoğun maruz kalmaları nedeniyle bu saatler arasında dikkatli çalışma, yeterli personel sağlama, çalışma ortamının düzenlenmesi ve eğitim verilmesi konularına dikkat edilmesi önerilebilir. Bu aşamada iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri sırasında ramak kalayı kapsayacak biçimde

örnek olay, durum ve davranışlar üzerinden bilgi verilmesi, farkındalık artırılması ve güvenlik tutumlarının güçlendirilmesi etkili olabilir. Bu bakımdan iş sağlığı ve güvenliği kültürünün tüm riskleri tanıyıp tanımlayabilecek şekilde geliştirilmesi tüm sağlık yöneticilerinin temel sorumlulukları arasında yer almaktadır. Öncelikle yönetimin sağlık çalışanı sağlığı ve güvenliğine önem vermesi, örgütsel güvenlik ikliminin ve güvenlik performansının göstergelerinden olan iş kazalarının önlenmesinin ilk adımı olarak görülmektedir. Sağlık kurumlarında delici kesici alet yaralanmaları başta olmak üzere kaza ve yaralanmalara neden olabilecek risklerin gözlenmesi ve izlenmesi için daha etkili yöntemler geliştirilmesi ve mesleki maruziyetlerin takip edilmesi sağlık kurumları yöneticileri açısından öncelik olmalıdır. Sağlık kurumlarında farklı birimler bazında iş kazalarının takibinin yapılması, sağlık çalışanlarının sürece katılımının sağlanması iş kazası sıklığının azaltılmasına katkıda bulunabilir. Bu açıdan yöneticilerin, sürekli izleme ve değerlendirme ile iş sağlığı ve güvenliği kapsamında alınan önlemlerin etkililiğini değerlendirmeleri önerilebilir.

Araştırma, bir devlet hastanesinde meydana gelen iş kazalarının analizine dayandığından ulaşılan bulguların diğer hastanelerde ortaya çıkan iş kazalarını temsil kabiliyetine sahip olduğu iddiası bulunmamaktadır. Araştırmanın pandemi dönemi öncesinde yapılmış olması nedeniyle pandemiden olumsuz etkilenen sağlık çalışanlarının iş kazası sıklık oranlarının daha geniş örneklem grubu dahil edilerek ölçülmesi önerilebilir. Ayrıca olay raporlama kültürünün çalışanlar arasında geliştirilmesi ile kan ve vücut sıvılarının sıçraması gibi kaza benzeri olay ve her tür ramak kalaların bildiriminin yapılması konusunda güvenlik kültürünün ve performansının geliştirilmesine yönelik araştırmalar yapılması önerilebilir.

Etik Kurul İzni: Etik kurul onayı, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi'nin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (KMU/07-2019/38) alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Akgün, S. (2015). Sağlık sektöründe iş kazaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2 (2), 67-75.
- Alli, B. O. (2008). *Fundamental principles of occupational health and safety*. ILO Publications.
- Aritan, A. E., & Ataman, M. (2017). Kaza oranları hesaplamalarıyla iş kazası analizi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Fen ve Mühendislik Bilimleri Dergisi*, 17(1), 239-246.
- Aslan, H., Erci, B., & Pekince, H. (2022). Relationship between compassion fatigue in nurses, and work-related stress and the meaning of life. *Journal of Religion and Health*, 61, 1848–1860.
- Azap, A., Ergönül, O., Memikoğlu, K. O., Yeşilkaya, A., Altunsoy, A., Bozkurt, G. Y., & Tekeli, E. (2005). Occupational exposure to blood and body fluids among health care workers in Ankara, Turkey. *American Journal of Infection Control*, 33(1), 48-52.
- Bekele, T., Gebremariam, A., Kaso, M., & Ahmed, K. (2015). Factors associated with occupational needle stick and sharps injuries among hospital healthcare workers in Bale Zone. Southeast Ethiopia. *PLoS One*, 10(10), Article e0140382.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2006). *Basic epidemiology*. World Health Organization.
- Bozkurt, S., Kökoğlu, Ö. F., Yanıt, F., Kocahasanoğlu, U., Okumuş, M., Sucaklı, M. H., Güler, S., Kuzhan, N., Savrun, A., & Uçmak, H. (2013). Sağlık çalışanlarında iğne batması ve cerrahi aletlerle olan yaralanmalar. *Dicle Tıp Dergisi*, 40(3), 449-452.
- Cheetham, S., Ngo, H. T. T., Liira, J., & Liira, H. (2021). Education and training for preventing sharps injuries and splash exposures in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD012060.

- Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(6), 618.
- de Bienassis, K., Slawomirski, L., & Klazinga, N. S. (2021). *The economics of patient safety Part IV: Safety in the workplace: Occupational safety as the bedrock of resilient health systems*. OECD Publishing.
- Dikmen, A. U., Medeni, V., Uslu, İ., Altun, B., & Aycan, S. (2014). Ankara'da bir üniversite hastanesinde çalışan sağlık personelinin geçirdiğini ifade ettiği iş kazalarının değerlendirilmesi. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 14(53), 22-29.
- Dikmen, Y., & Aydın, Y. (2016). Hemşirelerde merhamet yorgunluğu: Ne? Nasıl? Ne Yapmalı. *Journal of Human Rhythm*, 2(1), 13-21.
- Elseviers, M. M., Arias-Guillén, M., Gorke, A., & Arens, H. J. (2014). Sharps injuries amongst healthcare workers: Review of incidence, transmissions and costs. *Journal of Renal Care*, 40(3), 150–156.
- ESAW. (2020). *Eurostat- accidents at work statistics*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Accidents_at_work_statistics#Standardised_incidence_rates (Erişim Tarihi: 1 Nisan 2020).
- Fraeyman, N., de Bacquer, D., Clays, E., Fiers, T., Godderis, L., Verhaeghe, R., Viaene, L., & Mortier, E. (2022). Analysis of ergonomic occupational accidents and near misses in a large Belgian university hospital. *Acta Clinica Belgica*, 77(6), 938-944.
- Gabr, H. M., El-Badry, A. S., & Younis, F. E. (2018). Risk factors associated with needlestick injuries among health care workers in Menoufia Governorate, Egypt. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 9(2), 63–68.
- Ghasemi, F., Aghaei, H., Askaripoor, T., & Ghamari, F. (2022). Analysis of occupational accidents among nurses working in hospitals based on safety climate and safety performance: A Bayesian network analysis. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 28(1), 440-446.
- Goel, V., Kumar, D., Lingaiah, R., & Singh, S. (2017). Occurrence of needlestick and injuries among health-care workers of a tertiary care teaching hospital in North India. *Journal of Laboratory Physicians*, 9 (1), 20-25.
- Groenewold, M. R., Sarmiento, R., Vanoli, K., Raudabaugh, W., Nowlin, S., & Gomaa, A. (2018). Workplace violence injury in 106 US hospitals participating in the Occupational Health Safety Network (OHSN), 2012-2015. *American Journal of Industrial Medicine*, 61(2), 157–166.
- Hafeez, H., Abdullah, M. I., Riaz, A., & Shafique, I. (2020). Prevention of occupational injuries and accidents: A social capital perspective. *Nursing Inquiry*, 27, Article e12354.
- Hassanipour, S., Sepandi, M., Tavakkol, R., Jabbari, M., Rabiei, H., Malakoutikhah, M., ... & Pourtaghi, G. (2021). Epidemiology and risk factors of needlestick injuries among healthcare workers in Iran: A systematic reviews and meta-analysis. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 26(1), 1-16.
- Health and Safety Executive. (2020). *Injury frequency rates*. <https://www.hse.gov.uk/statistics/adhoc-analysis/injury-frequency-rates.pdf> (Erişim Tarihi: 3 Kasım 2020).

- International Labour Organization. (1998). *Statistics of occupational injuries: Sixteenth international conference of labour statisticians*. International Labour Office, https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/meetingdocument/wcms_088373.pdf (Erişim Tarihi: 15 Mart 2020).
- International Labour Organization. (2022). *Safety and health at work*. <http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/home/lang--en/index.htm> (Erişim Tarihi: 15 Kasım 2022).
- International Safety Center. (2020). *Moving the sharps safety in healthcare agenda forward in the United States: 2020 consensus statement and call to action*. International Safety Center, https://internationalsafetycenter.org/wp-content/uploads/2020/12/Moving_The_Sharps_Safety_In_Healthcare_Agenda_Forward_In_The_US.pdf (Erişim Tarihi: 17 Mayıs 2022).
- Kocur, E., Śliwa-Rak, B. O., & Grosicki, S. (2016). Analysis of occupational exposures to blood registered in the general hospital in Zabrze in the years 2006-2015. *Przegad Epidemiologiczny*, 70(4), 603-615.
- Koçali, K. (2021). Calculation of occupational accident indicators of Türkiye. In M. Dalkılıç, & B. S. Yılmaz (Eds.), *INSAC social and education sciences* (p. 224-250), Duvar Yayınevi.
- McCaughey, D., Kimmel, A., Savage, G., Lukas, T., Walsh, E., & Halbesleben, J. (2016). Antecedents to workplace injury in the health care industry: A synthesis of the literature. *Health Care Management Review*, 41(1), 42-55.
- Motaarefi, H., Mahmoudi, H., Mohammadi, E., & Hasanpour-Dehkordi, A. (2016). Factors associated with needlestick injuries in health care occupations: A systematic review. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(8), IE01-IE04.
- Ocak, N. Y., Yesilaras, M., Eyler, Y., & Hakoglu, O. (2022). Occupational accidents of emergency medicine residents in Turkey. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 28(4), 2210-2215.
- Özarslan, A. (2009). *Ankara'da bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerde iş kazası sıklığı* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi.
- Resmî Gazete. (2012). *İş sağlığı ve güvenliğine ilişkin işyeri tehlike sınıfları tebliği*. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=16909&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi: 7 Kasım 2020).
- Resmî Gazete. (2012a). *İş sağlığı ve güvenliği kanunu*. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6331.pdf> (Erişim Tarihi: 29 Ağustos 2020).
- Rogers, A. E., Hwang, W. T., Scott, L. D., Aiken, L. H., & Dinges, D. F. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs (Project Hope)*, 23(4), 202-212.
- Saari, J. (1986). Accident epidemiology. In M. Karvonen, & M. I. Mikheev (Eds.), *Epidemiology of occupational health* (p. 299-316), World Health Organization.
- Sağlık Bakanlığı. (2006). *Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli personele döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmasına dair yönetmelik*. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/05/20060512-4.htm> (Erişim Tarihi: 7 Mayıs 2020).

- Sohn, J. W., Kim, B. G., Kim, S. H., & Han, C. (2006). Mental health of healthcare workers who experience needlestick and sharps injuries. *Journal of Occupational Health*, 48(6), 474-479.
- Solmaz, M., & Solmaz, T. (2016). Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (3), 147-156.
- Sosyal Güvenlik Kurumu. (2020). *SGK istatistik yıllıkları*. <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4/> (Erişim Tarihi: 1 Haziran 2020).
- Şanver, T. M., & Güçüz Doğan, B. (2020). Epidemiyolojinin temel kavramları-iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları. İçinde A. N. Yıldız, & A. Sandal (Eds.), *İş Sağlığı ve Güvenliği Meslek Hastalıkları* (s. 671-684), Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Şensöğüt, C., & Uysal, Ö. (2019). Bir yeraltı linyit işletmesinde 2018 yılında meydana genel iş kazalarının analizi. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 27(2), 125-129.
- Tarantola, A., Abiteboul, D., & Rachline, A. (2006). Infection risks following accidental exposure to blood or body fluids in health care workers: A review of pathogens transmitted in published cases. *American Journal of Infection Control*, 34(6), 367-375.
- Tulukcu, B. N. (2014). İşverenin risk değerlendirmesi yükümlülüğünün hukuki boyutu. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 20(1), 711-748.
- Uçak, A. (2009). *Sağlık personelinin maruz kaldığı iş kazaları ve geri bildirimlerinin değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Afyonkocatepe Üniversitesi.
- Ulutasdemir, N., Cirpan, M., Copur, E. Ö., & Tanir, F. (2015). Occupational risks of health professionals in Turkey as an emerging economy. *Annals of Global Health*, 81(4), 522-529.
- Venkataraman, N. (2008). Safety performance factor. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 14(3), 327-331.
- Wahlin, C., Kvarnström, S., Öhrn, A., & Strid, E. N. (2020). Patient and healthcare worker safety risks and injuries. Learning from incident reporting. *European Journal of Physiotherapy*, 22(1), 44-50.
- World Health Organization. (2004). *Comparative qualifications of health risks*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). *The world health report 2006: Working together for health*. World Health Organization.

TÜRKİYE'DE SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İŞ TATMİNİ İLE İŞTEN AYRILMA NİYETİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: BİR META-ANALİZ ÇALIŞMASI

Serap TAŞKAYA *
Alptuğ AKSOY **

ÖZ

Sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda ve kalitesinde aktif rolü olan sağlık çalışanlarının iş tatmini ve işten ayrılma gibi örgütsel davranış değişkenlerinin derinlemesine incelenmesi, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından değerlidir. Bu çalışmanın amacı da, ülkemizde sağlık çalışanları arasındaki iş tatmini ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkinin genellenabilirliğini, meta-analiz yöntemi ile ortaya koymaktır. Söz konusu amaçla yapılan çalışmada, Ulusal Tez Merkezi, Ulakbim Tr Dizin, Dergipark ve Web of Science veri tabanlarında ilgili terimler taranmış ve nihayetinde 42 çalışmanın (n=14,4452) analiz için uygun olduğuna karar verilmiştir. Kapsamlı Meta-Analiz programı ile gerçekleştirilen meta-korelasyonel analizler neticesinde, Türkiye'de sağlık çalışanlarının iş doyumunu ve işten ayrılma niyeti ilişkisinin etki büyüklüğünün negatif yönlü ve orta düzeyde olduğu sonucuna erişilmiştir. Bu bulgu istatistiki olarak da anlamlıdır. İş tatmini ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkilerin kaynağını anlamak için yapılan alt grup analizlerinde hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına, üniversite hastanesinde görev yapanların devlet, özel ve karma (birden fazla mülkiyet tipi bir arada) hastanelerde çalışanlara göre işten ayrılma niyeti-iş tatmini ilişkisinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bu bulgular neticesinde, sağlık yöneticilerine çalışanlarının işten ayrılma niyetlerini azaltmak için, ağırlıklı olarak iş doyumlarını arttıracak düzenlemeler yapmaları gerektiği önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Çalışanı, İş Tatmini, İşten Ayrılma Niyeti, Meta-Analiz, Türkiye.

MAKALE HAKKINDA

* Dr. Öğr. Üyesi, Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, seraptaskaya@yahoo.com

<https://orcid.org/0000-0003-3072-5232>

** Öğr. Gör. Dr., Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Bahçe Meslek Yüksek Okulu, Bankacılık ve Finans Bölümü, aksoyalptug@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-2103-0968>

Gönderim Tarihi: 18.05.2022

Kabul Tarihi: 20.12.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Taşkaya, S., Aksoy, A. (2023). Türkiye'de sağlık çalışanlarında iş tatmini ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişki: bir meta-analiz çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 115-132

RELATIONSHIP BETWEEN JOB SATISFACTION AND TURNOVER INTENTION AMONG HEALTHCARE WORKERS IN TURKEY: A META-ANALYSIS STUDY

Serap TAŞKAYA *
Alptuğ AKSOY **

ABSTRACT

An in-depth examination of organizational behavior variables such as job satisfaction and turnover of health workers, who have an active role in the delivery and quality of health care services, is valuable for the sustainability of health services. The aim of this study is to reveal the generalizability of the relationship between job satisfaction and intention to leave among healthcare professionals in our country, using the meta-analysis method. In the study conducted for this purpose, The relevant terms were searched in the National Thesis Center, Ulakbim Tr Index, Dergipark and Web of Science databases, and it was finally decided that 42 studies (n=14.4452) were suitable for analysis. As a result of the meta-correlational analyzes carried out with the Comprehensive Meta-Analysis program, it was concluded that the average effect size of the relationship between job satisfaction and intention to leave of health workers in Turkey is negatively and moderately related. This finding is also statistically significant. In the subgroup analyzes conducted to understand the source of the relationship between job satisfaction and intention to leave, it was found that the relationship between intention to leave and job satisfaction was higher for nurses than for other health workers and employees working in the university hospital than employees working in public, private and mixed (multiple ownership types together) hospitals. As a result of these findings, it can be suggested to health managers that in order to reduce their employees' intention to leave, he or she should make arrangements that will increase their job satisfaction.

Keywords: Healthcare Workers, Job Satisfaction, Turnover Intention, Meta-Analysis, Turkey.

ARTICLE INFO

* Assist. Prof. Dr., Osmaniye Korkut Ata University, seraptaskaya@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3072-5232>

** Lecturer Dr., Osmaniye Korkut Ata University, aksoyalptug@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2103-0968>

Received: 18.05.2022

Accepted: 20.12.2022

Cite This Paper:

Taşkaya, S., Aksoy, A. (2023). Türkiye’de sağlık çalışanlarında iş tatmini ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişki: bir meta-analiz çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 115-132

I. GİRİŞ

Dünyada toplam işgücü piyasasının büyük bir bölümünü oluşturan, sağlık harcamaları içinde maaş ve diğer sosyal yardım ödemeleri önemli yer tutan sağlık çalışanları, birincil amacı sağlığı geliştirmek üzere eylemlerde bulunan tüm kişiler olarak tanımlanmaktadır (WHO-World Health Organization, 2006). Sağlık sistemi girdilerinin kalbi olarak görülen bu çalışanlar, hasta veya rahatsızlığı olan bireylere doğrudan veya dolaylı olarak sağlık bakımı ve hizmeti sunmaktadırlar (Joseph and Joseph, 2016). Sağlık sistemi performansı, verimliliği ve kalitesi de, personelin bilgi, beceri ve motivasyonuna bağlıdır (Kabene et al., 2006). Bu bağlamda bilgi ve yeteneklerinin yanı sıra yönetsel fonksiyonlardan etkilenen motivasyonel düzeylerinin artırılması için ise, çalışan davranışlarını açıklayan, iş tatmini ve işten ayrılma niyeti gibi birbiriyle ilişkili bir dizi etmenin derinlemesine incelenmesi önemlidir (Bonenberger et al., 2014).

Ancak sağlık politikasına katkı amacıyla yürütülen, sağlık çalışanların iş tatmini ve işten ayrılma niyetini incelemeye yönelik gerçekleştirilen anket çalışmaları, genellikle düşük yanıtlanma oranları ile karakterizedir. Düşük yanıtlanma oranı ise; örneklem büyüklüğü, maliyet, yanıt vermeme yanlılığı, ölçüm kalitesi ile sonuçların genellenebilirliği veya uygulanabilirliği gibi konuları etkileyen önemli bir durumdur. İlgili sorunlarla baş etmek ve çalışmaların genellenebilirliğini ortaya koymak için bilim insanları sistematik derleme veya meta-analiz gibi yöntemlerden yararlanmaktadırlar. Bu bağlamda sistematik incelemeler faydalı olmasına karşın, örneklem büyüklüğü, analizler veya çalışma tasarımı hususlarında, araştırmalar arasındaki farklılıkları hesaba katmazken, meta-analiz her çalışmanın bulguları ile genel veya ortalama etkilerinin incelenmesine izin vermekte ve çalışmaların farklı özelliklerini kontrol edebilmektedir (Cho et al., 2013).

Meta-analiz, *“bulguları bütünleştirmek amacıyla, bireysel çalışmalardan elde edilen geniş bir analiz sonuçları koleksiyonunun istatistiksel analizi”* şeklinde tanımlanmaktadır (Glass, 1975). Aynı soruya odaklanan *bağımsız birincil çalışmalardan elde edilen verilerin sonuçlarını, incelenen fenomen üzerine tek bir tahminde birleştirmeyi amaçlayan özel bir stratejidir* (Gopalakrishnan and Ganeshkumar, 2013). Başka bir ifadeye göre ise; *“çalışmaların bağımsız ve bağımlı ölçümleri arasındaki ilişkinin gücünü göstermek için etki büyüklüğünü nicel bir ölçü olarak kullanan bir araştırma sentezidir”* (Gliner et al., 2003). Kısaca nicel araştırmaların sentezlenmesinde faydalanılan bu teknik, 1980’li yıllardan beri tıp ve sağlık bilimi alanında da başarıyla uygulanabilmektedir (Hartung et al., 2008; Shelbye and Vaske, 2008). Ancak literatürel bilgi açısından zengin olan tıp ve sağlık bilimlerinden elde edilen bilgiyi organize etmek için meta-analiz çalışmalarından yararlanılması, diğer alanlara oranla daha nadirdir (Mikolajewicz and Komarova, 2019; Balcı ve Baydemir, 2015).

Ülkemizde sağlık çalışanları üzerine yapılmış kesitsel çalışmaların meta-analitik yöntem ile sentezlenmesine ilişkin çalışmaların tükenmişlik (Çakır ve Tang, 2018), iş doyumu (Yiğit ve Alaoğlu, 2021; Söyler, 2018), şiddet (Yiğit ve Uğurluoğlu, 2020) ve mobbing (Arıcı ve Ekici, 2018) üzerine olduğu gözlemlenmektedir. İşten ayrılma niyeti konusunda yapılan bir meta-analiz çalışması (Dirik, 2019) ise genel olarak tüm çalışanlar üzerinde gerçekleştirilmiş olup, sağlık iş gücüne özgü değildir. İş tatmini ve işten ayrılma ilişkisini ölçen bir meta-analiz çalışması ise, ulusal literatürde henüz yer almamaktadır. Söz konusu sorun nedeniyle gerçekleştirilen bu araştırmanın amacı; Türkiye’de sağlık çalışanlarının işten ayrılma niyetleri ile iş tatmini arasındaki ilişkinin genellenebilirliğini, bir meta-analiz çalışması ile belirlemektir.

Bu amaçla yapılacak olan çalışma ile, özellikle sağlık alanında iş tatmini-işten ayrılma niyeti ilişkisinin meta-analitik yolla incelenmesiyle, ulusal literatürde önemli bir boşluğun kapatılması planlanmaktadır. Araştırmanın ilerleyen kısımları, çalışmada yer alan temel değişkenlere ilişkin genel bilgiler, yöntem, bulgu, tartışma ve sonuç bölümlerini kapsamaktadır.

II. GENEL BİLGİLER

Sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmında sağlık personeli, doğrudan sağlık bakım hizmeti verendir ve çoğu tıbbi müdahale doktorların, hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin direkt çabalarını gerektirmektedir. Bunun yanı sıra sağlık hizmetlerinin kalitesi, etkililiği, verimliliği, erişilebilirliği ve sürdürülebilirliği yeterli sayıda, iyi eğitilmiş ve deneyimli çalışanların mevcudiyetine bağlıdır (Alameddine et al., 2012). Ancak ne yazık ki, her yıl sağlık ile ilgili bölümlerinden çok sayıda mezun olmasına rağmen, çoğu sağlık sistemleri hala sağlık işgücününün kıtlığı ile karşı karşıyadır (Xiaoming et al., 2014).

Sağlık personeli kıtlığı, mevcut personel için muazzam iş yükü ve uzun çalışma saatleri anlamına gelmektedir. Bu personel yetersizliğinin getirdiği ağır yüklerin yanında, kaynak ve yönetsel destek eksikliği gibi diğer olumsuz koşullarla da baş etmeye çalışan sağlık çalışanı, yeterince saygı görememekte ve hatta şiddete maruz kalabilmektedir (Søvold et al., 2021). Söz konusu bu durumlar ise, personelin işinden soğumasına ve bir süre sonra işten ayrılmaya karar vermesine sebebiyet verebilmektedir (Zaheer et al., 2019).

Çalışanların “çeşitli nedenlerle örgütünü bırakması” anlamına gelen ve negatif örgütsel davranışlardan biri olan işten ayrılma, emek yoğun sektörlerin normal bir parçası gibi görülmeyle birlikte, sağlık gibi işgücü kıtlığı yaşayan ortamlarda yüksek oranda meydana geliyorsa, önemli bir endişe nedenidir (Zaheer et al., 2019: 1-2). Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası tarafından yapılan bir projeksiyona göre, 2030 yılına kadar tüm toplumların sağlıklı yaşam seviyesine erişmesi, sağlık hizmetleri yelpazesinin yüksek düzeyde ve etkili bir şekilde sunulması, mevcut boşlukların doldurulması ve beklenen işten ayrılmaların karşılanması için, on sekiz milyon ek sağlık personeline ihtiyaç bulunmaktadır (WHO, 2016). Önceki tahminlerden çok daha fazla olan bu rakamın yanı sıra, doğrudan ve dolaylı maliyetlerin arttırması, hizmet kalitesinin olumsuz manada etkilemesi, diğer çalışan ve hasta sağlığını kötüleştirebilmesi ve kalan personelin daha düşük moral ile çalışmasına yol açabilmesi gibi yıkıcı etkilere sebebiyet vermesi nedeniyle, sağlık personelinin işten ayrılmasını önleyici küresel düzeylerde etkili politikaların benimsenmesi elzemdir (Zaheer et al., 2019).

İşten ayrılmaların azaltılması veya engellenebilmesi için, öncelikli olarak bu davranışa sebebiyet veren etmenlerin belirlenmesi gerekmektedir. Planlı Davranış Teorisine göre, çalışanın işten ayrılma davranışının en önemli öncülü niyettir ve işten ayrılma niyeti, gerçek personel devrini daha önceden tahmin etme yeteneğine sahip olan tek faktördür (Wen et al., 2018). Gerçek personel devrini incelemekteki zorlukların yanı sıra, çalışanların aktif olarak istifa etme ve işten ayrılmaya karar verme sürecindeki son bilişsel aşama olduğundan dolayı, araştırmacılar işten ayrılma niyetini, işten ayrılmanın belirleyicisi olarak kullanmaktadırlar (Tett and Meyer, 1993; Halawi, 2014). Doğal olarak bilişsel anlamda işten geri çekilen çalışanların işten ayrılma niyetleri arttıkça, fiili işten ayrılmaların da artması beklenmektedir (Gebregziabher et al., 2020).

İşten ayrılma niyeti kısaca “*örgütten ayrılmaya yönelik bilinçli ve kasıtlı bir isteklilik*” olarak tanımlanmaktadır (Tett and Meyer, 1993: 262). Bir çalışanın çeşitli faktörler nedeniyle belirli bir süre içinde mevcut kurumdan ayrılma olasılığı hakkında düşünce ve niyet içinde olmasıdır (Wubetie et al., 2020). Görüldüğü üzere kavram açık bir şekilde bireyin iş ilişkisini istekli olarak sona erdirmeye niyetine odaklanmaktadır (Oh and Kim, 2019). Bu isteklilik bazen gönüllü, bazen de gönülsüz olarak gerçekleşebilmektedir. Bir çalışanın kendi isteğiyle işinden ve kuruluşun ayrılması durumu gönüllü işten ayrılma niyetine işaret etmektedir. Gönüllü işten ayrılma niyeti; düşük ücret, kötü çalışma şartları, ailesel durumlar, ciddi hastalık veya ölüm vb. nedenlerle meydana gelmektedir. Gönülsüz işten ayrılma isteği ise, yönetimin çalışana düşük performans gibi nedenlerle örgütten ayrılmaya zorlama kararını ifade etmektedir (Belete, 2018).

İster gönüllü isterse gönülsüz olsun, işten ayrılma niyeti sağlık kurumları açısından en önemli sorunlarından biri olarak kabul edilmekte ve küresel düzeyde de ele alınmaktadır. Dünya genelinde yapılan araştırmalar sağlıkta insan kaynaklarının işten ayrılma niyetlerinin %18 ile %68 arasında değişen yüksek bir oranda olduğunu göstermektedir (Wubetie et al., 2020; Shen et al., 2020; Lee,

2022). Yüksek ayrılma niyeti ise, nihayetinde personelin örgütünden ayrılması ile sonuçlanmakta ve bu durum sağlık personelinin sağlık iş gücünün kıtlığına ve coğrafik açıdan dengesiz dağılımına katkıda bulunmaktadır (Nassani et al., 2021). Ayrıca sağlık kuruluşlarına doğrudan (yeni personelin işe alım sürecinde ortaya çıkan alım, oryantasyon ve eğitim vs. gibi) ve dolaylı (yeni personelin düşük verimliliği ve hataları vs. gibi) maliyetler yüklemektedir (Van der Heijden et al., 2019). İşten ayrılma niyeti yüksek olan sağlık çalışanının sunduğu sağlık hizmetimin kalitesi düşmekte, hastası ve iş arkadaşı ile ilişkileri ve iletişimi kötüleşebilmekte ve bireysel performansı da azalabilmektedir (Gebregziabher et al., 2020).

Sağlık alanında işten ayrılma niyetlerinin düşürülmesi, öncelikle bu niyete neden olan alt nedenlerin ortaya çıkarılmasına bağlıdır. Çalışanlarının işten ayrılmaları genellikle dış parametreler (olaşı sektörel değişimlerin varlığı, genel ekonomik düzey, işsizlik oranı), örgütsel parametreler (örgüt kültürü, iklimi, liderlik tarzı ve ücret sistemi) ve kişisel parametreler (stres, iş memnuniyetsizliği ve örgüte duyulan bağlılık) gibi faktörler sebebiyle gerçekleşmektedir (Al Halbusi and Amir, 2018; Alam and Asim, 2019) Ancak ilgili literatürün büyük kısmının iş tatminine yoğunlaşmakta ve iş tatmininin işten ayrılma niyetinin en önemli belirleyicisi olarak görmektedir (Lee, 2022; Alam and Asim, 2019).

İş tatmini, “*çalışanların işlerine karşı sahip oldukları olumlu veya olumsuz tutum*” olarak tanımlanmaktadır (Davis and Nestrom, 1985). İşten ayrılma sürecinde bireyler öncelikle mevcut işlerini değerlendirmekte ve işlerine göre memnuniyet duyup duymadıklarını belirlemektedirler. Hoşnutsuzluk duyanlar işinden ayrılma düşüncesine girenken, işinden memnun çalışanların yeni bir iş arama olasılığı daha düşük olacak ve işten ayrılmaya niyetleri de azalacaktır (Al Halbusi and Amir, 2018). Nitekim yapılan araştırmalar iş tatmininin, çalışanın örgütünden ayrılma niyeti ile güçlü ve ters bir ilişkili olduğunu (Kashmoola, et al., 2017; Masum et al., 2016) ve hatta iş tatmininin boyutları olan işin doğasının, özerklik düzeyinin, denetimin, ücretin, çalışma ortamının ve iş arkadaşları ile ilişkilerinin ayrılma sürecine benzersiz katkıları bulunduğunu göstermektedir (Oh and Kim, 2019).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık çalışanlarının işten ayrılma niyeti ile iş tatmini (Yücel ve Koçak, 2018; Sökmen ve Mete, 2015; Anafarta, 2015) arasındaki ilişkileri ortaya çıkarmaya yönelik, farklı illerde ve farklı araştırmacılarca yapılan çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Fakat bu araştırmaların ölçümleri ve sonuçları çeşitli ve çelişkili olabildiğinden dolayı kanıt dayalı bir karar vermeyi zorlaştırabilmektedir (Haidich, 2010). Bununla birlikte, mevcut çalışmalar genellikle tasarımları, kaliteleri ve çalışılan konular açısından heterojendir ve bu durum da kanıt ve sonuç sentezinin karmaşıklığına katkıda bulunmaktadır (Tawfik et al., 2019). Söz konusu sorunlar nedeniyle gerçekleştirilen araştırmada, halihazırdaki bu çalışmaların sonuçlarını birleştiren ve istatistiksel bir prosedür olan meta-analiz yöntemi kullanılarak, ülkemizde sağlık çalışanlarının işten ayrılma niyetinin iş tatmini ve örgütsel bağlılık ile olan ilişkisini sentezlemek amaçlanmıştır. Kanıt hiyerarşisinde en üstte yer alan meta-analizden elde edilen bulguların, sağlık yöneticileri ve politika yapımcılar için güçlü ipuçları sağlayacağı düşünülmektedir.

III. YÖNTEM

Bu çalışmanın üç farklı meta analiz yöntemden türlerinden biri olan korelasyonel veri analizi ile yapılması planlanmıştır. Genel olarak bir meta-analiz araştırmasının gerçekleştirilmesinde; araştırma probleminin formüle edilmesi, kriterlerin oluşturulması, veri tabanlarının aranması, verilerin çıkarılması ve tüm sonuçların bir software programına aktarılması, verilerin kodlanması ve kalitesinin değerlendirilmesi, istatistiksel analizlerin yürütülmesi ve sonuçların yorumlanması gibi aşamalar bulunmaktadır (Hartung et al., 2008; Tawfik et al., 2019).

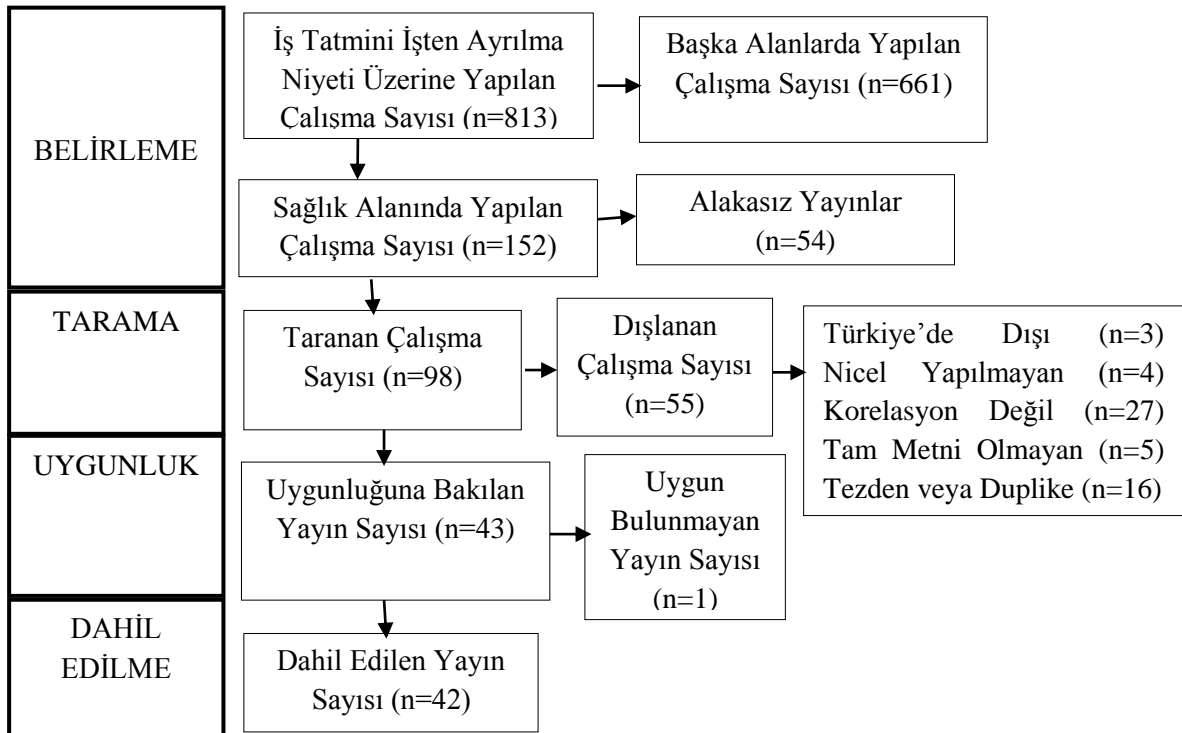
Çalışmada yukarıda bahsedilen araştırma amacına uygun olarak araştırma sorunsalının geliştirilmesinin ardından, ikinci aşamada dahil edilme ve hariç tutulma kriterleri belirlenmiştir. Çalışma popülasyonu ve tasarımı, müdahale türleri, ölçüm sonuçları, dil, tarihler ve yayın türleri gibi konularda dahil edilme kriterleri oluşturulabilir (Patino and Ferreira, 2018; Swift and Wampold, 2017). Bu çalışmanın dahil edilme kriterleri; çalışmaların işten ayrılma niyeti-iş doyumu ilişkilerini birlikte irdelemesi, sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirilmesi, çalışma kalitesi açısından ciddi

hakem değerlendirmelerinden geçmiş olan tez ve makale türlerinde yayınlanması, Türkiye’de yürütülmesi, kesitsel ve nicel yöntemle tasarlanmış olması ve korelasyon analizi ölçüm sonuçlarını içermesi ve tam metinlerine erişilebilir olması ile tezden üretilmemesi ve duplike olmaması şeklinde tasarlanmıştır. Yayın yılı ve tarama bölümü konusunda herhangi bir kısıtlama getirilmemiş, ilgili yayınların tüm alanlarında aramalar gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın bir diğer aşaması araştırma sorusuna cevap arayan literatür taraması için ilgili veri tabanlarının belirlenmesi ve verilerin çıkarılıp, Microsoft Excel gibi bir software programında depolanmasıdır. Bu çalışma evrenini Türkiye’de yapılan ve ciddi hakem değerlendirmelerinden geçen tez ve makaleler oluşturduğundan dolayı, veri tabanları YÖK Ulusal Tez Merkezi’nde yer alan tezler ile Ulakbim Tr Dizin, Dergipark ve Web of Science’de (WoS) bulunan makaleler oluşturmaktadır. Söz konusu veri tabanlarının tüm alanlarında, Türkçe literatürde anahtar kelime olarak “işten ayrılma” ile “iş tatmini” ve “iş doyumu” terimleri kombinasyonları 1-15 Ocak 2022 tarihleri arasında taranmıştır. İngilizce olarak ise WoS’a "intention to leave", "leaving intention", "intention to quit", "turnover intention", "intent to leave" ile “satisfaction” kelimeleri yazılıp, coğrafik bölge olarak Türkiye işaretlenmiştir. Neticede işten ayrılma niyeti- iş tatmini ile ilişkili olarak Ulusal tez merkezinde 246 adet teze ve TR dizinde 120, Dergipark’ta 242 ve WoS’ta 205 makaleye ulaşılmıştır.

Toplam 813 adet çalışmaların başlık ve özetlerinin incelenmesi sonucunda, bu çalışmalardan işten ayrılma niyeti ve iş doyumu ile ilgili olarak 152 tane çalışmanın sağlık çalışanları üzerinde yapıldığı tespit edilmiştir. Ancak taramalar tüm alanlarda gerçekleştirildiğinden dolayı hem iş doyumu hem de işten ayrılma niyeti kelimelerini yayın içeriğinde barındırdığı halde, temel değişkenleri bu iki değişken olmayan 54 adet çalışma kapsamında çıkarılmıştır. Ardından Türkiye’de yapılmayan (3), nicel olmayan yöntemle yapılan (4), korelasyon analizi bulunmayan (27), tam metnine erişilemeyen (5) tezden üretilen veya duplike olan (16) çıkarılmıştır. Nihayetinde işten ayrılma niyeti-iş tatmini ilişkisi konusundaki 43 çalışma analize uygunluk açısından incelemeye alınmıştır ve çalışmalardan bir tanesinin tablodaki veriler ile metinde geçen verileri tutarlı olmadığı için, araştırmaya dahil edilmemesine karar verilmiştir. Söz konusu çalışma araştırmadan çıkarıldıktan sonra, sağlık çalışanlarında iş doyumu ve işten ayrılma niyeti ile ilişkili olan 42 yayının veri toplama sürecine ilişkin ayrıntılı PRISMA akış diyagramı Şekil 1’de sunulmuştur.

Şekil 1. PRISMA Akış Diyagramı



Çalışmanın verileri, iki farklı araştırmacı tarafından Excel çalışma sayfasına aktarılarak, kodlamalar gerçekleştirilmiştir. Kodlamaların uygunluğu ve kalitesi değerlendirilmesi için Newcastle-Ottawa Ölçeği kullanılmıştır. Bu ölçek Newcastle ve Ottawa Üniversiteler tarafından geliştirilen ve Cochrane Collaboration tarafından gözlemsel çalışmalar için önerilen bir araçtır (Margulis et al., 2014). Araştırmacılar çalışmanın başlığı, yazarlar isimleri, çalışmanın yılı ve yeri, hedef popülasyon, örneklem boyutu, yanıtlayanların özelliklerine dair bilginin varlığı, çalışma tasarımı, karıştırıcıların etkisinin kontrolü, istatistiksel testler, etki büyüklüğü (korelasyon katsayıları) ve değerlendirme özellikleri bilgilerini kaydedip, ölçeğe göre puanlamışlardır. Araştırmacıların puanlamaları arasındaki uzlaşma düzeylerinin uygunluk değerlendirmelerini karşılaştırmak için Cohen'in Kappa'sı kullanılmıştır ve bu değer 0,76 bulunmuştur. Cohen'in Kappa sonucunun 0,61-0,80 arasında olması, iki araştırmacının puanlaması arasında önemli ölçüde uyuma olduğuna işaret etmektedir (McHugh, 2012).

Verilerin kalitesinin değerlendirilmesinin ardından çalışmaların yazarları ve yılı, korelasyon katsayıları ile örnekleme büyüklüğü bilgileri Kapsamlı Meta-Analiz (Comprehensive Meta-Analysis-CMA) programına yüklenmiştir. Program yardımıyla yapılan meta analizde, etki büyüklüğü hesaplamaları için sabit etkiler modeli ve rastgele etkiler modeli olmak üzere iki farklı model bulunmaktadır (Tufanaru et al., 2015). Farklı varsayımlarda bulduklarından dolayı, sabit ve rastgele etkiler modelleri, meta-analitik olarak türetilen özet etki büyüklüğü için farklı önem testleri ve güven aralıkları ortaya koymaktadır (Cantarelli et al., 2016). Meta-analizde model seçimi; çalışmaların heterojen ya da homojen olması durumuna göre belirlenmekte olup, çalışmaların homojen olduğu durumda sabit etkiler, heterojen çalışmalarda ise rastgele etkiler modeli kullanılmaktadır (Tawfik et al., 2019).

Heterojenlik; analizlere dahil edilen çalışmalar arasındaki her türlü değişkenliğe işaret etmektedir ve meta-analiz çalışmalarında heterojenliği belirlemek için etki farklarının ağırlıklı toplam karesi olan Cochran Q ki kare testi ile çalışmalar arasındaki toplam varyans yüzdesini gösteren I² testleri yaygın kullanılan iki test yöntemidir. Q testinin ki karesinin istatistiki anlamlılık düzeyinin 0.05'ten küçük ve I² test değeri %50'den büyük olması, heterojenliği temsil etmektedir (Groenwold et al., 2010). Bu çalışmada her iki yöntem de birlikte değerlendirilerek uygun modele karar verilmiştir. Bunun yanı sıra sosyal bilimlerde yapılan çalışmalarda etki büyüklükleri arasında değişimler farkı olduğundan dolayı, meta-analizde rastgele etki modelinin seçilmesi gerektiği belirtilmektedir (Davis et al., 2014).

Meta-analizde etki modelinin belirlenmesi ile birlikte, bireysel etki büyüklükleri ile genel etki büyüklüğü (EB) hesaplamaları gerçekleştirilmektedir. Farklı model varsayımına, değişken türüne ve farklı etki ölçeğine dayanan, DerSimonian ve Laird, Hartung ve Makambi, Hedges ve Olkin, Paule ve Mandel ile Hunter ve Schmidt gibi birden fazla hesaplama yöntemi bulunmaktadır (Veroniki et al., 2014). Bu çalışmadaki hesaplamalar ise korelasyon katsayıları doğrudan kullanan ve bu katsayıları örneklem büyüklüğü ile ağırlıklandırılarak birleştiren Hunter ve Schmidt Yöntemi ile yapılmıştır.

Hesaplamaların ardından çalışmaların güvenilirliği ve sonuçların genellenebilirliği için yayın yanlılığına bakılması gerekmektedir. Yayın yanlılığı, bir meta-analizde, kanıtların tamamı düzgün bir şekilde sunulmadığı zaman ortaya çıkan sistematik bir hata olarak görülebilir. İstatistiksel olarak anlamlı olmayan kanıtların, araştırmacılar tarafından bir dergiye göndermediği ya da dergilerin istatistiki açıdan önemsiz bu çalışmaları yayınlamamaya karar verdiğinde ortaya çıkmaktadır ve bu durum genellikle tahmini ortalama etki büyüklüklerinin önemli derecede şişirilmesine yol açmaktadır (Bax et al., 2009). Meta-analiz çalışmalarında yayın yanlılığını ölçmek için FunnelPlot (huni saçılım grafiği), Egger'in regresyon testi ile Begg ve Mazumdar'ın sıra korelasyon testi sıklıkla kullanılmakta olup (Lin and Chu, 2018), bu araştırma da yayın yanlılığı olup olmadığı söz konusu grafik ve testler ile incelenmiştir.

Son olarak bir meta-analizde heterojenlik bulunmuş ise, heterojenliğin kaynaklarını incelemek için moderatör olarak bilinen alt grup analizleri yapılmaktadır. Meta-analizin temel bileşeni olan alt grup analizinde, dahil edilen çalışmalar iki veya daha fazla alt gruba ayrılmakta, alt gruplar için yeniden meta-analiz gerçekleştirilmekte ve bu alt gruplarda bulunan ortak etki büyüklüklerinin birbirinden

anamlı farklılık gösterip göstermediği test edilmektedir (Cuijpers et al., 2021). Bu araştırmada alt grup analizleri meslek ve çalışmanın yapıldığı yer değişkenleri baz alınarak gerçekleştirilmiştir.

IV. BULGULAR

Tablo 1’de araştırmalara dahil edilen yayınların tanımlayıcı analizleri, Tablo 2’de ise bu çalışmaların türü, yazar adları ve kısa başlıklarına ilişkin bilgiler bulunmaktadır. Tablo 1’e göre işten ayrılma niyeti ve iş tatmini arasındaki ilişkileri belirleme yönelik 14,442 örneklem büyüklüğü olan 42 adet çalışmanın 29 tanesi tez, 13 tanesi ise makaleden oluşmaktadır. Çalışmaların çoğunluğu ulusal yayın olup, genellikle sadece hemşireler üzerinde yapılmıştır. Diğer sağlık çalışanları hekim, sağlık çalışanı, hastane çalışanı, idari personel, acil sağlık teknisyeni olup, araştırma sayısı 22 tane dir. Çalışmanın yapıldığı yerler genellikle karma hastanelerdir (devlet hastanesi, özel hastane, vakıf hastanesi veya üniversite hastanesi birlikte). Yıllar açısından değerlendirildiğinde ise, çalışmaların 33 adedinin 2011-2020 yılları arasında gerçekleştirildiği görülmektedir.

Tablo 1. Meta-analize Dahil Edilen Yayınlarla İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Yayın Türü	n	Çalışma Yeri	n
Tez	29	Devlet Hastanesi	13
Makale	13	Özel Hastane	8
Yayın Yeri		Üniversite Hastanesi	5
Ulusal	38	Karma Hastaneler	16
Uluslararası	4	Çalışma Yılı	
Örneklem		2010 ve öncesi	5
Sadece Hemşire	20	2011-2020 arası	33
Diğer Çalışan	22	2021 ve sonrası	4

Tablo 3’te çalışmada hangi modelin ele alınması gerektiğine karar vermeye yarayan heterojenlik testleri sonuçları yer almaktadır. Heterojenlik testleri incelendiğinde, Cohen Q ki kare istatistiğinin 571,818 ve p değerinin <0,001 olduğu görülmektedir. Higgins’in I^2 testi değeri ise 0,93 civarındadır. Q testi sonucunun istatistiki olarak anlamlı olması ve I^2 testinin 0,50’den büyük olması nedeniyle, araştırmada yer alan yayınların dağılımlarının homojenlikten uzaklaştığı sonucuna erişilmiştir. Böylelikle çalışmalar arası dağılımlar heterojeniteyi sağladığından dolayı, analizlerin rastgele etki modeline göre yapılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir.

Tablo 3’te ayrıca sabit ve rastgele modellerin ortalama etki büyüklüğüne ilişkin istatistikler bulunmaktadır. Çalışmamıza uygun olan rastgele etki modeli istatistiklerine bakıldığında, genel etki büyüklüğünün EB= -0,442 olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Z testi değeri -15,191’dir ve bu değerin istatistiki olarak anlamlı (p<0,001) olduğu sonucuna erişilmiştir. Rastgele etki modeline göre güven aralığı alt değeri -0,490 iken, üst limit değeri -0,392 olarak bulunmuştur.

Tablo 2. Meta-analize Dahil Edilen Yayınlarla İlişkin Bilgiler

Çalışma türü	Yazar Adı, Yılı	Kısa Başlık
Tez	Seki, 2021	Hemşirelerin iş yükünün işten ayrılma niyetine
Tez	Gürcan, 2019	Hemşirelikte meslektaş dayanışmasının iş doyumunu
Tez	Aydoğmuş, 2017	Hemşirelerin çalışma ortamlarının işten ayrılma
Tez	Cereyan, 2019	Hemşirelerin işten ayrılma niyetlerini etkileyen
Tez	Toprakçioğlu, 2019	Hemşirelerin duygusal zeka yeteneklerinin iş
Tez	Öngöre, 2015	Hizmet sektöründe çalışanların kişilik özelliklerine
Tez	İspir, 2020	Hemşirelerin güçlendirme algıları ve uygulamalar
Tez	Şeko, 2019	Yoğun bakım hemşirelerinin yaşadığı ahlaki
Tez	Yaprak, 2009	Hemşirelerin işten ayrılma niyetlerini belirleyen
Tez	Çoban, 2019	Teknolojik değişimin hastane çalışanları üzerine
Tez	Kurnaz, 2019	Çalışma ortamının hemşirelerin iş doyumunu
Tez	Kızıloğlu, 2019	İşyeri nezaketsizliğinin bilgi paylaşma tutumu
Tez	Özer, 2019	Sağlık çalışanlarının iş tatminini etkileyen
Tez	Karakoç, 2016	Hemşirelerde iş doyumunu ve işten ayrılma
Tez	Emek, 2014	Örgütsel vatandaşlık davranışlarının çalışan
Tez	Kara, 2010	Hemşirelerde stresin iş tatmini ve işten ayrılmaya
Tez	Seyhan, 2020	Sağlık çalışanlarının yaşadığı örgütsel çatışma,
Tez	Sarıkaya, 2014	Çalışanların örgütsel bağlılık ve iş tatmin
Tez	Gök, 2019	İş-aile çatışmasının öncül ve ardılları
Tez	Şimşek, 2010	Algılanan liderlik davranışının çatışma ve iş
Tez	Akarca, 2021	Psikolojik sahiplenme ve örgütsel değişime dönük
Tez	Uyungil, 2017	Pozitif psikolojik sermaye ile çalışan tutumları
Tez	Kılıç, 2013	Bireysel ve kolektif yeterlilik süreci, belirleyicileri
Tez	Bıçer, 2017	Örgütsel politika algısının iş yeri arkadaşlığına
Tez	Sulu, 2010	Örgütsel adaletsizlik-iş davranışları ilişkisinde iş
Tez	Karakulak, 2019	İş-aile ve aile-iş çatışması ile iş-aile-hayat tatmininin
Tez	Özdemir, 2021	İş yaşam dengesinin işten ayrılma niyetine
Tez	Gümüş, 2020	Birey örgüt uyumunun işten ayrılma niyetine
Makale	Karabay, 2015	Sağlık Personelinin İş Stresi, İş- Aile Çatışması Ve
Makale	Tekingündüz vd., 2015	İş tatmini, performans, iş stresi ve işten
Makale	Sökmen,2019	Etik Liderlik, Örgütsel Güven, İş Tatmini Ve İşten
Makale	Koçak ve Yücel, 2018	İş Tatmini ve İşten Ayrılma Niyeti Arasındaki İlişkide
Makale	Sökmen ve Mete, 2015	Bezdirinin iş performansı, iş tatmini ve işten
Makale	Alparslan vd., 2015	Reasons for Employee Silence Behavior
Makale	Çalışkan ve Bekmezci, 2019	Aşırı iş yükünün işten ayrılma niyetine etkisinde
Makale	Altaş ve Kuzu, 2016	Sağlık Çalışanlarında İş Tatmini ve Duygusal Bağlılığın
Makale	Anafarta, 2015	Algılanan örgütsel destek ve işten ayrılma
Makale	Bakkal vd., 2019	Toxic leadership and turnover intention:
Makale	Masum vd., 2016	Job satisfaction and intention to quit: An empirical
Makale	Kantek vd., 2017	Professional values, job satisfaction, and intent to leave
Makale	Sönmez vd., 2021	Antecedents and Outcomes of Nurses' Subjective
Makale	Gül vd., 2008	İş tatmini, stres, örgütsel bağlılık, işten ayrılma

Tablo 3. Ortalama Etki Büyüklüğü ve Heterojenlik Testi Sonuçları

Model	Etki Büyüklüğünün %95 Güven Aralığı				Nul test (Çift Yönlü)		Heterojenlik Testi			
Model	Çalışma Sayısı	Nokta tahmini (r)	Alt Sınır	Üst Sınır	Z Değeri	P	Q değeri χ^2	Ser. Der.	p	I ²
Sabit	42	-0,461	-0,473	-0,448	-60,566	0,000	571,818	41	0,000	92,830
Rastgele	42	-0,442	-0,490	-0,392	-15,191	0,000				

Tablo 4. İş Tatmini ve İşten Ayrılma Niyeti Meta-Analiz Sonuçları

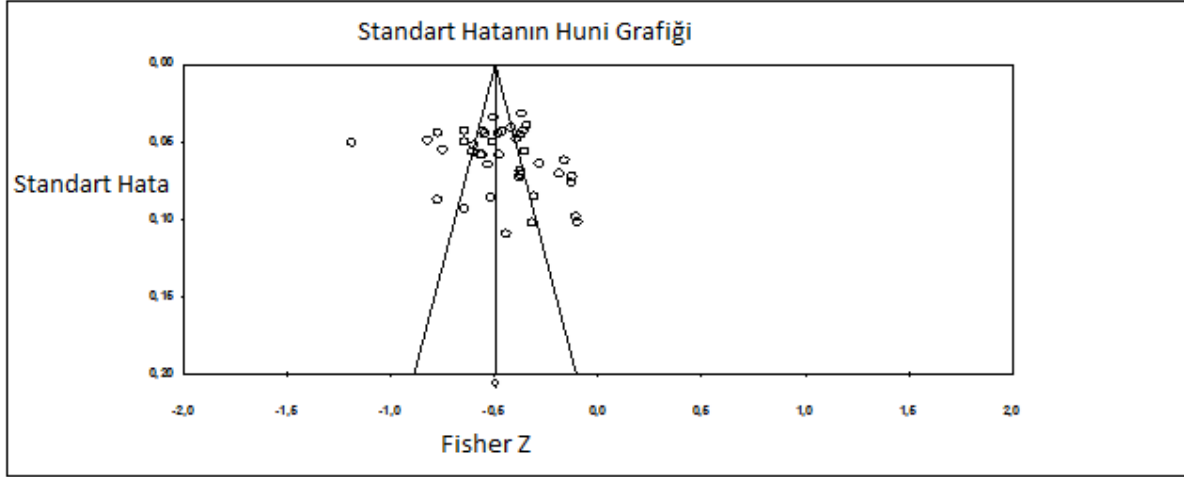
Model	Çalışma Adı	Çalışma İstatistikleri					Korelasyon ve Güven Aralığı				
		r	Alt Limit	Üst Limit	Z Değeri	P Değeri	-1,00	-0,50	0,00	0,50	1,00
	Seki, 2021	-0,540	-0,608	-0,464	-11,621	0,000					
	Gürçan,	-0,278	-0,389	-0,159	-4,478	0,000					
	Aydoğmus,	-0,434	-0,500	-0,363	-10,841	0,000					
	Cereyan,	-0,515	-0,594	-0,427	-9,815	0,000					
	Toprakciogl	-0,478	-0,597	-0,339	-6,091	0,000					
	Üngöre,	-0,570	-0,680	-0,435	-6,974	0,000					
	Ispir, 2020	-0,543	-0,616	-0,461	-10,815	0,000					
	Seko, 2019	-0,651	-0,739	-0,542	-8,927	0,000					
	Yaprak,	-0,345	-0,416	-0,269	-8,437	0,000					
	Coban,	-0,360	-0,474	-0,234	-5,330	0,000					
	Kurnaz,	-0,468	-0,518	-0,414	-14,943	0,000					
	Kiziloglu,	-0,501	-0,563	-0,433	-12,362	0,000					
	Ozer, 2019	-0,445	-0,531	-0,349	-8,245	0,000					
	Karakoc,	-0,831	-0,859	-0,798	-23,738	0,000					
	Emek, 2014	-0,364	-0,481	-0,234	-5,245	0,000					
	Kara, 2010	-0,129	-0,272	0,020	-1,701	0,089					
	Seyhan,	-0,542	-0,615	-0,460	-10,892	0,000					
	Sarikaya,	-0,301	-0,444	-0,143	-3,662	0,000					
	Gok, 2019	-0,449	-0,516	-0,377	-10,864	0,000					
	Simsek,	-0,101	-0,292	0,097	-0,998	0,318					
	Akarca,	-0,636	-0,696	-0,568	-13,692	0,000					
	Uygungil,	-0,359	-0,434	-0,280	-8,317	0,000					
	Kilic, 2013	-0,354	-0,407	-0,299	-11,724	0,000					
	Bicer, 2017	-0,650	-0,697	-0,598	-17,697	0,000					
	Sulu, 2010	-0,376	-0,453	-0,293	-8,284	0,000					
	Karakulak,	-0,507	-0,566	-0,442	-13,090	0,000					
	Özdemir,	-0,472	-0,544	-0,393	-10,291	0,000					
	Gumus,	-0,509	-0,588	-0,420	-9,675	0,000					
	Karabay,	-0,186	-0,315	-0,051	-2,681	0,007					
	Tekingundu	-0,126	-0,262	0,014	-1,760	0,078					
	Sokmen,20	-0,677	-0,726	-0,622	-16,838	0,000					
	Kocak ve	-0,341	-0,434	-0,241	-6,364	0,000					
	Sokmen ve	-0,310	-0,478	-0,120	-3,141	0,002					
	Alparslan	-0,162	-0,277	-0,042	-2,646	0,008					
	Çalışkan ve	-0,570	-0,632	-0,501	-13,031	0,000					
	Altas ve	-0,108	-0,292	0,084	-1,106	0,269					
	Anafarta,	-0,488	-0,578	-0,386	-8,298	0,000					
	Bakkal vd.,	-0,333	-0,399	-0,263	-8,860	0,000					
	Masum vd.,	-0,570	-0,624	-0,511	-15,172	0,000					
	Kantek vd.,	-0,360	-0,471	-0,238	-5,500	0,000					
	Sonmez	-0,398	-0,463	-0,329	-10,328	0,000					
	Gul vd.,	-0,418	-0,578	-0,227	-4,081	0,000					
	Randomize Etki	-0,442	-0,490	-0,392	-15,191	0,000					

Meta analizine dahil edilen 42 adet çalışmaya ait etki büyüklüğü ile ilgili bulgular Tablo 4'te yer almaktadır. Toplam örnekleme 14,452 olan çalışmaların tümünde iş tatmini ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişki negatif yönlü olarak kaydedilmiştir. Araştırmaları etki büyüklüklerine ait alt sınırlar -0,859; -0,262, üst sınırlar ise -0,798; 0,084 değerleri arasında değişmektedir. Analizde yer alan çalışmaların p değerleri incelendiğinde, dört adet çalışmanın istatistiki olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Tablo 4 incelendiğinde, Karakoç (2016)'a ait çalışma en yüksek etki

büyüklüğüne (EB=-0,831), Altaş ve Kuzu (2018)'ye ait çalışmanın ise en düşük etki büyüklüğü değerine (EB=-0,108) sahiptir.

Sağlık çalışanlarının iş tatmini ve işten ayrılma niyeti ilişkisini belirlemek için kullanılan çalışmaların meta-analiz sonuçlarının güvenilirliğini ve evreni temsiliyetini sınamak üzere gerçekleştirilen yayın yanlılığı testlerinden huni saçılım grafiği Şekil 2'de yer almaktadır. Diyagram incelendiğinde, çalışmaların orta eksen olan dikey çizgi etrafında yaklaşık olarak simetrik bir şekilde dağıldığı gözlemlenmektedir. Bu durum ise, yayın yanlılığı olmadığını göstermektedir

Şekil 2. Yayın Yanlılığı Huni Grafiği



Çalışmaların yayın yanlılığını test etmede kullanılan diğer istatistiklerden Egger'in regresyon testi ile Begg ve Mazumdar'ın sıra korelasyon testi sonuçları ise Tablo 5'tedir. Bu tabloya bakıldığında, Egger'in ve Begg ve Mazumdar'ın iki yönlü p değerleri anlamlılık sonuçlarının sırasıyla 0,277 ve 0,230 olduğu tespit edilmektedir. 0,05'ten büyük olan bu değerler ise yayın yanlılığı olmadığını işaret etmektedir. Çalışmalarda yayın yanlılığının bulunmaması, araştırma sonuçlarında yanlılık olmadığını, sonuçların güvenilir olduğunu göstermektedir (Rothstein, 2008).

Tablo 5. Yayın Yanlılığı Testleri

Egger'in Regresyon Analizi		Begg ve Mazumdar'ın Sıra Korelasyonu	
Sabit	2,219	Tau	-0,129
Standart hata	2,012	Tau'nun Z değeri	1,203
Alt Limit	-1,847	p değeri (tek yönlü)	0,114
Üst Limit	6,286	p değeri (iki yönlü)	0,23
t değeri	1,102		
sd	40		
p değeri (tek yönlü)	0,138		
p değeri (iki yönlü)	0,277		

Tablo 6'da çalışmada bulunan heterojenliğin nereden kaynaklandığını ölçmek için gerçekleştirilen ve moderatör olarak da bilinen alt grup analizleri yer almaktadır. Meslek açısından bakıldığında, örneklem türü sadece hemşirelerin olduğu araştırmaların toplam rastgele etki büyüklüğünün (EB=-0,479), diğer meslekler üzerinde yapılan çalışmalara oranla daha büyük olduğu tespit edilmiştir. Çalışılan yer açısından bakıldığında üniversite hastanelerinin yer aldığı çalışmalarda etki büyüklüğünün ortalamasının (EB= -0,569) örnekleme devlet hastanesi (EB=-0,343), özel hastane (EB=-0,460) birden fazla hastanenin bir arada olduğu karma hastanelerde (EB=-0,462) gerçekleştirilen çalışmalardan çok daha yüksek düzeyde gerçekleştiği görülmektedir. Elde edilen bu bulgular istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Yani sağlık çalışanlarında iş doyumu ve işten ayrılma

niyetinin en fazla ilişkili olduğu meslek grubu hemşireler iken, çalışılan yer açısından üniversite hastaneleridir.

Tablo 6. Alt Grup Analizleri

Alt Grup	Çalışma Sayısı	Korelasyon Katsayısı	Alt Limit	Üst Limit	p Değeri
Meslek					
Sadece Hemşire	20	-0,479	-0,544	-0,408	<0,001
Diğer Meslek	22	-0,407	-0,475	-0,333	<0,001
Çalışmanın Yeri					<0,001
Devlet	13	-0,343	-0,434	-0,244	<0,001
Özel	8	-0,460	-0,560	-0,347	<0,001
Üniversite	5	-0,569	-0,671	-0,447	<0,001
Karma	16	-0,462	-0,532	-0,385	<0,001

VI. TARTIŞMA VE SONUÇ

Dünya çapındaki pek çok sağlık sistemi, en temel sağlık sistemi girdisinden biri olan insan kaynaklarının sorunlarına odaklanmaktadır (Kabene et al., 2006). İşten ayrılma niyeti ve iş tatmini, sağlık insan kaynakları yönetiminde yer alan başlıca iki sorundur ve işten duyulan memnuniyetsizliğin işten ayrılma niyetini ciddi anlamda tetiklediği görülmektedir (Alam and Asim, 2019). Ayrıca hem maliyetleri arttırıp hem de diğer çalışanların performansını düşürdüğünden dolayı, sağlık yöneticileri ve politika yapıcılar işten ayrılma niyeti ve iş tatmini arasındaki ilişkilere daha fazla dikkat etmektedirler (Nei et al., 2015).

Bu çalışmanın amacı; meta-analitik prosedürler uygulamak suretiyle, Türkiye’de sağlık çalışanlarının iş tatminleri ile işten ayrılma niyetleri arasındaki ilişkinin genellenebilirliğini belirlemek üzere literatürden elde edilen tüm mevcut kanıtları nicel olarak sentezlemektir. Toplam örnekleme 14,452 olan 42 çalışma üzerinde gerçekleştirilen meta-analiz neticesinde elde edilen bulgulara göre, Türkiye’de sağlık çalışanları arasında iş doyumunu ve işten ayrılma niyeti arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna erişilmiştir. Bu durum işinden memnuniyeti azalan çalışanların, işten ayrılma ve diğer istihdam fırsatlarını değerlendirme olasılıklarının artması şeklinde yorumlanabilir. Ozkan vd. (2020) tarafından Amerika’da aralarında sağlık çalışanları da olan 91 çalışma ve 312,261 örneklem ile gerçekleştirilen meta-analiz neticesinde, iş tatmini ile işten ayrılma niyeti arasında negatif yönlü ($r=-0,549$) bir ilişki olduğu sonucuna erişilmiştir. Benzer şekilde Nei et al. (2015) tarafından 1971-2010 yılları arasında hemşireler üzerinde yapılmış 106 çalışmanın yer aldığı meta-analizde de, iş doyumunu işten ayrılma ilişkisinin etki büyüklüğü $-0,51$ olarak bulunmuştur.

Araştırmadan elde edilen bir diğer bulgu ise, ülkemizde sağlık çalışanlarının iş doyumunu ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkinin etki büyüklüğünün orta düzeyde olduğudur. Bu durum, sağlık çalışanlarında iş doyumunu düzeyinin, işten ayrılma niyetlerinin önemli bir belirleyicisi olduğunu ortaya koymaktadır. Choi ve Kim (2016) tarafından Kore’de 11 çalışma ve 3447 örneklem ile yapılan meta-analitik çalışmada da, hemşirelerde iş tatmini ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkinin etki büyüklüğünün ($EB=-0,47$) orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Kim ve Kim’in (2021) 2000-2020 yılları arasında hastanede çalışan 24,914 hemşirenin örneklem olarak alındığı 89 çalışma ile gerçekleştirilen meta-analizde, hemşirelerin iş doyumunu ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkinin ortak etkisinin $-0,419$ olduğu saptanmıştır. Görüldüğü üzere sağlık çalışanları ile ilgili olarak yapılan meta-analizlerde bulunan bulgular ile bu araştırmadan elde edilen sonuçlar tutarlıdır.

Araştırmada moderatör analizlerde hemşirelerde ve üniversite hastanesi çalışanlarında iş doyumunu ve işten ayrılma niyeti ilişkisinin daha yüksek düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durumun hemşirelerin iş yükü yoğunluğu, nöbet fazlalığı, yetki azlığı gibi nedenlerle oluştuğu düşünülmektedir (Gebregziabher et al., 2020). Oysaki işten ayrılmayı daha az düşünen, iş tatmini yüksek ve yetkin

hemşireleri elde tutmak, sağlık kuruluşlarının sürdürülebilir büyümesi için son derece önemlidir (Kim and Kim, 2021). Üniversite çalışanlarının ise, kamu ve özel hastanelere göre daha ileri basamak olmasının getirdiği iş yükü, işlerin çeşitliliği ve personel yetersizliği gibi nedenlerden dolayı, diğer hastanelere oranla iş doyumunu-ışten ayrılma niyetinin daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Bu meta-analiz araştırmasının bir takım sınırlaması bulunmaktadır. Çalışmanın ilk kısıtı, araştırmaya sadece ciddi hakem değerlendirmelerinden geçmiş tez ve makalelerin dahil edilip gri literatürün hariç tutulmasıdır. Ancak gri literatürü hariç tutmak, ilişkilerin olduğundan fazla tahmin edilmesine yol açabilir (Hunter and Schmidt, 2004). Çalışmanın diğer bir kısıtı, araştırmadan elde edilen bulguların sadece ülkemizde yer alan sağlık çalışanları için geçerli olup, diğer ülkeleri temsil etmemesidir. Son kısıtı ise, iş doyumunu işten ayrılma niyeti ilişkisi ile ilgili olabilecek yaş, medeni durum, eğitim gibi diğer değişkenleri ele almamasıdır.

Söz konusu kısıtlamalara rağmen, ülkemizde sağlık çalışanlarının genel olarak işten ayrılma niyetlerinin iş tatminleri ile ilişkisinin boyutunu genel bir değerlendirme ile tahmin eden hiçbir çalışma yoktur. Bu çalışma sağlık çalışanları üzerinde her iki değişken arasındaki ilişkiye dair ilk meta-analitik kanıt sağlamaktadır. Elde edilen sonuçlar, iş doyumunu ile işten ayrılma niyeti arasında negatif ve orta düzeyde bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Bunun yansısı ilişkinin meta-analizden elde edilmesi nedeniyle, çalışmanın sonucun evrene genellenebilmekte olup, ülkemizde sağlık çalışanlarının iş tatmininin işten ayrılma niyetiyle bağlantısı olduğunu söylemek mümkündür.

Bu kanıt ise, sağlık yöneticilerine nihai olarak işten ayrılma niyetini azaltmak ve sağlık hizmetleri sunumunun kalitesini iyileştirmek için, çalışanların iş doyum düzeylerini arttırıcı politikaları önleyici müdahaleler olarak uygulamalarının gerektiğine işaret etmektedir (Huang et al., 2021). Gelecekte yapılacak araştırmalar, işten ayrılma niyetini tatmin etme potansiyeline sahip diğer mekanizmaları test etmek üzerine inşa edilebilir. Ayrıca ilerideki çalışmalar için sağlık personelinin işten ayrılma niyetlerinin diğer yordayıcıları üzerindeki etki büyüklüğünü, kapsamlı bir şekilde analiz eden geniş ölçekli araştırmalar yapılması da önerilebilir.

Etik Kurul İzni: Çalışma için, etik kurul izni gerekmemektedir.

KAYNAKLAR

- Alam, A., & Asim, M. (2019). Relationship between job satisfaction and turnover intention. *International Journal of Human Resource Studies*, 9(2), 163-194.
- Alameddine, M., Saleh, S., El-Jardali, F., Dimassi, H., & Mourad, Y. (2012). The retention of health human resources in primary healthcare centers in Lebanon: a national survey. *BMC Health Services Research*, 12(1), 1-11.
- Al Halbusi, H., & Amir H:H.F. (2018). Antecedents influence turnover intention: theory extension. *Journal of Organizational Behavior Research*, 3(2), 287-304.
- Altaş, S. & Kuzu, A. (2016). Sağlık çalışanlarında iş tatmini ve duygusal bağlılığın bireysel iş performansı ve işten ayrılma eğilimi üzerindeki etkileri. *International Journal of Academic Values Studies*, (5), 23-32.
- Anafarta, N. (2015). Algılanan örgütsel destek ve işten ayrılma niyeti ilişkisi: iş tatmininin aracılık rolü. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yönetim Dergisi*, 26(79), 112-130.
- Arıcı, N., & Ekici, D. (2018). Mobbingin Hemşirelerin İş Doyumları Üzerine Etkisi: Bir Meta Analiz Çalışması. *Şiddet Ve Sosyal Travmalar*, 9, 96-117.
- Balcı, S., & Baydemir, C. (2015). Sağlık bilimlerinde meta analiz. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 9-11.
- Bax, L., Ikeda, N., Fukui, N., Yaju, Y., Tsuruta, H., & Moons, K. G. (2009). More than numbers: the power of graphs in meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 169(2), 249-255.
- Belete, A. (2018). Turnover intention influencing factors of employees: an empirical work review. *International Journal of Research in Business Studies and Management*, 5(7), 23-31.
- Bonenberger, M., Aikins, M., Akweongo, P., & Wyss, K. (2014). The effects of health worker motivation and job satisfaction on turnover intention in Ghana: a cross-sectional study. *Human Resources For Health*, 12(1), 1-12.
- Cantarelli, P., Belardinelli, P., & Belle, N. (2016). A meta-analysis of job satisfaction correlates in the public administration literature. *Review of Public Personnel Administration*, 36(2), 115-144.
- Cho, Y. I., Johnson, T. P., & VanGeest, J. B. (2013). Enhancing surveys of health care professionals: a meta-analysis of techniques to improve response. *Evaluation & The Health Professions*, 36(3), 382-407.
- Cuijpers, P., Griffin, J. W., & Furukawa, T. A. (2021). The lack of statistical power of subgroup analyses in meta-analyses: a cautionary note. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 30, 1-3.
- Çakır, Ö., & Tang, Y. (2018). Türkiye'de Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu: Bir Meta Analiz Çalışması. *Is, Guc: The Journal of Industrial Relations & Human Resources*, 20(4), 19-59.
- Davis, K., & Nestrom, J.W. (1985). *Human Behavior at work: Organizational Behavior*, 7 edition, McGraw Hill.
- Davis, J., Mengersen, K., Bennett, S., & Mazerolle, L. (2014). Viewing systematic reviews and meta-analysis in social research through different lenses. *SpringerPlus*, 3(1), 1-9.

- Dirik, D. (2019). Ulusal yazın bağlamında işten ayrılma niyetinin öncüllerine ilişkin bir meta-analiz çalışması. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(1), 131-155.
- Gebregziabher, D., Berhanie, E., Berihu, H., Belstie, A., & Teklay, G. (2020). The relationship between job satisfaction and turnover intention among nurses in Axum comprehensive and specialized hospital Tigray, Ethiopia. *BMC Nursing*, 19(1), 1-8.
- Glass G.V. (1975). Primary, secondary and meta-analysis of research. *Educational Researcher*. 15(3), 8.
- Gliner, J. A., Morgan, G. A., & Harmon, R. J. (2003). Meta-analysis: Formulation and interpretation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1376–1379.
- Gopalakrishnan, S., & Ganeshkumar, P. (2013). Systematic reviews and metaanalysis: understanding the best evidence in primary healthcare. *J Fam. Med. Prim. Care* 2, 9–14.
- Groenwold, R. H., Rovers, M. M., Lubsen, J., & van der Heijden, G. J. (2010). Subgroup effects despite homogeneous heterogeneity test results. *BMC Medical Research Methodology*, 10(1), 1-5.
- Haidich A. B. (2010). Meta-analysis in medical research. *Hippokratia*, 14(Suppl 1), 29–37.
- Halawi, A. H. (2014). Stimuli and effect of the intention to leave the organization. *European Scientific Journal*, Special Edition 1, 184-197.
- Hartung, J., Knapp, G., Sinha, B. K., & Sinha, B. K. (2008). *Statistical meta-analysis with applications* (Vol. 6). Wiley Publication.
- Huang, X., Chen, H., Gao, Y., Wu, J., Ni, Z., Wang, X., & Sun, T. (2022). Career calling as the mediator and moderator of job demands and job resources for job satisfaction in health workers: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 13, 1-16.
- Hunter, J. E., & Schmidt, F. L. (2004). *Methods of Meta-Analysis: Correcting Error and Bias in Research Findings* (2nd ed.). Thousand Oaks.
- Joseph, B., & Joseph, M. (2016). The health of the healthcare workers. *Indian Journal Of Occupational And Environmental Medicine*, 20(2), 71-72.
- Kabene, S. M., Orchard, C., Howard, J. M., Soriano, M. A., & Leduc, R. (2006). The importance of human resources management in health care: a global context. *Human Resources For Health*, 4(1), 1-17.
- Karakoç, M. (2016). *Hemşirelerde iş doyumu ve işten ayrılma niyetinin özel ve kamu sektöründe karşılaştırılması: Kadıköy ilçesindeki sağlık kurumlarında bir araştırma* Yüksek Lisans Tezi, Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kashmoola, B., Ahmad, F., & Kheng, Y. K. (2017). Review on job satisfaction, intention to leave and corporate entrepreneurial characteristics in United Arab Emirates’ Construction Firms. *International Journal of Emerging Research in Management and Technology*, 6(10), 105-115.
- Kim, H., & Kim, E. G. (2021). A meta-analysis on predictors of turnover intention of hospital nurses in South Korea (2000–2020). *Nursing Open*, 8(5), 2406-2418.
- Lee, J. (2022). Nursing home nurses' turnover intention: A systematic review. *Nursing Open*, 9(1), 22-29.

- Lin, L., & Chu, H. (2018). Quantifying publication bias in meta-analysis. *Biometrics*, 74(3), 785-794.
- Margulis, A. V., Pladevall, M., Riera-Guardia, N., Varas-Lorenzo, C., Hazell, L., Berkman, N. D., Viswanathan, M., & Perez-Gutthann, S. (2014). Quality assessment of observational studies in a drug-safety systematic review, comparison of two tools: the Newcastle-Ottawa Scale and the RTI item bank. *Clinical Epidemiology*, 6, 359–368.
- Masum, A. K., Azad, M. A., Hoque, K. E., Beh, L. S., Wanke, P., & Arslan, Ö. (2016). Job satisfaction and intention to quit: an empirical analysis of nurses in Turkey. *PeerJ*, 4, 1-23.
- McHugh M. L. (2012). Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochemia Medica*, 22(3), 276–282.
- Mikolajewicz, N., & Komarova, S. V. (2019). Meta-analytic methodology for basic research: a practical guide. *Frontiers in Physiology*, 10, 203, 1-20.
- Nassani, A. A., Alzamami, A. A., Salamah, H. A. B., & Alkhamis, N. E. (2021). Antecedents of Turnover Intentions: Health Care Staff in Saudi Arabia. *European Journal of Business and Management*, 13(8), 201-209.
- Nei, D., Snyder, L. A., & Litwiller, B. J. (2015). Promoting retention of nurses. *Health Care Management Review*, 40(3), 237-253.
- Oh, S., & Kim, H. (2019). Turnover intention and its related factors of employed doctors in Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14), 2509.
- Ozkan, A. H., Elci, M., Karabay, M. E., Kitapci, H., & Garip, C. (2020). Antecedents of Turnover Intention: A Meta-analysis Study in the United States. *E&M Economics and Management*, 23(1), 93–110.
- Patino, C. M., & Ferreira, J. C. (2018). Inclusion and exclusion criteria in research studies: definitions and why they matter. *Jornal Brasileiro de pneumologia: Publicacao Oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*, 44(2), 84.
- Rothstein, H. R. (2008). Publication bias as a threat to the validity of meta-analytic results. *Journal of Experimental Criminology*, 4(1), 61-81.
- Shelby, L. B., & Vaske, J. J. (2008). Understanding meta-analysis: A review of the methodological literature. *Leisure Sciences*, 30(2), 96-110.
- Shen, X., Jiang, H., Xu, H., Ye, J., Lv, C., Lu, Z., & Gan, Y. (2020). The global prevalence of turnover intention among general practitioners: a systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice*, 21(1), 1-10.
- Søvold, L. E., Naslund, J. A., Kousoulis, A. A., Saxena, S., Qoronfleh, M. W., Grobler, C., & Münter, L. (2021). Prioritizing the Mental Health and Well-Being of Healthcare Workers: An Urgent Global Public Health Priority. *Frontiers in Public Health*, 9, 1-12.
- Sökmen, A., & Mete, E. S. (2015). Bezdininin İş Performansı, İş Tatmini Ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkisi: Ankara'da Bir Araştırma. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(3), 271-295.
- Söyler, S. (2018). Sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları iş stresi ile iş doyumunu ilişkisinin incelenmesi: Bir meta-analiz çalışması. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(4), 190-205.
- Sterne, J. A., Sutton, A. J., Ioannidis, J. P., Terrin, N., Jones, D. R., Lau, J., ... & Higgins, J. P. (2011). Recommendations for examining and interpreting funnel plot asymmetry in meta-analyses of randomised controlled trials. *Bmj*, 343, 1-8.

- Swift, J. K., & Wampold, B. E. (2017). Inclusion and exclusion strategies for conducting meta-analyses. *Psychotherapy Research*, 28(3), 356–366.
- Tawfik, G. M., Dila, K. A. S., Mohamed, M. Y. F., Tam, D. N. H., Kien, N. D., Ahmed, A. M., & Huy, N. T. (2019). A step by step guide for conducting a systematic review and meta-analysis with simulation data. *Tropical Medicine And Health*, 47(1), 1-9.
- Tett, R. P., & Meyer, J. P. (1993). Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover: path analyses based on meta-analytic findings. *Personnel Psychology*, 46(2), 259-293.
- Tufanaru, C., Munn, Z., Stephenson, M., & Aromataris, E. (2015). Fixed or random effects meta-analysis? Common methodological issues in systematic reviews of effectiveness. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 196-207.
- Van der Heijden, B., Brown Mahoney, C., & Xu, Y. (2019). Impact of job demands and resources on nurses' burnout and occupational turnover intention towards an age-moderated mediation model for the nursing profession. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(11), 2011.
- Veroniki, A. A., Jackson, D., Viechtbauer, W., Bender, R., Bowden, J., Knapp, G., ... & Salanti, G. (2016). Methods to estimate the between-study variance and its uncertainty in meta-analysis. *Research Synthesis Methods*, 7(1), 55-79.
- Wen, T., Zhang, Y., Wang, X., & Tang, G. (2018). Factors influencing turnover intention among primary care doctors: a cross-sectional study in Chongqing, China. *Human Resources for Health*, 16(1), 1-11.
- WHO- World Health Organization. (2006). *The world health report 2006: Working together for health*. World Health Organization Publication.
- WHO-World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. World Health Organization Publication.
- Wubetie, A., Taye, B., & Girma, B. (2020). Magnitude of turnover intention and associated factors among nurses working in emergency departments of governmental hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: A cross-sectional institutional based study. *BMC Nursing*, 19(1), 1-9.
- Xiaoming, Y., Ma, B. J., Chang, C. L., & Shieh, C. J. (2014). Effects of workload on burnout and turnover intention of medical staff: A study. *Studies on Ethno-Medicine*, 8(3), 229-237.
- Yiğit, A., & Alaoğlu, M. (2021). Sağlık kurumlarında transformasyonel liderlik davranışlarının personel iş doyumuna etkisi: Bir meta analiz araştırması. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 23(1), 327-347.
- Yiğit, A., & Uğurluoğlu, D. (2020). Türkiye’de Hekime Yönelik Fiziksel ve Sözel Şiddet Düzeyinin Meta Analiz Yöntemiyle Belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 7(1), 99-111.
- Yücel, İ., & Koçak, D. (2018). İş tatmini ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkide tükenmişliğin aracılık etkisi: sağlık sektöründe bir çalışma. *Manas Journal of Social Studies*, 7(2), 297-321.
- Zaheer, S., Ginsburg, L., Wong, H. J., Thomson, K., Bain, L., & Wulffhart, Z. (2019). Turnover intention of hospital staff in Ontario, Canada: exploring the role of frontline supervisors, teamwork, and mindful organizing. *Human Resources for Health*, 17(1), 1-9.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

HURDA TIBBİ CİHAZ KAZANIM SİSTEMİ UYGULAMA ÖRNEĞİ

Hüsnü ULUÇAY *
Uğur FİDAN **

ÖZ

Son zamanlarda kamuya ait hizmet alanlarında tasarruf artırıcı faaliyetlerin uygulanması otorite kurumlarca desteklenmektedir. Sağlık tesislerinin çoğu 7 gün 24 saat esaslı kesintisiz hizmet verdiği için bu alanda yapılabilecek tasarruf faaliyetlerinin çarpan etkisi de yüksek olacaktır. Tıbbi cihazlar da sağlık tesislerinde kesintisiz hizmet sağlayan ekipmanlardır. Bu sebeple tıbbi cihazların etkin ve verimli yönetimi önem arz etmektedir. Bu çalışmada, belirli bir süreçte hurda tıbbi cihazlardan sökülen yedek parçalar ile kayda değer bir kazanım sağlanıp sağlanmayacağına ortaya konulması amaçlanmaktadır. En büyük tıbbi cihaz tedarikçisi olan kamu sağlık tesislerinde hurdaya ayrılan tıbbi cihazların kullanılabilir yedek parçalarının tekrar kullanıma sunulmasının da tasarrufu artırıcı faaliyetler arasında değerlendirilebileceği irdelenmiştir. Çalışma yaklaşık 2.000 adet tıbbi cihaz envanterine sahip bir hastanede gerçekleştirilmiştir. Hurdaya ayrılan belirli tıbbi cihazların belirli parçaları özel olarak tasarlanan bir web uygulamasına yüklenerek sanal bir depo oluşturulmuştur. Dokuz aylık süreçte sanal depoya 50 adet yedek parça kayıt edilmiş olup; bu parçalardan 15 tanesi arızalanan cihazlar için kullanılmıştır. Oluşturulan sanal depoda bulunan yedek parçalar kullanılarak 14 adet tıbbi cihaz ortalama 1,5 günde onarılmıştır. Ayrıca yedek parça temin süresi dolduğu için parça tedarik edilemediği belirtilen 1 adet elektrokardiyografi cihazı hurdaya ayrılmamış; sanal depodan temin edilen parça ile onarılmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular, hurda tıbbi cihaz kazanım sisteminin mevcut hastane bilgi yönetim sistemlerine entegrasyonu ile geliştirilerek tüm sağlık tesislerince uygulanması durumunda hizmet sunumunda verimlilik, tasarruflu tıbbi cihaz yönetimi ve diğer bazı kazanımların elde edilebileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hurda tıbbi cihaz, TGAP, Kamuda tasarruf, Hurda parça kazanım, HEK.

MAKALE HAKKINDA

*Mühendis, T.C Sağlık Bakanlığı, Kütahya İl Sağlık Müdürlüğü, Tavşanlı Doç. Dr. Mustafa Kalemli Devlet Hastanesi, Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimi, husnu.ulucay@saglik.gov.tr

<https://orcid.org/0000-0002-2204-3525>

**Doç. Dr., Afyon Kocatepe Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Biyomedikal Mühendisliği Ana Bilim Dalı, ufidan@aku.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0003-0356-017X>

Gönderim Tarihi:20.05.2022

Kabul Tarihi:21.12.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Uluçay H., Fidan U., (2023). Hurda Tıbbi Cihaz Kazanım Sistemi Uygulama Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 133-148

SCRAP MEDICAL DEVICE RECOVERY SYSTEM APPLICATION EXAMPLE

Hüsnü ULUÇAY *
Uğur FİDAN **

ABSTRACT

Recently, the implementation of savings-enhancing activities in public service areas has been supported by the authorities. Since most of the health facilities provide uninterrupted service on a 24/7 basis, the multiplier effect of the savings activities that can be made in this area will also be high. Medical devices are also equipment that provides uninterrupted service in healthcare facilities. For this reason, effective and efficient management of medical devices is important. In this study, it is aimed to reveal whether a significant gain can be achieved with spare parts dismantled from scrap medical devices in a certain period. It has been discussed that the reuse of usable spare parts of scrapped medical devices in public health facilities, which is the largest supplier of medical devices, can also be considered among the saving-enhancing activities. The study was carried out in a hospital with an inventory of approximately 2000 medical devices. A virtual repository has been created by uploading certain parts of certain medical devices that have been scrapped to a specially designed web application. During the nine-month period, 50 spare parts were registered in the virtual repository and 15 of these parts were used for failed devices. 14 medical devices were repaired in an average of 1.5 days using spare parts found in the virtual repository created. In addition, 1 electrocardiography device, which was stated to be unavailable due to the expiry of the spare part supply period, was not scrapped; It was repaired with the part obtained from the virtual repository. The findings obtained as a result of the study show that efficiency, cost-effective medical device management and some other gains in service delivery can be achieved if the scrap medical device acquisition system is developed by integrating it into existing hospital information management systems and applied by all health facilities.

Keywords: Scrap medical device, TGAP, Saving in public, Scrap recovery, HEK.

ARTICLE INFO

*Engineer, T.C. Ministry of Health, Kütahya Provincial Health Directorate, Tavşanlı Assoc. Prof. Dr. Mustafa Kalemli Public Hospital, Clinical Engineering Services Unit, husnu.ulucay@saglik.gov.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-2204-3525>

**Assoc. Prof. Dr., Afyon Kocatepe University, Institute of Science, Biomedical Engineering Department, ufidan@aku.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-0356-017X>

Received:20.05.2022

Accepted:21.12.2022

Cite This Paper:

Uluçay H., Fidan U., (2023). Hurda Tıbbi Cihaz Kazanım Sistemi Uygulama Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 133-148

I. GİRİŞ

Sağlık tesislerinde karar verici pozisyonunda görev yapan yöneticiler kaliteli hizmet beklentisini karşılayabilmenin yanında mevcut bütçeyi de verimli kullanabilmenin baskısı altında çalışmaktadır (Focke ve Stummer, 2003). Bu durum medikal teknolojiler üzerinde etkili olabilecek ve verimliliği arttırabilecek önlemler almayı gerektirmektedir (Ünsal ve Ağırbaş, 2011). Sağlık yöneticileri tıbbi teknolojilerle ilgili artan maliyetler karşısında akılcı yönetim metotları geliştirerek verilen hizmetin kalitesini yükseltebilir (Coşkun ve Çömlekçi, 2011). Bir diğer husus da bu ürünlerin ekosisteme yüklediği olumsuz etkilerdir. Özellikle elektrikli ve elektronik ekipman üretimi hızlı büyüyen alanlardan biridir. Bu gelişme, hurda elektrikli ve elektronik ekipmanların artmasına neden olmuştur. Bu hurdalar, içerdikleri zararlı element ve bileşenler nedeniyle ekosistem üzerinde hasara neden olmaktadır. Çevre sorunları göz önüne alındığında birçok ülke ve kuruluş bu atıkların yeniden kullanımını, geri dönüştürülmesini ve diğer geri kazanım biçimlerini iyileştirmek için ulusal mevzuat ve yöntemler geliştirmektedir (Cui ve Forsberg, 2003; Tanısalı vd., 2019).

Sağlık teknolojileri, sağlık sektöründe sunulan hizmet faaliyetlerinin önemli bir etkeni haline gelmiştir. Bu teknolojilerin doğru bir yönetim sürecine tabi tutulmaması sağlık harcamalarını olumsuz yönde etkilemektedir (Arık vd., 2016). Tıbbi cihaz ve parçalarının büyük bir kısmı ithal ürünlerdir. Bu doğrultuda tıbbi cihazların ortaya çıkardığı mali yükler göz önünde bulundurularak konunun daha detaylı bilimsel araştırmalar ile gündeme taşınması gerekmektedir (Mollahaliloğlu vd., 2009). T.C. Sağlık Bakanlığı'nca 2019 yılı içerisinde Tasarruf ve Gelir Artırıcı Program (TGAP) ofisi kurulmuştur. Bu ofis kamu kaynaklarının verimli kullanılmasını, harcamaların azaltılmasını ve hizmet kalitesinin artırılmasını sağlayarak kalıcı iyileştirmelerin yapılmasını hedeflemektedir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Literatürde de sağlık tesislerindeki tıbbi cihazların etkin yönetimi ile ilgili ulusal ve uluslararası çalışmalar mevcuttur. Soylular (2006), veri toplama aracı olarak anket tekniğini uygulayarak bir hastanede tıbbi cihaz yönetimi ile ilgili çalışma yapmıştır. Çalışma sonucunda hurda durumunda bazı tıbbi cihazların depoya indirilmeden ve hizmet sunmadan servislerde bekletildiği gözlemlenmiştir. Doğan (2010) tıbbi cihazların teknik yönetiminde kullanılmak üzere dijital bir uygulama tasarlamıştır. Bu uygulamada bakım prosedürleri uluslararası standartlardan türetilmiş olan standardize bir tıbbi cihaz bakım yönetim sistemi geliştirilmiştir. Uygulamaya girişi yapılan tıbbi cihaz verilerinin tedarik süreçlerinde de kullanılabilmesi ifade edilmiştir. Coşkun ve Çömlekçi (2011) biyomedikal mühendislik hizmetlerinin hastanelerdeki rolünü araştırmış olup; bu hizmetlerin milli politikalar tabanlı geliştirilerek ihraç edilebilir bir seviyeye gelinebileceğini belirtmiştir. Özgüleş ve diğerleri (2015) A1 (Eğitim Hastanesi) ve A2 (Araştırma veya Dal Hastanesi) rolüne sahip iki ayrı hastanede gerçekleştirdiği örnek olay çalışmasında tıbbi cihazların bakım, onarım ve kalibrasyon maliyetlerini karşılaştırmıştır. Çalışmada vaka analizi olarak ventilatör, elektrokoter, elektrokardiyografi, röntgen ve anestezi cihazı seçilmiştir. Çalışma sonucunda; E rolü (Entegre ilçe hastaneleri) hariç tüm rol grubundaki hastanelerde tıbbi cihaz bakım onarım atölyesi kurulmasının maliyet etkinliği açısından uygun olacağı ifade edilmiştir. Hatta A1 ve A2 rol grubundaki hastanelerde kalibrasyon laboratuvarı kurulmasının söz konusu hastanelerin maliyet- etkinlik açısından uygun olacağı belirtilmiştir. Yıldız (2017), Sağlık Teknolojileri Değerlendirme (STD) yöntemlerinin tıbbi cihazlar için uygulanabilirliğini araştırmıştır. Çalışma sonucunda; tıbbi cihazların yinelemeli süreçlerle değerlendirip sağlık sistemine adaptasyonunun kaynakların etkin dağılımı ve sağlık hizmetleri erişimine katkı sağlayacağını ifade etmiştir. Sezdi (2018), Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)'nin teknolojik gelişmelere paralel bir şekilde revize edilmesi gerektiğinden bahsetmiştir. Baktemür ve diğerleri (2018) yaklaşık 16.000 tıbbi cihaz envanterli ve 2.700 yatak kapasiteli bir hastanede Klinik Mühendislik Hizmetleri (KMH)'nin maliyet odaklı etkinliğini örnek olay çalışması ile incelemiştir. Çalışma sonucunda; tıbbi cihaz işletme giderlerinin yıllık maliyet etkinlik üst sınırı, envanterin toplam edinme değerinin %10,41' i olarak ifade edilmiştir. Yıllık KMH ve yedek parça harcamaları toplamının envanter değerine oranı ise %6,74 olarak bulunduğu KMH'nin maliyet etkinlik sınırlarında olduğu ifade edilmiştir. Bayrak (2020) biyomedikal mühendisliği lisans programı tercihlerinde yıllara göre düşüş olduğunu ifade etmiştir. Bu durumun temel sebebi olarak bu sektördeki istihdam sorunlarına işaret edilmiştir.

Fouad ve diğeri (2012), nesne yönelimli kavramsal tasarıma dayalı bir model oluşturarak bilgisayarlı bakım yönetim sistemi geliştirmiştir. Cruz ve diğeri (2014) Kolombiya’da 20 hastanede 764 tıbbi cihaza ait 590 bakım hizmetinin boylamsal bir çalışmasını gerçekleştirmiştir. Çalışma sonucunda; aynı şehirdeki tıbbi cihazlara ait stoktaki belirli onarım parçalarının mevcudiyetinin iç ve dış yönetim yapıları üzerinde olumlu bir etki oluşturduğu belirtilmiştir. World Health Organization (2017) tarafından 2010 ve 2015 yılları arasında gerçekleştirilen bir ankete göre Finlandiya ve İsrail’de her on bin kişi başına düşen biyomedikal mühendisi oranı 2,73 ve 2,42 iken; ülkemizdeki bu oranın 0,12 olduğu gözlemlenmektedir. Nirapai ve diğeri (2018), tıbbi cihaz yönetimi için dijital bir uygulama geliştirmiştir. Bu uygulamada; personel iş yoğunluğu analizi, âtıl cihazların verilerinin analiz edilmesi amacıyla depolanması, tıbbi cihazların periyodik ve arıza bakım faaliyetleri modülleri yer almıştır. Çalışma pilot olarak bir hastanede uygulanmış olup; işletme personeline memnuniyet anketi düzenlenmiştir. Uygulama 5 üzerinden 4,8 puanla işletme personelleri tarafından desteklenmiştir. Augustynek ve diğeri (2018) belirlenen bir hastanede ultrasonografi cihazlarının işletme maliyetlerini içeren bir çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışmada hastaneye ait son 5 yıllık işletme giderleri üzerinden hesaplama yapılmıştır. Çalışma sonucunda 22 adet farklı marka veya model ultrasonografi cihazı karşılaştırılarak tıbbi cihaz tedarik optimizasyonunun önemi vurgulanmıştır. Lencina ve diğeri (2018) hizmet kapasitesi benzer olan 50 ve 49 yataklı KMH birimi bulduran ve buldurmeyen iki hastaneyi kıyaslamıştır. KMH birimi buldurmeyen hastane KMH birim faaliyetlerini yürütmek üzere dış tedarik yöntemiyle hizmet satın almıştır. KMH birimi olan hastane bir biyomedikal mühendisi, bir elektronik mühendisi ve eğitilmiş altı öğrenciden oluşan (Sağlık Bakanlığı ve Üniversite İş Birliği Protokolü ile) personeller ile bu hizmetleri sağlamıştır. Çalışma sonucunda; KMH birimi olan hastanede tıbbi cihaz onarımlarının daha hızlı gerçekleştirildiği, maliyetlerin daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca bu hastanelerde tıbbi cihaz kullanıcılarına memnuniyet anketi yapılmıştır. Memnuniyet anketi sonucunda KMH birimi olan hastanenin ortalama puanı 7,25 iken diğeri ortalama puanı 4,38 olarak belirlenmiştir. Bahreini ve diğeri (2019), 14 klinik mühendisi ile görüşerek nitel gözlemlerden içerik analizi yaklaşımı ile bazı bulgular elde etmiştir. Çalışma sonucunda; tıbbi cihaz bakım yönetimini etkileyen faktörlerin maliyetlerin azaltılmasında önemli etkiye sahip olduğu ifade edilmiştir.

Tıbbi cihaz ve parçalarının çoğu ithal ürünlerdir. Bu nedenle tıbbi cihazların yedek parçalarına döviz kurlarına bağlı yüksek bedeller ödenmektedir (Mollahaliloğlu vd., 2009). Bunun yanında yedek parça bedelinin yüksek olması nedeniyle tıbbi cihazlar Hurda Enkaz Köhne (HEK)’ye ayrılarak yerine yeni tıbbi cihazlar tedarik edilmektedir (Ulucay ve Fidan, 2022). Sağlık tesislerinde HEK’e ayrılan tıbbi cihazların aktif kullanılabilir parçalarının diğeri tıbbi cihazlarda kullanılması ile ilgili bir uygulama bulunmamaktadır. Tesisler, cihazların yedek parçalarını sonraki süreçlerde kullanmayı planlasalar bile kendi yedek parça depolarına ulaşamamaktadır. Bu durum ürünün bulunamaması ve zaman kaybı gibi olumsuzlukları beraberinde getirmektedir.

1.1. Çalışmanın Amacı ve Kapsamı

Bu çalışmanın amacı, B rol grubu bir hastanede, belirli bir süreçte hurda tıbbi cihazlardan sökülen yedek parçalar ile kayda değer bir kazanım sağlanıp sağlanamayacağının ortaya konulmasıdır. Çalışmanın gerçekleştirildiği hastane envanterine 120 farklı türde yaklaşık 2.000 adet tıbbi cihaz kayıtlıdır.

II. ÇALIŞMANIN METODOLOJİSİ

2.1. Çalışmanın Evren ve Örneklemi

Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS), hastanedeki işlemlerin dijital olarak yapılmasını sağlayan ve birçok alt modülden oluşan yazılım grubuna verilen genel bir addir (Sağlık Bakanlığı, 2015). Çalışmada HBYS tıbbi cihaz arıza bildirim modülü veri tabanı ile bu çalışmada tasarlanan Hurda Cihaz Kazanım Sistemi (HUCİKS) MySQL veri tabanı çalışma evrenini oluşturmaktadır. Çalışma sonucunda; kalitatif ve kantitatif açıdan evreni temsil eden hurda cihaz parçalarından onarılan tıbbi

cihazlar örneklemdir. Çalışmanın uygulanabilmesi için Afyon Kocatepe Üniversitesi Fen ve Mühendislik Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan 14.02.2022 tarihli ve 2022/03 sayılı karar ile gerekli etik kurul onayı alınmıştır. Ayrıca çalışmanın uygulandığı hastane ve bağlı olduğu ilgili İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır.

2.2. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Malzeme Kaynak Yönetim Sistemi (MKYS) Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm kurumların malzeme takibinin yapıldığı ana modüldür (Sağlık Bakanlığı, 2022). Hastanelerde farklı firmaların ürünü olan HBYS yazılım grupları kullanılsa da tüm HBYS ürünlerinin MKYS ile entegrasyonu bulunmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2015). Kullanıcı personeller HBYS' den arızalı cihazı seçerek arıza bildirimini yapar, yapılan arıza KMH birimi ara yüzüne düşer, KMH personeli arızaya müdahale ederek işlemi sonuçlandırır. Bu süreci ifade etmek için düzenlenen arıza bildirim süreç akış diyagramı Şekil 1' de gösterilmiştir. Bu çalışmada, HBYS tıbbi cihaz arıza bildirim modülü veri tabanından alınan veriler kalitatif ve kantitatif olarak analiz edilmiştir.

Şekil 1. HBYS Tıbbi Cihaz Arıza Bildirim Süreç Akış Diyagramı



2.3. Çalışmanın Analiz Yöntemi ve Uygulanması

Bu çalışmada, HBYS tıbbi cihaz arıza bildirim modülü veri tabanından alınan veriler kalitatif ve kantitatif olarak analiz edilmiştir. Ayrıca HBYS tıbbi cihaz arıza bildirim modülü veri tabanından alınan veriler ile çalışmada tasarlanan HUCİKS MySQL veri tabanı verileri kıyaslanarak çalışmanın etkinliği gözlemlenmiştir. Uygulamanın gerçekleştirildiği çalışmalar aşağıda detaylandırılmıştır.

2.3.1. Çalışma Kapsamında Belirlenen Tıbbi Cihaz Türleri ve Yedek Parçalar

Tıbbi cihazlar; hasta, çalışan ve çevre güvenliği için risk oluşturması, kronik arıza, işletme maliyetlerindeki beklenmedik artışlar gibi sebeplerden HEK' e ayrılır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Kamuya bağlı sağlık tesislerinde 2014-2021 yılları arası HEK' e ayrılan tıbbi cihazların ve bazı türlerinin sayıları Tablo 1' de gösterilmiştir. Tablodaki veriler, çalışma kapsamında etik kurul izni ile Sağlık Bakanlığı şifreli erişim kaynaklarından temin edilmiştir. Bu çalışmada kullanılacak tıbbi cihaz türleri aşağıda belirtilen ölçütler dikkate alınarak Tablo 2'deki gibi belirlenmiştir.

- Son yıllardaki tıbbi cihaz türleri arasındaki oranlarının fazla olması (Tablo 1' de ki verilerden)
- Kolay uygulanabilir olması (parçalanması ve depolanması açısından)

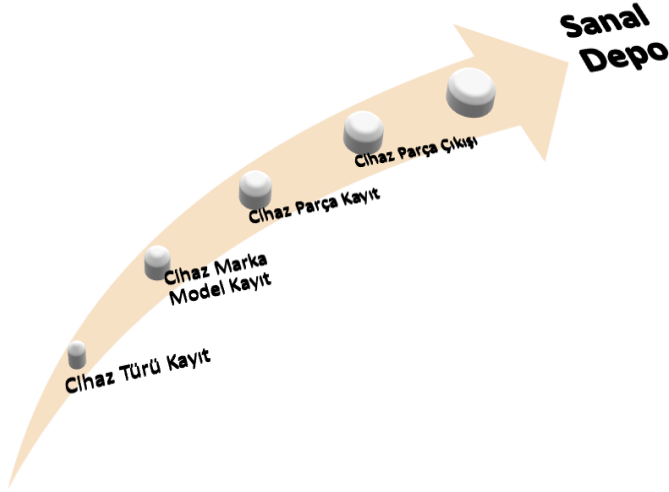
2.3.2. Kalibrasyon

Belirlenmiş koşullarda, bir ölçü aletinin veya ölçeğin ifade ettiği değerler ile o sistemi ölçen referans değerleri bilinen cihaz ölçümlerinin kıyaslanması kalibrasyon olarak tanımlanır. Kalibrasyon bir ölçme aletinin veya düzeneğin ayarlarının yapılması işi değildir (Sağlık Bakanlığı, 2016). Bu çalışmada onarılan cihazların kalibrasyonu kurum envanterinde yer alan Rigel Unisim hasta kalibratör cihazı ile yapılmıştır. Ayrıca bu cihazların yıllık kalibrasyon sertifikaları da kurumda muhafaza edilmektedir.

2.3.3. Web Uygulaması ve Süreç Akış Diyagramı

Tesislerde HEK'e ayrılacak tıbbi cihazlar mevcut envantere kayıtlı tıbbi cihazlardır. Bu sebeple çalışmanın uygulanacağı sağlık tesisinde kullanılmakta olan tıbbi cihazların marka ve modelleri MKYS dayanlı taşınır envanter yönetimi modülünden HUCİKS'e tanımlanmıştır. HUCİKS'e ait süreç akış diyagramı Şekil 2'de gösterilmiştir.

Şekil 2. HUCİKS Süreç Akış Diyagramı



2.3.4. Sistem Mimarisi

Şekil 3'te HUCİKS sistem mimarisi verilmiştir. HUCİKS uygulamasının geliştirilmesinde php programlama dili kullanılmıştır. Veri tabanı yönetim sistemi olarak MySQL kullanılmıştır. HUCİKS'e kullanıcılar bilgisayar, laptop, tablet veya mobil cihazlardan internete bağlı donanımlar üzerinden ulaşabilmektedir.

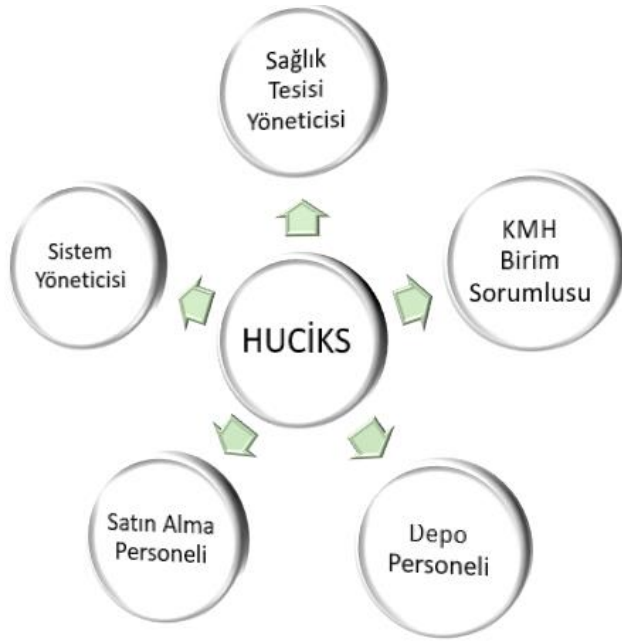
Şekil 3. HUCİKS Süreç Akış Diyagramı



2.3.5. HUCİKS Kullanıcı Düzeyinde Dizayn

Uygulamaya giriş yetkisi verilen personellerin yetki grupları (Şekil 4) farklıdır. Sistem yöneticisi, sistemin çekirdek değişikliklerini yapabilmektedir. Sağlık kurumu idarecisi, satın alma birimi personeli ve biyomedikal dayanıklı taşınır depo personeli ise sanal deponun mevcut durumunu ve çıkışı yapılan parçaları görüntüleyebilmektedir. İdari kısımdaki personeller, yedek parça için ihale süreçleri başlatılmadan önce bu parçaların uygulamaya ait sanal depodaki stok durumunun kontrolünü yapabilmektedir. Böylece kurum, parçayı bedel ödeyerek temin etmeden önce kendi imkânlarıyla sağlayıp sağlayamayacağını kontrolünü gerçekleştirebilmektedir.

Şekil 4. HUCİKS Kullanıcı Diyagramı

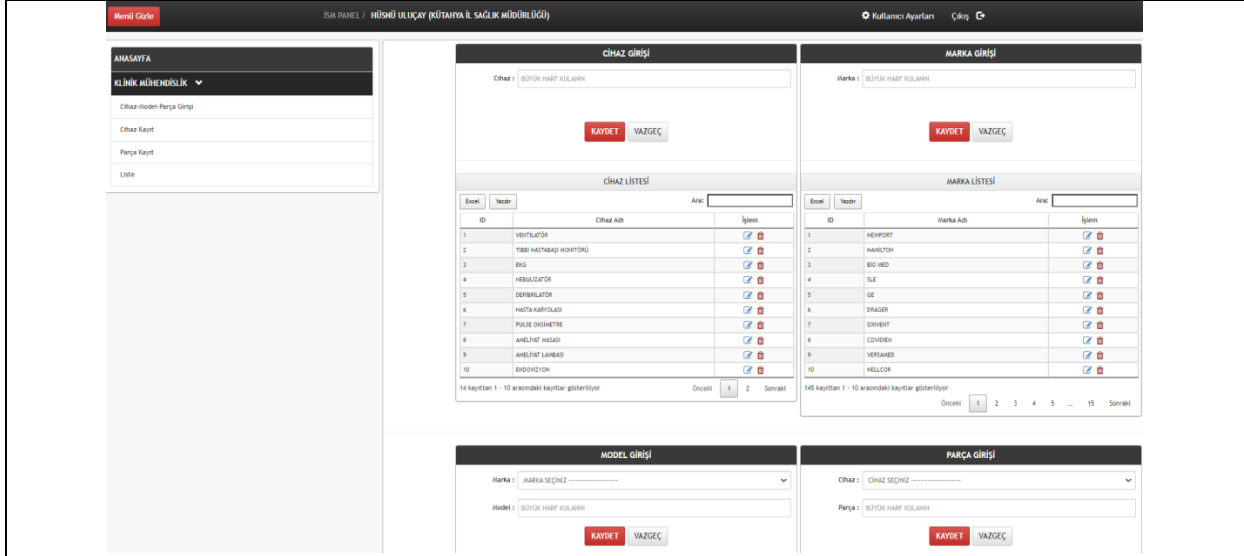


Uygulama kapsamındaki tıbbi cihaz, HEK sürecini tamamladığında belirlenen parçaları sökülerek HUCİKS'e girişi yapılır. HUCİKS'e sağlık tesisi envanterine kayıtlı tüm tıbbi cihazların marka ve modelleri tanımlanmıştır. Böylece parça girişi yapan personel marka ve modeller içerisinde cihazın marka ve modelini seçerek giriş yapabilmektedir. Tesis envanterine sonradan eklenen tıbbi cihazların türü, markası ve modeli de sisteme kayıt edilebilmektedir. HUCİKS giriş sekmesi ara yüzü, ana sayfa ara yüzü ve sonradan eklenen cihaz türü, marka ve modeli için geliştirilen ara yüz görüntüleri Şekil 5'te gösterilmiştir. Cihazların marka ve modelleriyle birlikte sisteme kaydedilmesi işlemi sadece sistem yöneticisi tarafından gerçekleştirilebilmektedir.

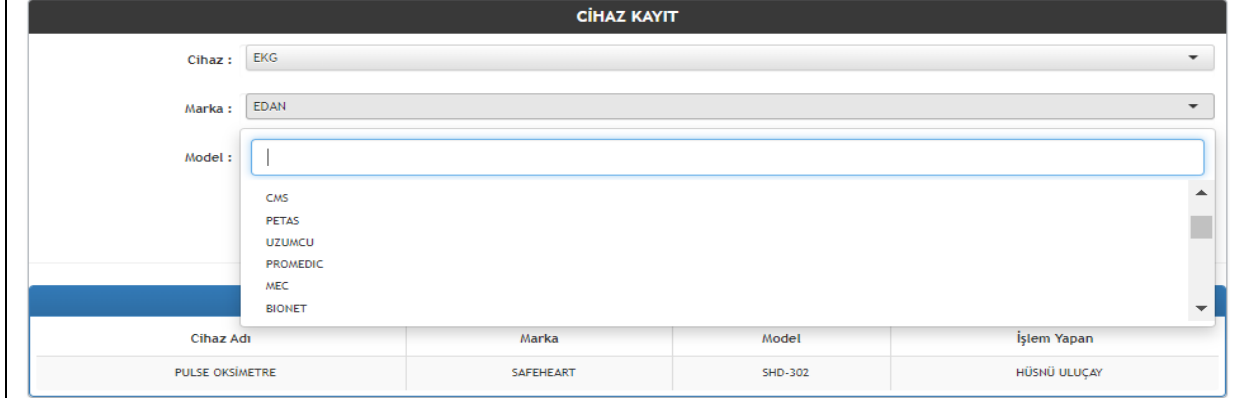
Şekil 5. HUCİKS Giriş Sekmesi, Ana Sayfa ve Cihaz Kayıt Ekranı



a) HUCİKS giriş sekmesi ekranı

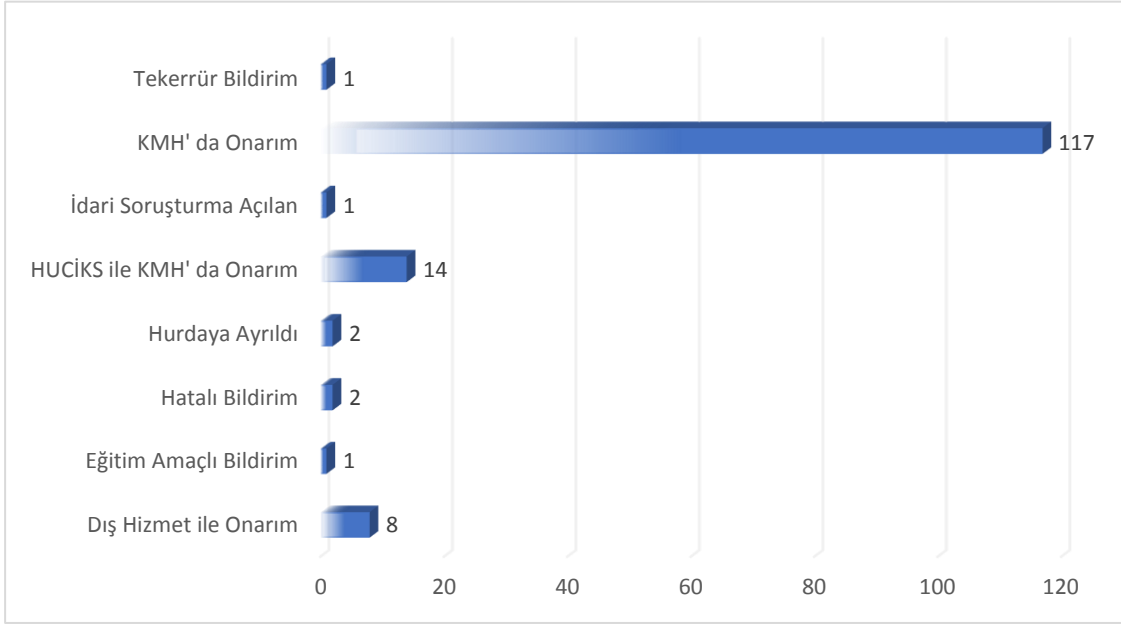


b) HUCİKS ana sayfa ekranı

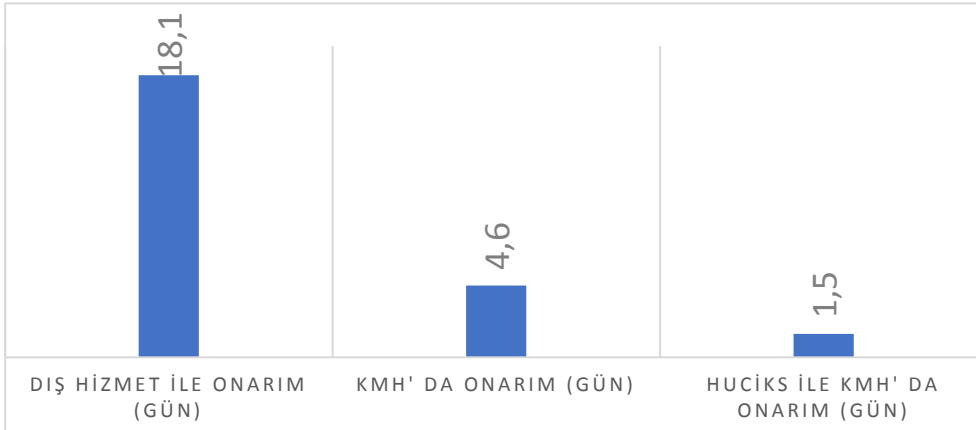


c) HUCİKS cihaz kayıt ara yüzü

HEK'e ayrılan cihazların yedek parçalarının kayıt edildiği uygulama ara yüz ekran görüntüsü Şekil 6a'da görülmektedir. Parça kayıt işlemi sistem yöneticisi ve KMH birim sorumlusunca gerçekleştirilebilmektedir. Sanal depoda yer alan parça kullanıldığında depodan düşülmektedir. Sanal depodan çıkışı yapılacak yedek parçaların görüntülediği ara yüz ekran görüntüsü Şekil 6bde görülmektedir. Böylece; HEK'e ayrılmış tıbbi cihazların kullanılacak parçaları belirlenerek HUCİKS'e yüklenmiştir. Sonuç olarak; çalışmanın uygulandığı hastanede HEK cihaz yedek parçalarının kazanımı için fiziki ve sanal depo oluşturulmuştur. HUCİKS'te sanal deponun bir kısmının görüntülediği ara yüz Şekil 6c'de gösterilmiştir.

Şekil 7. Sonuç Durumunun Arıza Bildirim Sayıları ile İlişkisi

Şekil 8'de arıza bildirimleri yapılan tıbbi cihazların pasifte kalma sürelerine ait oranlar verilmiştir. Dış hizmet yolu ile onarımı gerçekleştirilen tıbbi cihazların pasifte kalma süresinin ortalama 18,1 gün, KMH birimince onarılan tıbbi cihazların pasifte kalma süresinin ortalama 4,6 gün, HUCİKS uygulamasından tedarik edilen parçalar ile onarılan tıbbi cihazların pasifte kalma süresinin ise ortalama 1,5 gün olduğu analiz edilmiştir.

Şekil 8. Sonuç Durumu ve Pasifte Kalma Süreleri Karşılaştırması

HUCİKS ile onarılan cihazların 3 tanesi elektrokardiyografi, 3 tanesi pulseoksimetre, 3 tanesi sıcaklık ölçüm cihazı, 2 tanesi tıbbi monitör, 2 tanesi tansiyon cihazı, 1 tanesi de operasyonel aydınlatma lambasıdır. HUCİKS ile onarılan tıbbi cihazlar HBYS tıbbi cihaz arıza bildirim modülünden filtrelenerek Şekil 9'da gösterilmiştir.

Özetle, HBYS tıbbi cihaz arıza bildirim modülünden elde edilen veriler doğrultusunda dokuz aylık süreçte HUCİKS uygulamasının kullanımı ile aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

- a. 14 adet tıbbi cihazın onarımı bu uygulamada kullanılan yedek parçalar ile bedelsiz gerçekleştirilmiştir.
- b. HUCİKS' in katkısı ile onarılan tıbbi cihazların ortalama 1,5 gün pasifte kaldığı görülmüştür.
- c. Yedek parça tedariki yapılamayan 1 adet elektrokardiyografi cihazı HUCİKS'ten sağlanan parça ile onarılmıştır.
- d. Arıza detayları incelendiğinde HUCİKS'e kaydedilen yedek parçalar haricinde hurda cihazlardan ayrıştırılan sibop, manşon gibi malzemelerin de onarım sürecinde kullanıldığı gözlemlenmiştir.

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Tüm kamu hastanelerinde yaklaşık 1.400.000 adet tıbbi cihaz bulunmaktadır. Bu çalışma ise yaklaşık 2.000 adet tıbbi cihaz envanterli bir hastanede uygulanabildiği için hurda cihazlardan elde edilen yedek parça havuzu da bu kapasitede olmuştur. Ayrıca hastane sanal depoya ayırdığı yedek parçaları sadece kendi bünyesinde kullanabilmiştir. HUCİKS uygulamasını birbirine entegre daha çok tesis kullanabildiğinde çalışmadan elde edilen bulgular artacaktır. Özellikle yedek parçalardan elde edilen tasarruf ile maliyet analizleri gerçekleştirilebilecektir. Mevcut çalışmada, çalışmanın yapıldığı evren doğrultusunda aşağıdaki kazanımların sağlanabileceği gözlemlenmiştir.

Çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda hurda cihazlardan elde edilen yedek parçaların geri kazanımı ile aşağıdaki kazanımların elde edildiği gözlemlenmiştir:

- a. Depolanan parçalar ile pasif durumdaki cihazların aktif hale getirilebileceği.
- b. Parçalardan kaynaklı tıbbi cihaz arızalarında hizmetin aksatılmadan yürütülebileceği.
- c. Parça bedellerinden tasarruf sağlanabileceği.
- d. Teknik personelin tıbbi cihazları sökerek deneyim kazanabileceği.
- e. İthal ürünlerde paranın ülke içerisinde kalabileceği.

Literatür incelemesi yapıldığında hurda tıbbi cihaz parçalarının geri kazanımı konusunda ulusal veya uluslararası pek çok çalışma olmasa da tıbbi cihazların etkin işletilmesi ile ilgili çalışmalar mevcuttur. Soylular (2006) çalışmasını gerçekleştirdiği hastanenin bazı birimlerinde HEK durumunda cihazların atıl vaziyette bulunduğunu ifade etmektedir. Bu çalışmadaki gibi bir uygulamanın gerçekleştirilmesi durumunda bu gibi cihaz parçalarından sisteme entegre tüm tesisler faydalanabilecektir. Doğan (2010) çalışmada tıbbi cihaz bakım onarım dijital uygulaması tasarlamıştır. Ayrıca Nirapai ve diğerleri (2018), personel iş yoğunluğu analizi, cihazların periyodik ve arıza bakım faaliyetleri gibi modüller içeren bir dijital uygulama tasarlamış olup; işletme personellerince bu uygulamaların tercih edildiği sonucuna varmıştır. Bu tür dijital uygulamalar kurumsal zekayı geliştireceğinden bu çalışmadaki HUCİKS modülünün benzeri dijital sistemlere entegre edilmesi ile kurumun veri havuzu artacaktır. Bu veriler özellikle tıbbi cihaz tedariki gibi önemli tıbbi cihaz yönetimi süreçlerinde faydalı olacaktır. Coşkun ve Çömlekçi (2011), KMH birimlerinin milli politikalar tabanlı geliştirilerek ihraç edilebilir seviyeye gelinebileceğinden bahsetmiştir. Bu çalışmada da ithal parça tedariki minimize edilerek paranın ülkede kalması amaçlanmaktadır. Fouad ve diğerleri (2012) yapmış oldukları çalışma ile aynı şehirdeki tıbbi cihazlara ait stoktaki belirli onarım parçalarının mevcudiyetinin yönetim yapılarında olumlu bir etki oluşturduğunu ifade etmiştir. HUCİKS sanal deposunda tıbbi cihaz yedek parçaları depolandığından Fouad ve diğerlerinin yapmış olduğu çalışma sonuçlarından faydalanılabilecektir. Özgüleş ve diğerleri (2015) E rol grubu haricindeki sağlık tesislerinde bakım onarım atölyelerinin kurulmasının maliyet açısından etkin olacağını ifade etmiştir. Baktemür ve diğerleri (2018) da çalışmalarında KMH birimlerinin maliyet etkin olduklarını ifade etmiştir. Ayrıca Lencina ve diğerleri

(2018) de KMH birimine sahip ve dış tedarik ile bu hizmetleri alan iki hastaneyi kıyaslamış olup; KMH birimi olan hastanenin hem hizmet kalitesi hem de maliyet etkinliği açısından daha verimli olduğu sonucuna varmıştır. Çalışmamızda da tıbbi cihaz yedek parçalarının sökölüp takılması, hurda deposu kurulması gibi faaliyetlerle sağlık tesislerindeki KMH birimlerinin önemi ifade edilmiştir. Yıldız (2017), sağlık teknolojilerinde kaynakların etkin dağılımının hizmet kalitesini önemli ölçüde etkileyeceğini ifade etmiştir. Çalışmamızdan elde edilen bulgularda da arızalı cihazların HUCİKS ile ortalama 1,5 günde onarılması hizmet kalitesinin bu uygulama ile artırılabilirliğini ispatlamaktadır. Çalışmamızdaki gibi bir uygulamanın tüm kamu sağlık tesislerinde uygulandığı varsayıldığında; hurda cihazların belirlenerek parçalarının sökölmesi, sisteme kaydı, fiziki depo oluşturulması, malzeme giriş çıkışlarının takibi gibi işler KMH birimi personellerince gerçekleştirilebilecektir. Bu da biyomedikal mühendisleri için yeni iş imkanları oluşturabilecektir.

Literatürdeki çalışmalar ile Hurda Tıbbi Cihaz Kazanım Sistemi Uygulama Örneği olarak geliştirilen çalışmanın birbirleriyle uyumlu olduğu gözlemlenmektedir. HUCİKS uygulaması veya benzer dijital uygulamalar kamuda pek çok alanda (bilgisayar, laptop, tablet, televizyon vb. ayniyat demirbaş cihazlar, jeneratör, kesintisiz güç kaynağı vb. sabit tesis malzemesi) da kullanılabilir. Kamu binalarında bu tür uygulamalar için ayrıca depo ve birimlerin kurulmasının TGAP faaliyetleri açısından önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular, uygulanan sistemin mevcut hastane bilgi yönetim sistemlerine entegrasyonu ile geliştirilerek tüm sağlık tesislerince uygulanması durumunda hizmet sunumunda verimlilik, tasarruflu tıbbi cihaz yönetimi ve eğitim – tecrübe gibi diğer bazı kazanımların da elde edilebileceğini göstermektedir. Sonuç olarak kurumsal zekâyı dijital uygulamalar ile geliştirerek kalıcı bir tasarruf sağlayacağı sistemin gerçekleştirilebileceği değerlendirilmektedir.

Etik Kurul İzni: Çalışmanın uygulanabilmesi için Afyon Kocatepe Üniversitesi Fen ve Mühendislik Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan 14.02.2022 tarihli ve 2022/03 sayılı karar ile gerekli etik kurul onayı alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Arık, Ö., İleri, Y., Y., & Kaya, B. (2016). Sağlık hizmetlerinde tıbbi cihaz sektörü. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2), 187-202.
- Augustynek, M., Larys, D., Kubicek, J., Maresova, P., & Kuca, K. (2018). Use effectiveness of medical devices: A case study on the deployment of ultrasonographic devices. *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*, 52, 499-506.
- Bahreini, R., Doshmangir, L., & İmani, A. (2019). Influential factors on medical equipment maintenance management. *Journal of Quality in Maintenance Engineering*, 25, 128-143.
- Baktemür, G., Muzoğlu, N., Arıcı, M., A., & Karaaslan, M. K. (2018). Medikal cihaz teknolojilerinin maliyet etkili yönetimi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5, 184-191.
- Bayrak, T. (2020). Biyomedikal mühendislerinin tıbbi cihaz süreçlerindeki yeri ve önemi. *Natural & Applied Sciences Journal Volume: Special Issue: 2nd International Congress of Updates in Biomedical Engineering*, 15, 132-138.
- Coşkun, Ö., & Çömlekçi, S. (2011). Biyomedikal mühendislik hizmetlerinin hastanelerdeki rolü. *SDU Teknik Bilimler Dergisi*, 1(1), 23-28.
- Cruz, M., A., Rincon, R., A., & Haugan, G. L. (2014). Outsourcing versus in-house maintenance of medical devices: A longitudinal, empirical study. *Rev Panam Salud Publica*, 35, 193-199.

- Cui, J., & Forsberg, E. (2003). Mechanical recycling of waste electric and electronic equipment: A review. *Journal of Hazardous Materials*, 99(3), 243-263.
- Doğan, Ü. B. (2010). *MEDEMAS- Medical Device Maintenance Management System via Remote Access* [Yüksek Lisans Tezi]. Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul.
- Focke, A., & Stummer, C. (2003). Strategic technology planning in hospital management. *Or Spectrum*, 25(2), 161- 182.
- Fouad, R., H., Rawashdeh, M., Al-Bashir, A., & Al-Sharif, B. (2012) Designing a computerized maintenance management system for medical devices in royal medical devices in royal medical services. *International Journal of Recent Research and Applied Studies*, 10, 115-118.
- Lencina, M., H., Ponce, S., D., Rubio, D., Padulo, B., & Schuemer, G. A. (2018). Hospitals with and without clinical engineering department: comparative analysis. *World Congress on Medical Physics and Biomedical Engineering*, Prague.
- Mollahaliloğlu, S., Arı, H., O., Öncül, H., G., & Gürsöz, H. (2009). Türk sağlık sektöründe tıbbi cihazların sayısal durumu, bölgesel dağılımı ve OECD ülkeleri ile karşılaştırmalar. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 12(1), 70-81.
- Nirapai, A., Wongkamhang, A., Sangworasil, M., Saosuwan, R., Yotthuan, P., & Chaikot, P. (2018). Computerized medical device management system. *The 2018 Technology Innovation Management and Engineering Science International Conference*, Mueang Pathum Thani.
- Özgüleş, B., Aksay, K., & Orhan, F. (2015). Teknoloji yönetimi açısından biyomedikal cihazların bakım ve onarım faaliyetlerine yönelik bir değerlendirme. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2, 133-139.
- Sağlık Bakanlığı (2015). *Dijital hastane*.
- Sağlık Bakanlığı (2018). *Biyomedikal dayanıklı taşınırınların H.E.K' e ayrılmasına yönelik talimat*.
- Sağlık Bakanlığı (2022).

- Sezdi, M. (2018). Sağlıkta kalite standartları kapsamında tıbbi cihaz yönetimi revizyon çalışması. *Tıp Teknolojileri Kongresi*. Gazi Magosa.
- Soylular, B. (2006). *Hastanelerde biyomedikal klinik mühendislik hizmetlerinin tıbbi cihaz kullanıcıları ve yöneticiler bazında değerlendirilmesi ve DEÜ Hastanesi Uygulaması* [Yüksek Lisans Tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Tanısalı, E., Özer, M., & Burat, F. (2019). Baskı devre kartlarındaki değerli metallerin cevher zenginleştirme yöntemleri ile kazanımı. *Bilimsel Madencilik Dergisi*, 58(4), 245-255.
- Ulucay, H., & Fidan, U. (2022). Sağlık tesislerinde tıbbi cihazların etkin yönetimi için bir model önerisi. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Bilişim Dergisi*, 3(2), 1-13.
- Ünsal, E., & Ağırbaş, İ. (2011). Tıbbi cihaz yatırım kararlarının analitik hiyerarşi yönetimi ile değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 64(1), 6-12.
- World Health Organization. (2017). *Human resources for medical devices, the role of biomedical engineers*. World Health Organization, Geneva.
- Yıldız, T. (2017). Tıbbi cihazlarda sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi. *Sosyal Güvençe Dergisi*, 13, 116-146.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

SAĞLIK ALANINDA FAALİYET GÖSTEREN İŞLETMELERİN KONSOLİDE FİNANSAL TABLO ANALİZİ

Yunus Emre KARATAŞ*
Songül ÇINAROĞLU**

ÖZ

Bu çalışmada konsolide bilanço ile konsolide gelir tablosu düzenleyen ve sağlık alanında (hastane) faaliyet gösteren şirketlerin finansal tablo analizleri yöntemi ile incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışma kapsamında Kamuyu Aydınlatma Platformu (KAP) 'ndan elde edilen Lokman Hekim Engürüsağ A.Ş (Lokman Hekim) ve MLP Sağlık Hizmetleri A.Ş. ve Bağlı Ortaklıkları (MLP) isimli iki farklı sağlık alanında faaliyet gösteren şirketin 2017-2021 yılları aralığındaki faaliyet raporları derlenerek finansal tabloları oluşturulmuştur. Finansal tablo analiz tekniklerinden oran (rasyo) ve trend (eğilim yüzdeleri) analizleri kullanılmıştır. Her bir sağlık şirketinin yıllara göre finansal yaşam indeksleri (financial viability index) hesaplanarak kârlılık oranları ile arasındaki ilişki Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Elde edilen bulgular finansal yaşam indeksi ile brüt kâr marjı oranı arasında güçlü ve negatif yönlü ($r_s = -0,72$; $p < 0,05$), faaliyet kâr marjı oranı ile finansal yaşam indeksi arasında çok güçlü ve negatif yönlü ($r_s = -0,81$; $p < 0,01$), net kâr marjı oranı ile finansal yaşam indeksi arasında güçlü ve negatif yönlü ($r_s = -0,79$; $p < 0,01$) ve öz kaynak kârlılığı oranı ile finansal yaşam indeksi arasında çok güçlü negatif yönlü ($r_s = -0,93$; $p < 0,01$) ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Evrensel muhasebe standartlarına uygun hazırlanmış konsolide finansal tablolar üzerinde finansal analiz tekniklerinin uygulanması grup şirketlerinin bir bütün olarak finansal kapasitesi hakkında geniş bilgiler vermektedir. Finansal oranlara alternatif olarak sunulan finansal yaşam indeksi şirketlerin finansal performansı hakkında yatırımcılara özet ve geçerli bilgiler sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Konsolide finansal tablo, finansal tablo analizi, finansal yaşam indeksi.

MAKALE HAKKINDA

* Doktora Öğrencisi, Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, yekaratas@ankara.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0001-6488-1685>

** Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, cinaroglus@hacettepe.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0001-5699-8402>

Gönderim Tarihi: 05.07.2022

Kabul Tarihi: 20.12.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Karataş, Y. E., & Çınaroğlu, S. (2023). Sağlık alanında faaliyet gösteren işletmelerin konsolide finansal tablo analizi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 149-174

CONSOLIDATED FINANCIAL STATEMENT ANALYSIS OF ENTERPRISES OPERATING IN THE FIELD OF HEALTH CARE

Yunus Emre KARATAŞ*
Songül ÇINAROĞLU**


ABSTRACT

In this study, it is aimed to examine the companies that prepare consolidated balance sheets and consolidated income statements and operate in the field of health (hospital) by using the financial statement analysis method. Within the scope of the study, the annual reports of two different health companies, namely Lokman Hekim Engürüisağ A.Ş (Lokman Hekim) and MLP Sağlık Hizmetleri A.Ş and its Subsidiaries (MLP), obtained from the Public Disclosure Platform (KAP) for the period 2017-2021, compiling, and their financial statements were created. Ratio-analysis and trend (trend percentages) analyses from financial statement analysis techniques were used. The financial viability indexes of each health company by years were calculated, and the relationship between profitability ratios and the Spearman correlation coefficient was examined. The findings showed strong and negative ($r_s = -0.72$; $p < 0.05$) correlation between the financial viability index and the gross profit margin ratio; very strong and negative correlation ($r_s = -0.81$; $p < 0.01$) between the operating profit margin ratio and financial viability index; the strong and negative correlation between net profit margin ratio and financial viability index ($r_s = -0.79$; $p < 0.01$); and a very strong negative correlation ($r_s = -0.93$; $p < 0.01$) between return on equity ratio and financial viability index. The use of financial analysis techniques on consolidated financial statements prepared in accordance with universal accounting standards provides extensive information about the financial capacity of the group companies as a whole. The financial viability index, which is presented as an alternative to financial ratios, provides the reader with a convenient summary and valid information about the financial viability power of companies.

Keywords: Consolidated financial statement, financial statement analysis, financial viability index.

ARTICLE INFO

*Ph.D. Student in Health Care Management Department, Hacettepe University Faculty of Economics and Administrative Sciences (FEAS), Department of Health Care Management, yekaratas@ankara.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-6488-1685>

**Assistant Professor of Health Care Management, Hacettepe University, Faculty of Economics and Administrative Sciences (FEAS), Department of Health Care Management, cinaroglu@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-5699-8402>

Received: 05.07.2022

Accepted: 20.12.2022

Cite This Paper:

Karataş, Y. E., & Çınaroğlu, S. (2023). Sağlık alanında faaliyet gösteren işletmelerin konsolide finansal tablo analizi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 149-174

I. GİRİŞ

Konsolide mali tabloların amacı şirketler topluluğunu tek bir ortaklık gibi göstererek topluluğun mali durumu ve faaliyet topluluğu hakkında gerçek, doğru ve özet bilgiler sunmaktır. Bu sayede topluluğa dahil ortakların ayrı ayrı tablolarının yanında şirketler topluluğunun varlığı, borçları, sermaye, gelir ve giderleri konsolide mali tablolardan sunulacaktır (Kholmurodov, 2022). Konsolide mali tablolar şirket hakkında bilgi sunmak amacıyla hazırlanmaktadır. Konsolide mali tablolardan bilgi edinenler şirket içinden olabileceği gibi şirket dışından da olabilir (Cîrstea, 2014). Konsolide mali tablolar ile asıl ilgilenenler şirketin yönetimi ve ortaklarıdır. Yönetim, topluluğun kaynaklarının tamamını kontrol eder. Bağlı şirketlerin gelir ve giderleri ana şirketin net gelirini etkileyeceği için ortaklar açısından önemlidir. Ayrıca bu tablolar, ana şirketin borç ödeme kabiliyetindeki artış ve azalışları da göstereceği için alacaklılar için oldukça önemlidir (Aslan, 2014).

Konsolide mali tablolarla ortaya konmak istenen ana şirket ve bağlı ortaklıkların tek bir firma ve onun şubeleri olarak değerlendirilmesi durumunda, finansal pozisyonlarını ve faaliyetlerinin sonuçlarını okuyuculara en doğru biçimde yansıtmaktır. Konsolide mali tabloların hazırlanmasında kullanılan en basit teknik, konsolide edilecek mali tabloların ilişkili kuruluşlarla yapılan tüm işlemlerin elimine edilmesinden sonra toplanarak birleştirilmesidir (Terzi, 2013). Konsolide mali tablolar ana şirket ve bağlı şirketlerden meydana gelen holding topluluğu için söz konusudur. Holding şirket, bağlı şirketi bizzat kendisi kurabilir ya da sonradan edinebilir. Konsolide mali tablolar denildiğinde ilk akla gelen konsolide bilançolardır. Bu bilançolar topluluğa dahil işletmelerin ferdi bilançolarının belirli ilkelere göre birleştirilmesi yolu ile elde edilir. Konsolide bilanço söz konusu ekonomik ünitenin net toplam aktiflerini ve pasiflerini gösterir (Welc, 2017).

Mali tabloların konsolidasyonuna yönelik çalışmalar Kuzey Amerika'da başlamış olup daha sonra İngiltere'de devam etmiştir. Buradan da Kanada, Almanya ve diğer Avrupa ülkelerine yayılmıştır. Özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrasında ülke dışı yatırımların artışı, holdinglerin, yatırım gruplarının fazlaşması ile çok uluslu şirketler mali tablolarının konsolidasyonuna hız kazandırmışlardır (Aslan, 2014). Bir işletmenin faaliyetlerine devam edebilmesinin ön koşulu finansmanını etkili ve verimli kullanmasına bağlıdır. Bu açıdan işletme yönetimleri sürekli olarak işletmenin geçmiş dönem veya dönemlerde gerçekleşmiş olan finansal faaliyetleri ile ilgili özet bilgiler sunan finansal tablolarını çeşitli analiz teknikleri ile değerlendirmektedir. Oran analizi (rasyo analizi), karşılaştırmalı tablolar analizi (yatay analiz), yüzde yöntemi ile analiz (dikey analiz) ve trend analizi finansal tablo analizi için kullanılan çok sayıda tekniğin ana başlıklarıdır (Ağırbaş, 2014). Sağlık işletmelerinde de geriye dönük olarak üst başlığı belirtilen bu finansal tablo analiz teknikleri kullanılarak yapılan analizler sonucunda, finansman açısından önceki dönem başarı değerlendirmesi, verimlilik ve ileriye dönük oluşturulacak işletme politikaları belirlenmektedir.

Finansal oran analizleri genel amaçlara hizmet için düzenlenen bilanço, gelir tablosu ve ek mali tablolara göre ilgiliye daha fazla bilgi sunan ve en fazla kullanım alanı bulan finansal tablo analizi teknikleridir. İşletmenin gerçekleşmiş faaliyetlerinin büyüklüğünden ziyade finansal değişkenler arasındaki ilişkiyi açıklayan (Pegels, 1984) ve değerlendirilmek istenen amaca yönelik kısa/öz bir bakış sunan likidite, finansal/mali yapı, çalışma durumu ve kârlılık durumuna ilişkin çok sayıda finansal oran analizi yöntemi vardır (Selimoğlu ve Orhan, 2015). Oran analizi ile genellikle işletmenin önceki dönem ve diğer işletmelerin bulunduğu sektör ortalamaları kıyaslanır (Schoenbeck ve Holtzman, 2013). Sağlık sektöründe en büyük paydaş olan hastane işletmeleri de söz konusu oran analizi tekniklerinin en çok kullanıldığı kurumlardır.

Sağlık sektörü özelinde hastane işletmeleri için kullanılan bir başka önemli indeks Finansal Yaşam İndeksidir (Financial Viability Index-FVI). Finansal yaşama kabiliyeti ya da kısaca finansal yaşam; bir işletmenin faaliyetlerinin devamı için giderlerinin üzerinde finansal gelir akışı yaratabilme ve bunu sürdürülebilir kılma yeteneğidir (Upadhyay ve Smith, 2020). FVI ile finansal durumu değerlendirilmek istenen işletmenin faaliyet oranı, cari oranı ve sermaye yapısı oranının bileşik bir ölçüsü elde edilmektedir (Işıkçelik vd., 2022; Pegels, 1984). Aynı anda birden fazla finansal oran kullanılarak elde

edilmiş olan FVI ile işletmenin finansal durumu tek bir indekste özetlenmektedir. Örneğin FVI bileşenlerinden olan cari oran yalnız başına işletmenin borçlarını ödeyebilme kabiliyetini, sermaye yapısı oranı ise yalnızca işletme zararları tarafından aşındırılan fon miktarını ve işletmenin faaliyette kalmak için dış kaynaklardan ne ölçüde borç alması gerektiğini gösterirken (Oswald vd., 1992) FVI; bir işletmenin borç ödeme kabiliyetini, faaliyetlerinden elde ettiği kazanımları ve sermaye yapısı ile ilgili bilgileri aynı anda sunmaktadır (Pegels, 1984). Bu açıdan ayrı ayrı birden fazla indeksin değerlendirilmesine gerek duymadan FVI ile işletmenin finansal performansı hakkında öz bilgiye ulaşılabilmektedir.

Bu çalışmada sağlık alanında faaliyette bulunan Lokman Hekim Engürüsağ A.Ş (Lokman Hekim) ve MLP Sağlık Hizmetleri A.Ş. ve Bağlı Ortaklıkları (MLP) isimli Kamuyu Aydınlatma Platformu (KAP)'na bildirimde bulunan iki sağlık işletmesinin 2017-2021 dönemi konsolide mali tablo bilgilerinden faydalanılarak finansal tablo analiz teknikleri ve FVI ile işletmelerin incelenmesi ayrıca FVI ile oran analizi başlığı altında yer alan kârlılık oranları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada yer alan Lokman Hekim 1996 yılında kurulmuş 2021 yılı itibari ile 4 hastane, 1 dış hastanesi, 1 tıp merkezi, 1 görüntüleme merkezi ve 1 üniversite hastanesi ile faaliyetlerine devam eden Ankara merkezli bir sağlık şirkettir. MLP ise 2021 yılı itibari ile 15 ilde 30 hastane ile sağlık hizmeti sunumunu gerçekleştirmektedir. Sağlık işletmelerinin konsolide tablolarının derlendiği zaman aralığı dikkate alındığında Covid-19 pandemisinin de söz konusu sağlık işletmelerinin finansal tablolarına etkilerini saptamak bu çalışmanın bir diğer amacını oluşturmaktadır. Çünkü Covid-19 pandemisi işletmeler için önemli derecede belirsizliği de beraberinde getirmiştir. Pandeminin ürettiği zorlu ekonomi ve piyasa koşulları çoğu şirketin performansını kayda değer derecede düşürürken (Tibiletti vd., 2021) bu durum şirketlerin yıllık hazırlanan mali tablolarında da etkisini göstermiştir. Bu amaçla çalışmanın ilerleyen kısmında konsolide mali tablolar, konsolide mali tablolarda enflasyonun etkisi, finansal tablo analiz teknikleri, FVI ve Covid-19 pandemisinin finansal tablolara etkisi konularında kapsamlı bir literatür bilgisi sunulmuş daha sonra veri seti, çalışmanın yöntemi, çalışma bulguları ve nihayetinde sonuç ve öneriler ile çalışma tamamlanmıştır.

II. LİTERATÜR

2.1. Konsolide Mali Tabloların Tanımı ve Anlamı

Konsolide Fransızca kökenli bir sözcük olup “süreletme” ve “yapıları benzer durumda olan nesnelere birleştirilmesi” anlamlarına gelmektedir (TDK, 2022). Konsolide mali tablo iki ya da daha fazla bağlı teşebbüslerin sanki bir organizasyon içerisinde görünüyormuşçasına bilanço ve işletme sonuçlarını gösteren özet bir finansal tablodur. Konsolide mali tablolar ana şirketin kontrolü altında olan bağımsız ve yasal kişilikleri olan bağlı şirketlerin, finansal durumlarını, faaliyet sonuçlarını ve faaliyet durumundaki değişikliklerin bir bütün halinde doğru ve objektif biçimde görünümüne imkân vermektedir. Ana işletme ve bağlı işletmelerden meydana gelen holding topluluğu ekonomik bir ünite olarak kabul edilmektedir. Bu topluluğun ekonomik ve mali durumunu bir bütün olarak görüp, değerlendirebilmek için ana şirket ve bağlı şirketlerin mali tablolarının birleştirilmesi yani konsolide mali tabloların hazırlanması gerekir (Issakova vd., 2017).

Uluslararası Muhasebe Standartları (UMS) – *International Accounting Standards* – (IAS)'nın konsolidasyon ile ilgili standartları konsolidasyon çalışmasından önce konsolide edilecek şirketlerin mali tabloları üzerinde yapılması gereken bazı tashihler olduğunu ortaya koyar (Sytnik ve Kamenetskaya, 2015). Bu tashihlerden en önemlisi de UMS 29 nolu standart ile belirlenmiştir. Bu standartta, yüksek enflasyonlu ortamda şirket mali tablolarının enflasyon muhasebesi prensiplerine göre yeniden ifşa edilmesi detaylı olarak açıklanmaktadır (Chamisa vd., 2018). Çünkü mali tablolar enflasyona göre yeniden oluşturulmadığında ilgili şirket ya da şirketler grubunun mevcut mali durumu ve faaliyet sonuçları yanlış beyan edilecektir (Riordan ve Riordan, 2009). Buna göre konsolide tablolarının kullanılacağı şirketlerin mali tabloları enflasyon muhasebesine göre ayrıntılı olarak yeniden düzenlenecek, şirketlerin enflasyon muhasebesi uygulanmış şekilde hazırlanmış olan mali tabloları ile konsolidasyonu gerçekleştirilecektir. Bu bakımdan aşağıda konsolide bilanço ve gelir tablosu ile

konsolide mali tabloların düzenleme gereği ve enflasyon etkisinden arındırmaya ilişkin bilgiler sunulacaktır.

2.2. Konsolide Bilanço ve Gelir Tablosu

Konsolide mali tablolar hazırlanırken bağlı şirket mali tabloları öncelikle genel kabul görmüş muhasebe standartlarına, bilanço ve gelir tablosu ilkelerine uygun olarak hazırlanmış olmalıdır (Sytnik ve Kamenetskaya, 2015). Ayrıca ekonomin küreselleşmesi, çok uluslu işletmelerin sayıca artış göstermesi sonucunda çeşitli muhasebe sistemlerinden meydana gelen finansal tabloların karşılaştırılabilirliği konusunda sorunlar ortaya çıkmış ve evrensel muhasebe standartlarına ihtiyaç artmıştır (Riahi, 2022). 1973 yılında gelişmiş ülkelerin öncülüğünde kurulan Uluslararası Muhasebe Standartları Komitesi'nin ardından geliştirilen ve uygulamaya konulan IAS ile 2005 yılında Avrupa Birliği'nde yürürlüğe giren ve Türkiye'de Türkiye Muhasebe Standartları Kurulu tarafından da benimsenen Uluslararası Finansal Raporlama Standartları-*International Financial Reporting Standards*- (IFRS) konsolide tablo hazırlanmasında kullanılan en önemli standartlardan biridir (Yalkın vd., 2008). Her ne kadar söz konusu standartlara göre finansal tabloların oluşturulması şirket içi ve dışındakiler için sistemli kanıtlar sağlasa da özellikle 2014 yılından beri Uluslararası Muhasebe Standartları Kurulu'nun yayınladığı çok sayıdaki finansal raporlama standardı aşırı karmaşıklığa yol açmakta ve standartların ulusal bazda muhasebe standartlarına entegrasyonunu zorlaştırdığı bilinmektedir (Filipova vd., 2021).

Konsolide mali tablolar denildiğinde ilk akla gelen konsolide bilançolardır. Bu bilançolar topluluğa dahil işletmelerin ferdi bilançolarının belirli ilkelere göre birleştirilmesi ile elde edilir. Konsolide bilanço, söz konusu ekonomik ünitenin net toplam aktiflerini ve pasiflerini gösterir (Lessambo, 2018). Konsolide gelir tablolarının hazırlanmasında topluluğa dahil ortakların gelir tablosundaki kalemler ayrı ayrı toplanır. Bu toplamdan, topluluğa dahil ortakların iç ilişkilerde aralarında yapmış oldukları mal ve hizmet alım satımlarından oluşan toplam satış ve toplam maliyet tutarları düşürülerek topluluğun toplam gelir tablosu bulunur (Yalçın, 2020). Konsolidasyon işlemlerinde özellikle konulardan birisi konsolide finansal tabloların grup işletmelerinin birbirleri ile ilgili işlemlerin ve grup içi varlık ile borçların tamamının dışarıda tutularak hazırlanmasıdır (Arsoy, 2016).

Konsolide bilanço ve gelir tablolarından farklı amaçlarla faydalanılmaktadır. Konsolide bilançoya dayanılarak grubun varlık, sermaye yapısı ile varlık ve sermaye ilişkisi değerlendirilebilir. Konsolide gelir tablosunu inceleyenler ise, ortaklıklar topluluğunun bir bütün olarak kâr-zarar durumunu öğrenme fırsatı elde edebilirler. Yine konsolide gelir tablosu, grubun satış, mal oluş ve kâr zarar durumlarının topluca görünmesine imkân verir (Aslan, 2014). Bu tablolar bilgi verme (normatif) niteliklidir. Belirli bir hakkın gösterilmesi gibi bir amacı bulunmamaktadır.

2.3. Konsolide Mali Tablo Düzenleme Gereği ve Enflasyonun Etkisi

Avrupa Birliği üyesi bazı ülkelerde konsolide tabloların düzenlenmesine ilişkin esaslar 1980'li yıllara kadar uzanmaktadır. Amerika Muhasebe Standartları Kurulu ve kâr amacı gütmeyen/kamu yararına çalışan IFRS vakfı konsolide tablo hazırlanmasına ilişkin esaslarda çeşitli çalışmalar yapan otoritelerdir. IFRS vakfı çatısı altında yer alan Uluslararası Muhasebe Standartları Kurulu, IFRS Muhasebe Standartlarını belirlemektedir. Konsolide finansal tablolar da IFRS 10'a göre hazırlanmaktadır (Terzi, 2013). Kurulca belirlenen IFRS Muhasebe Standartları şu an 140'tan fazla ülkede zorunlu olarak uygulanmaktadır (IFRS, 2022).

Türkiye'de Avrupa Birliği uyum süreci kapsamında konsolide finansal tablo düzenleme yükümlülüğü Sermaye Piyasası Kurulu tarafından yayınlanan Seri: XI, No:25 sayılı Tebliğ ile getirilmiştir (SPK, 2022). Söz konusu tebliğin 13. kısmında Konsolide Mali Tablolar, Bağlı Ortaklıklar ve Müşterek Yönetime Tabi Teşebbüsler ve İştiraklerin Muhasebeleştirilmesi konsolide finansal tablolar ile ilgili kısımdır (Durna Kezik, 2008). Bu tebliğ ile IFRS'nin uygulanması Türkiye'de resmen kabul edilmiştir (Terzi, 2013). 1990'da yürürlüğe giren IAS 29 yüksek enflasyonlu ekonomilerde finansal

raporlama standardını belirlemiştir. Söz konusu standart ile yüksek enflasyonlu bir ekonomide cari maliyet muhasebesine ilişkin finansal tabloların yararlı olmadığı ve yanıltıcı olabileceği, enflasyona göre düzeltilmiş mali tabloların ek olarak sunulması gerektiği standardın temelini oluşturmaktadır (Chamisa vd., 2018). Enflasyon muhasebesi uygulamasında parasal kalemler ilave bir çalışmayla düzeltmeye tabi tutulmazlar. Parasal olmayan kalemler tarihi maliyetlere göre yansıtılmışlarsa enflasyon indeksine göre dönem sonunda geçerli ölçüm birimleriyle ifade edilen değerleri saptanır. Konsolide mali tabloların ilgili paydaşlara sunduğu bazı avantaj ve dezavantajlar aşağıda sunulmuştur.

2.4. Konsolide Mali Tabloların Avantaj ve Dezavantajları

Konsolide finansal tablolar yatırımcıların tek bir işletme ile ilgili finansal değerlendirmede bulunmak yerine grup halinde işletmenin performansına ilişkin toplu bilgi edinmelerine imkân sağlamaktadır. Bu sayede yatırımcılar daha sağlıklı kararlar verebileceklerdir. Bununla birlikte konsolide finansal tabloların bazı avantaj (Gomes vd., 2019) ve dezavantajları (Cîrstea, 2014) Şekil 1’de verilmiştir.

Şekil 1. Konsolide Mali Tabloların Avantaj ve Dezavantajları

Avantaj	Dezavantaj
<ul style="list-style-type: none">•Şirketin mali durumu bir bakışta değerlendirilebilir.•Şeffaflığın desteklenmesine yardımcı olur.•Tüm iştirakler için ayrı mali tablo hazırlama yükünü azaltır.	<ul style="list-style-type: none">•Her şey bir arada olduğu için oranlara dayalı doğru analiz yapmak zordur.•İştirakler arasında çok fazla çapraz işlem gerçekleşmişse ve standartlara uygun muhasebeleştirme yapılmamışsa yanıltıcı olabilir.

Kaynak: Cîrstea (2014); Gomes vd. (2019)

2.5. Kamuyu Aydınlatma Platformu (KAP)

Kamuoyu aydınlatma; şeffaflık ilkesi gereği şirketlerin finansal ve finansal olmayan bilgilerini kamuoyuna açık, net ve anlaşılır şekilde sunması şeklinde tanımlanmaktadır (Pamukçu, 2011). Bu sayede muhtemel yatırımcılar, kredi kuruluşları ve kamu tüzel kişileri gibi menfaat grupları ilgili şirket hakkında karşılaştırılabilir finansal ve finansal olmayan bilgilere erişim sağlayabilmektedir. KAP; Sermaye Piyasası Kurulu, ilgili kanun ve mevzuat gereği bildirimde bulunması gereken şirketlerin bildirimlerinin elektronik imzalı olarak iletildiği ve kamuya duyurulduğu elektronik sistemdir (KAP, 2022a). KAP’a Borsa İstanbul (BIST)’da işlem gören şirketler; finansal raporlar, özel durum açıklamaları ve ilgili mevzuat kapsamında belirtilmiş diğer hususlar şeklinde üç farklı tipte bildirimde bulunmaktadır. 2022 yılı itibari ile KAP’a bildirimde bulunan 560’tan fazla BIST şirketi bulunmaktadır (KAP, 2022a). Bu şirketler imalattan ulaştırmaya, mali kuruluşlardan teknolojiye kadar birçok alt sektörde faaliyetlerine devam etmektedir. İnsan sağlığı ve sosyal hizmetler alt sektörü başlığı altında ise 2022 yılı itibari ile 3 farklı şirket yer almaktadır. Söz konusu 3 şirket de ayakta ve yataklı sağlık hizmeti sunmak konusunda faaliyetlerde bulunmaktadır (KAP, 2022a).

2.6. Finansal Tablo Analiz Teknikleri

Literatürde farklı sınıflandırmalar bulunmasına karşın finansal tablo analiz teknikleri birbirini tamamlayan nitelikte dört farklı başlık altında gruplandırılabilir (Ağırbaş, 2014; Göçer, 2015). Bunlar; Oran Analizi, Dikey Analiz (Yüzde Yöntemi), Yatay Analiz (Karşılaştırmalı Tablolar Analizi) ve Trend

Analizi (Eğilim Yüzdeleri Yöntemi) şeklindedir. Bu çalışma kapsamında yararlanılan finansal tablo analiz teknikleri ilerleyen bölümde ayrıntısı ile açıklanmıştır.

2.6.1. Oran Analizi

Finansal performans analizi için pek çok oran bulunmasına karşın hastane endüstrisi için likidite oranları, finansal yapı oranları, faaliyet oranları ve kârlılık oranları gibi bazı belirleyici oranlar daha sık kullanılmaktadır. Türk sağlık endüstrisi ve endüstri özelinde hastane işletmeleri için genel kabul görmüş standart oranlar bulunmasa da likidite, finansal yapı, karlılık ve faaliyet oranları Türkiye’de sağlık endüstrisi için uygulanan standart oranları kapsamaktadır (Gider, 2011).

Likidite oranları işletmenin kısa vadeli borçlarını ödeyebilme gücünü belirleyen oranları içermektedir (Simamora ve Hendarjatno, 2019). Dönen varlıkların kısa vadeli yabancı kaynaklara bölünmesi ile elde edilen *cari oran* net işletme sermayesine göre ilgili işletmenin borç ödeyebilme yeteneğini daha iyi gösteren bir ölçü olarak kabul edilmektedir. Cari oranın yüksek olması istenilen bir durum iken özellikle gelişmiş ülkelerde ve hastane işletmelerinde bu oranın 2’den yukarıda olması da âtil fon bulunduğu bir göstergesidir. Dönen varlıklar içerinden en az likit olan stoklar çıkarıldıktan sonra sonucun kısa vadeli yabancı kaynaklara bölünmesi ile *asit test oranı* elde edilmektedir. Bu oran hazır ve hızlıca nakde çevrilebilecek değerlerin kısa dönemli borçları ödeyebilme yeteneğini vermektedir (Madushanka ve Jathurika, 2018). Ancak hastane işletmelerinin ağırlıklı olarak hizmet üretmesi ve hizmetin stoklanamaması gibi durumlar hastane sektörü için bu oranının değerlendirilmesinde göz önünde tutulması gereken önemli hususlardır. Nakit ve nakit benzeri varlıkların kısa vadeli yabancı kaynaklara bölünmesi ile *nakit oranı* elde edilmektedir (Selimoğlu ve Orhan, 2015). Bu oran hazır değerler oranı olarak da bilinmektedir. Nakit oranı esasında işletmenin olağanüstü bir durum ile karşılaştığında alacaklarını tahsil etmeden ve stoklarını elden çıkarmadan kısa vadeli borçlarını ödeyebilme yeteneğini göstermektedir.

Finansal yapıya ilişkin oranlar işletmenin faaliyetlerini gerçekleştirirken kısa vadeli yabancı kaynaklar, uzun vadeli yabancı kaynaklar ve öz kaynaklardan ne derece yararlandığını göstermektedir (Karaömer ve Özbirecikli, 2019). En önemli finansal yapı oranlarından biri *finansal kaldıraç oranıdır*. Bu oran toplam borçların (*kısa vadeli yabancı kaynaklar + uzun vadeli yabancı kaynaklar*) aktif veya pasif toplamına bölünmesi ile elde edilir (Asmaul ve Satria, 2019). Finansal kaldıraç oranının yüksek olması işletmenin faiz ve borçlarını öderken zorlanabileceğini ve borç yükü altında olduğunu bildirmektedir. Toplam borçların öz kaynaklara oranlanması ile elde edilen *borçlar/öz sermaye oranı* işletmenin sadece öz sermayesi ile borçlarını ödeyebilme yeteneğini göstermektedir (Selimoğlu ve Orhan, 2015). *Net işletme sermayesinin toplam aktif oranı* ise işletmenin 12 aydan kısa olan borçlarının dönen varlıklardan çıkarılması ile edilen sonucun toplam aktif oranlanması ile elde edilmektedir (Songur vd., 2016). Özellikle net işletme sermayesinin negatif olması kısa dönemde işletmenin borç yükümlülüklerini yerine getirmekte zorlanacağı anlamına gelmektedir. Toplam aktifin öz sermayeye oranlanması ile elde edilen *öz sermaye çarpanı* ise yabancı kaynaklar ile öz kaynakların dağılımı hakkında bilgiler vermektedir (Ağırbaş, 2014).

Faaliyet oranları işletmenin faaliyetlerini sürdürürken, işletme varlıklarını ne kadar verimli kullandığını gösteren oranlardır (Budiharjo, 2019). Satılan malın maliyetinin ortalama stoklara bölünmesi sonucunda hesaplanan *stok devir hızı* ile işletmenin stoklarını ne kadar hızda nakde çevirdiği sorusuna cevap aranmaktadır. Daha önce belirtildiği gibi hastaneler hizmet üreten kuruluşlar olduğu için hizmeti stoklayamazlar. Ancak ilaç ve tıbbi malzeme en çok stoklanan ürünler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu açıdan hastaneler için stok devir hızındaki büyüklük; ilaç ve tıbbi malzeme hareketliliğinin yüksek olduğu ve doğal olarak hastanede çok sayıda hastaya hizmet üretildiği şeklinde açıklanabilmektedir. *Ticari alacak devir hızı* alacakların tahsil hızını göstermekle birlikte bir yıldaki takvim gün sayısının (360) ticari alacak devir hızına oranlanması sonucunda da *alacakların ortalama tahsil süresi* elde edilmektedir. Nakit devir hızı olarak da bilinen *hazır değer devir hızı* net satışların hazır değerlere bölünmesi ile, *dönen varlık devir hızı* ise net satışların dönen varlıklara bölünmesi ile elde edilmektedir (Yenisu, 2019). Dönen varlık devir hızının düşük olması, dönen varlıkların etkin

kullanılmadığını göstermektedir. *Duran varlık devir hızı* ise net satışlar duran varlıklara bölünerek elde edilmektedir. Duran varlık devir hızının yüksek olması işletme kapasitesinin verimli kullanıldığını göstermektedir. Net satışların toplam aktife oranlanması ile *aktif devir hızı*, yine gelir tablosundan elde edilen net satışların öz kaynaklara bölünmesi sonucunda *öz kaynakların devir hızı* hesaplanmaktadır (Ağırbaş, 2014). Aktif devir hızı ve öz kaynakların devir hızı sırasıyla toplam varlıkların ve öz kaynakların verimliliğini ölçmeye yardımcı olan faaliyet oranlarıdır.

Kârlılık durumuna ilişkin oranlar gelir tablosu hesapları aracılığı ile hesaplanabilen, işletmenin faaliyetleri sonucunda yeterli kâr sağlayıp sağlayamadığını ölçmek için yararlanılan oranlardır. İşletme sahip ve ortaklarının sermaye kârlılığını ölçen *öz kaynak kârlılığı oranı* net kârın öz kaynaklara bölünmesi ile elde edilmektedir. Satışlara göre göre kârlılığı gösteren; *brüt kâr marjı oranı*, *faaliyet kâr marjı oranı*, *net kâr marjı oranı* ise sırasıyla brüt satış kârının net satışlara bölünmesi, faaliyet kârının net satışlara bölünmesi ve net kârın net satışlara bölünmesi ile hesaplanmaktadır (Yiğit ve Bayrakçoğlu, 2020).

2.6.2. Trend Analizi (Eğilim Yüzdeleri Yöntemi)

Eğilim yüzdeleri yöntemi ile analiz olarak da bilinen trend analizinde işletmenin finansal tabloları analiz edilirken araştırma amacına göre belirlenmiş bir dönem (yıl, altı aylık, üç aylık) baz alınarak, baz döneminin 100 kabul edilmesinden sonra izleyen dönemler için aynı tür hesap kalemlerinin baz yılındaki hesap kalemlerine göre değişiminin yüzdesi hesaplanmaktadır. Eğilim yüzdesi hesaplanırken ilgili dönemin verisi temel yıl verisine bölünür ve 100 ile çarpılarak yeni değeri elde edilir (Atan vd., 2019). Finansal tablolarda yer alan kalemlerin dönemler itibari ile artış ve azalışlarının zaman içerisindeki değişimini gösterdiğinden trend analizi dinamik bir analiz olarak bilinmektedir (Özari ve Demir Erol, 2019). Trend analizi işletmenin aynı faaliyet alanında bulunan diğer işletmelere göre karşılaştırmasının yapılması için değil işletmenin zaman içerisinde kendi finansal durumunun karşılaştırılması amacıyla kullanılmaktadır. Trend analizi ile finansal tablo analizi yapılırken baz yıldaki ilgili kalemin tutarı negatif değer almışsa bu yöntem kullanılmamalıdır. Baz dönem olarak seçilen yılın olağan üstü durumların olmadığı bir dönem olmasına dikkat edilmelidir. Çünkü izleyen yıllarda finansal analizi yapılan şirketin içerisinde bulunan dönem olağan üstü durumlardan arınık bir zaman dilimine denk gelmişse ve baz yıl olağan dışı bazı durumların yaşandığı yıl olarak seçilmişse baz alınan yıla göre yapılmış olan hesaplama yanıltıcı bilgiler verebilir (Çil Koçyiğit vd., 2022). Dönemsel olarak yüzdesel değişimlerin incelendiği bu finansal tablo analizi yönteminde dikkat edilmesi gereken bir diğer husus; yüzdesel değişimlerin hesaplandığı kalemlerin enflasyon etkisinden arındırılmış olmasıdır (Elmas, 2016).

2.7. Finansal Yaşam İndeksi

Bir işletmenin finansal durumunu önceki dönem/dönemler finansal durumuna ve sektördeki rakiplerine göre karşılaştırmak için çok sayıda indeks mevcuttur. Ancak tek tek bütün indeksleri değerlendirmek yerine elde edilecek tek bir indeks analistlere ve işletme yöneticilerine büyük kolaylık sağlamaktadır. FVI mali tablolarda yer alan finansal bilgilerin birçoğunu birleştirerek tek bir değerle işletmenin finansal durumunu özetleyen, uygulanabilir ve geçerli bir indekstir (Pegels, 1984).

FVI; cari oran, sermaye yapısı oranı ve faaliyet oranı şeklindeki üç finansal oran kullanılarak hesaplanmaktadır. Hastanelerin finansal kapasitesini ölçmek için kullanılan FVI Hastane Finansal Yaşam Endeksi (Hospital Viability Index-HVI) olarak adlandırılmıştır (Işıkçelik vd., 2022; Pegels, 1984). FVI ile bir α değeri elde edilmektedir. İndeks alfa (α) değeri Eşitlik 1'de yer alan formül ile hesaplanmaktadır (Pegels, 1984):

$$\alpha = \frac{4 \times (SYO) \times (FO)^4}{CO} \quad (1)$$

Eşitlikte yer alan Sermaye Yapısı Oranı (SYO), toplam yabancı kaynakların toplam varlıklara oranını; Faaliyet Oranı (FO), faaliyet giderlerinin faaliyet gelirlerine oranını; Cari Oran (CO), dönen varlıkların kısa vadeli yabancı kaynaklara oranını vermektedir (Işıkçelik vd., 2022).

Hesaplanan indeks değerinin 1'den büyük olması ($\alpha > 1$) işletmenin finansal açıdan problem yaşadığını (Narine vd., 1996); indeks değerinin 1'e yaklaşması ise işletmenin finansal yaşam gücünde azalmanın meydana geldiğini bildirmektedir (Işıkçelik vd., 2022). İşletmenin kısa vadeli borç ödeme gücünü gösteren cari oranı (Bülüş vd., 2017) ne kadar yüksek ise FVI o kadar düşük bulunacaktır. Kısa ve uzun vadeli kaynakların toplamında yaşanan bir artış FVI için hesaplanan α değerini artırmakta ve işletmenin finansal yaşam gücünün olumsuz etkilendiğini ifade etmektedir. Kârlılık durumunun bir göstergesi olan faaliyet oranında yaşanacak bir artışa α değeri artış göstererek eşlik edecek ve işletmenin finansal olarak sürdürülebilir olmadığını bildirecektir. Özetle sağlık işletmeleri de dahil olmak üzere tüm işletmeler için FVI değerinin düşük olması işletmenin finansal yaşam kapasitesinin yüksek olduğunu anlatmaktadır.

Tek bir indeks ile işletmenin finansal durumu hakkında bilgi sağlama kolaylığının yanında FVI'ya bazı eleştirilerin getirildiği de bilinmektedir. İndeks değerinin üç farklı oranın çarpımsal kombinasyonu ile elde edilmesi özellikle uç değerlerden etkilenen sermaye yapısı oranı ve cari oranın yanıltıcı α değeri üretme eğiliminde olduğu bildirilmektedir (Pegels, 1984). Bu nedenle finansal performansın çeşitli analiz teknikleri birlikte kullanılarak ve yalnızca bir zaman noktası itibarıyla değil farklı zaman noktaları itibarıyla karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi sonuçların doğru değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır. Literatürde FVI'ı kullanarak Türkiye'de hastanelerin finansal performansını değerlendiren çalışmalar arasında bulunan Özgülbaş vd. (2009) 801 hastanenin FVI değerlerini hesaplayarak sadece 14 hastanenin iyi FVI performansına sahip olduğunu bulmuştur. Kaliforniya'da yapılan başka bir çalışmada FVI ile hastane yönetimine içeriden katılımın ilişkisini tespit etmek amacıyla akut ve kronik bakım hastanelerinin finansal verileri kullanılarak FVI hesaplamaları yapılmış ve hastane yönetimine içeriden katılım ile hastane finansal yaşam kapasitesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Molinari vd., 1993).

2.8. Covid-19'un Sağlık İşletmelerinin Finansal Performansı Üzerindeki Etkileri

Covid-19 pandemisi hasta sayısında meydana gelen hızlı artış ile hastane ve özellikle yoğun bakım ünitelerinde kapasite kullanımını artırarak sağlık hizmeti sunucuları üzerinde ciddi baskı oluşturmuştur. Yoğun bakım üniteleri için ek yatak oluşturmak, personel sayısında artış sağlamak, Covid-19 hastası dışındaki ayaktan ve yatarak tedavi randevularını ertelemek durumunda kalınması gibi gelişmeler sağlık işletmelerinin finansal sürdürülebilirliğini tehdit eden unsurlar olarak ele alınmıştır (Khullar vd., 2020). Örneğin dış tedavisinde Covid-19'un yayılmasına neden olabilecek bazı uygulamaların küresel çapta birçok sağlık düzenleyici kurum ve politika yapımcılar tarafından kaçınılması uyarısı neticesinde dış hekimliği uygulamalarının (dış ünitesi bulunan sağlık işletmelerinin) ciddi parasal sorunlar yaşamasına sebep olmuştur (Farooq ve Ali, 2020). Bir diğer örnek ise ABD'de yürütülen bir çalışmada enflasyona göre düzeltilmiş hastane ücretlerinin önceki yıllara kıyasla 2020'nin ikinci çeyreğinde %27,7 azalmasına rağmen pediatrik başvurularda da pandemi öncesine kıyasla %46 civarında azalma olmasıdır (Pelletier vd., 2021). Likit varlıkları sınırlı olan ve pandemiye yanıt için yeterli kaynağa sahip olmayan sağlık işletmeleri, sayılan bu durumlar karşısında finansal şokları absorbe etme yükümlülüklerini de yerine getirmek zorunda kalmıştır. Bu açıdan sağlık işletmelerinin finansal tabloları incelenirken Covid-19'un etkisinin belirlenmesi önem arz etmektedir. Bu çalışmada sağlık işletmelerinin Covid-19 öncesi ve sonrası finansal verileri birlikte verilmiş olup çalışma bulguları Covid-19 etkileri kapsamında yorumlanmıştır.

III. YÖNTEM

Bu çalışmada faaliyet konusu sağlık hizmetleri olan işletmelerin konsolide finansal tablolarına ait veriler KAP'dan elde edilmiştir. KAP ilgili mevzuat gereği topluma açıklanması gereken bildirimlerin duyurulduğu sistemdir. Kamuyu Aydınlatma Platformu Tebliği kapsamında, kamuya açıklanacak her

türlü bilginin KAP'dan paylaşılması zorunludur (KAP, 2022a). KAP aracılığı ile internet üzerinden eksiksiz ve doğru bilgiye kolaylıkla erişmek mümkündür. Geçmiş dönem bilgilerinin de depolanarak sonradan erişiminin devam ediyor olması KAP sisteminin esasında elektronik bir arşiv olduğu ve araştırmacılara ikincil kaynak olanağı sağladığı söylenebilmektedir (KAP, 2022a).

Çok çeşitli bildirim ve raporları arşivinde bulunduran KAP'dan bu çalışma kapsamında sağlık alanında faaliyet gösteren Lokman Hekim Engürüsağ A.Ş. (Lokman Hekim) (KAP, 2022b) ve MLP Sağlık Hizmetleri A.Ş. ve Bağlı Ortaklıkları'nın (MLP) (KAP, 2022c) IAS/IFRS standartlarına uygun hazırlanmış olan 2017-2021 yılı aralığındaki yıllık finansal raporlarına erişim sağlanmıştır. Verilerin toplandığı dönem itibari ile KAP'ta sağlık hizmeti sunumunda bulunan (bünyesinde hastane bulunan) başkaca sağlık şirketine rastlanılmamıştır.

3.1. Verilerin Toplanması ve Veri Seti

KAP'dan çalışma kapsamına alınan iki şirket için konsolide finansal tablolarının özet bilgileri ve iki şirketin 2017, 2018, 2019, 2020 ve 2021 yılı konsolide finansal raporlarına erişim sağlanarak çalışma amacına uygun şekilde konsolide finansal tablolar elde edilmiştir (KAP, 2022b, 2022c). Çalışmada konsolide finansal tabloları değerlendirilen Lokman Hekim 1996 yılında kurulmuş ve 2011 yılında Borsa İstanbul'da halka arzı gerçekleşmiş 2017 yılında 216 yatak 31 branşta hizmet veren üniversite hastanesini bünyesine katmış, 2021 yılı itibari ile Ankara, Van ve Erbil'de 4 hastane, 1 dış hastanesi, 1 tıp merkezi, 1 görüntüleme merkezi ve 1 üniversite hastanesi ile faaliyetlerine devam eden Ankara merkezli bir sağlık şirkettir. Faaliyetlerini 2021 yılı itibari ile 229 doktor, 1047 sağlık personeli ve 458 idari personel olmak üzere toplam 1734 kişi ile sürdürmektedir. Lokman Hekim 2021 yılında 47442'si yatarak tedavi olmak üzere toplam 850141 hastaya hizmet vermiştir (LKMNH, 2022). Özetle Lokman Hekim sağlık hizmetleri ile ilişkili olmak üzere eğitim, sağlık, spor ve diğer sosyal hizmetler / insan sağlığı ve sosyal hizmetler sektörlerinde faaliyette bulunmaktadır (LKMNH, 2022).

Bu çalışma kapsamında konsolide finansal tablolarının değerlendirildiği sağlık alanında faaliyet gösteren bir diğer işletme olan MLP Türkiye'de 15 ilde 30 hastane ve 20000'den fazla çalışanı ile sağlık hizmeti üretmektedir. Şirket Liv Hospital ve Medical Park olmak üzere 2 farklı marka ile 1 konsept altında 3 farklı fiyat politikası ile faaliyetlerine devam etmektedir (MLPCARE, 2022). Özetle MLP *“sağlık hizmetleri ile ilgili olmak üzere hastaneler, poliklinikler, ilk yardım, kan merkezleri, laboratuvarlar, huzurevi, kreş, çocuk bakım evleri açmak ve evde bakım hizmetleri sunmak, radyoloji tesisleri kurmak ve işletmek, (leasing, adi kira veya hasılat kirası yolu ile) kiralamak ve kiraya vermek, satın almak ve bu tesisleri satmak”* konularındaki faaliyetleri yerine getirmektedir (KAP, 2022d).

Bu çalışma için KAP üzerinden erişim sağlanan Lokman Hekim ve MLP isimli iki şirketin konsolide finansal tabloları (konsolide bilanço ve gelir tablosu) 2017-2021 yılları itibariyle Microsoft Excel aracılığı ile analize uygun hâle getirilerek çalışma kapsamında belirlenen finansal tablo analiz teknikleri kullanılarak finansal performansı analiz edilmiştir.

3.2. Verilerin Analizi

Konsolide bilanço ve konsolide gelir tabloları her iki şirket için de 2017-2021 yılı aralığında ayrı ayrı oluşturulduktan sonra finansal tablo analizlerinden oran analizi ve trend analizi teknikleri kullanılmadan önce şirketlerin finansal tablolarında yer alan veriler enflasyon etkisinden arındırılmıştır.

3.2.1. Enflasyon Etkisinden Arındırma

Enflasyonist ortamda konsolide finansal tabloların analizinde endeks deflate rakamları kullanılarak enflasyona göre düzenlemelerin yapılması önerilmektedir (Hung ve Subramanyam, 2007; Karayağız, 2002). Bu çalışmada enflasyon oranı olarak Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından açıklanan tüketici fiyat endeks rakamı kullanılmıştır (TÜİK, 2022).

3.2.2. Analiz Yöntemleri

Bu çalışma kapsamında öncelikle iki şirketin enflasyon etkisinden arındırılmış finansal verileri kullanılarak oran analizleri ve trend analizi gerçekleştirilmiştir. Tablo 1’de yararlanılan oran analizleri ve kısaltmaları yer almaktadır.

Tablo 1. Oran (Rasyo) Analizine İlişkin Hesaplanan Oranlar

Analiz Tekniği	Oranlar	Kısaltma
<i>Likidite Oranları</i>	Cari Oran	CO
	Asit Test Oranı	ATO
	Nakit Oranı	NO
<i>Finansal Yapı Oranları</i>	Finansal Kaldıraç Oranı	FK
	Borçlar/Öz sermaye Oranı	BÖÖ
	Net İşletme Sermayesinin Toplam Aktife Oranı	NİSTAO
	Öz Sermaye Çarpanı	ÖŞÇ
<i>Faaliyet Oranları</i>	Stok Devir Hızı	SDH
	Ticari Alacak Devir Hızı	TADH
	Alacakların Ortalama Tahsil Süresi	AOTS
	Hazır Değer Devir Hızı	HDDH
	Dönen Varlık Devir Hızı	DVDH
	Duran Varlık Devir Hızı	DuranVDH
	Aktif Devir Hızı	ADH
	Öz Kaynakların Devir Hızı	ÖDH
<i>Kârlılık Oranları</i>	Öz Kaynak Kârlılığı Oranı	ÖKKO
	Brüt Kâr Marjı Oranı	BKMO
	Faaliyet Kâr Marjı Oranı	FKMO
	Net Kâr Marjı Oranı	NKMO

Her iki şirket için 2017 yılı baz alınarak (2017 yılı=100) bilançolarında yer alan hesap kalemlerinin yıllara göre değişimi trend analizi ile tespit edilmiştir. Yine şirketlerin finansal tablolarında yer alan finansal bilgiler aracılığı ile toplam yabancı kaynaklar toplam varlıklara oranlanarak SYO, faaliyet giderleri faaliyet gelirlerine oranlanarak FO, dönen varlıklar kısa vadeli yabancı kaynaklara oranlanarak CO, Microsoft Excel aracılığı ile hesaplanarak her bir şirket için ayrı ayrı FVI bulguları elde edilmiştir.

FVI ile kârlılık oranları arasındaki ilişkiler ise Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Verilerin analizinde; oran analizine ilişkin hesaplanan oranlar ve FVI için Microsoft Excel, Spearman korelasyon analizi için SPSS 23.0, grafikler için ise R programı kullanılmıştır.

IV. BULGULAR

4.1. Finansal Tablo Analiz Teknikleri

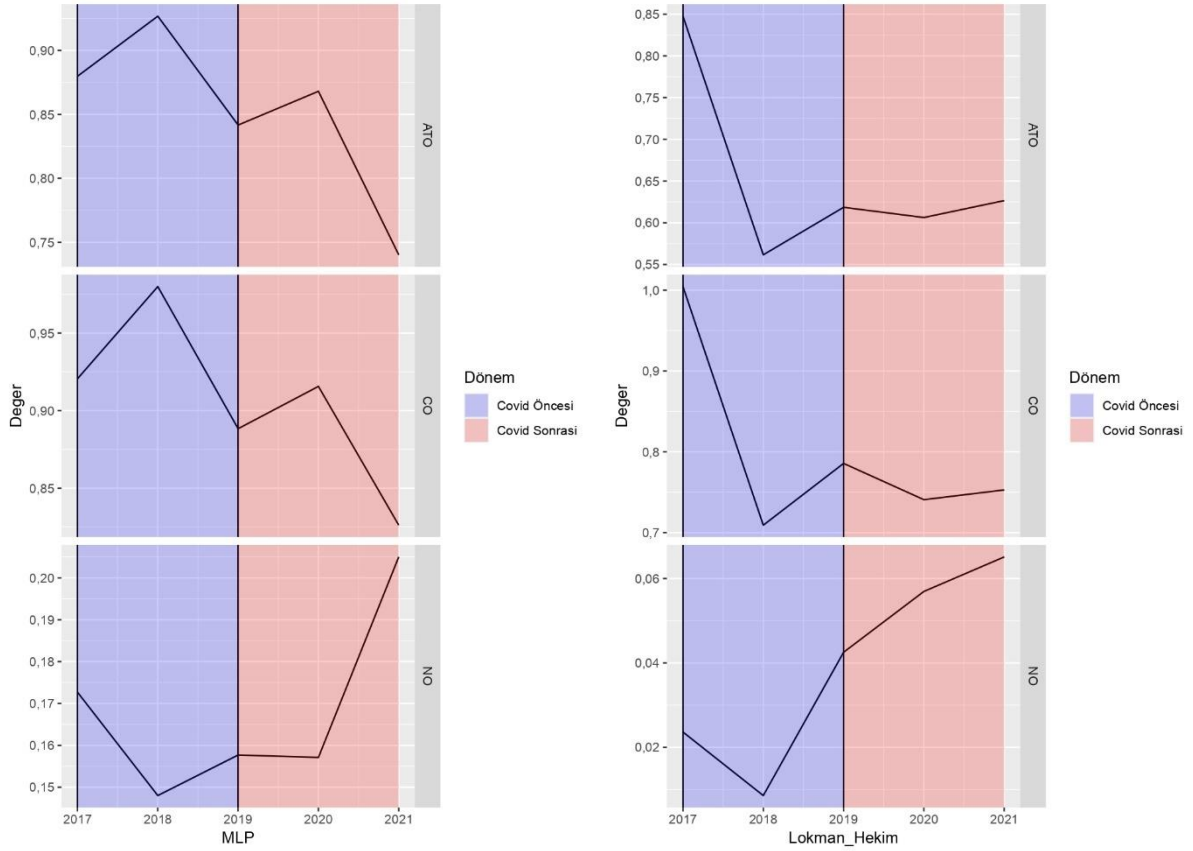
Çalışma kapsamında finansal tablo analiz tekniklerinden oran analizi ve trend analizinden yararlanılmıştır. Aşağıda likidite, finansal yapı, faaliyet ve kârlılık oranları sunulmuştur. 7 Ocak 2020 tarihinde Covid-19 virüsünün belirlenmesi ve 30 Ocak 2020'de Acil Durum Komitesi'nin tavsiyelerinden hemen sonra Dünya Sağlık Örgütü Genel Direktörü tarafından uluslararası öneme sahip acil halk sağlığı durumu ilan edilmesi 2020 yılının Covid-19 pandemisinin başlangıcı olduğunu nitelemektedir (WHO, 2022). Bu bakımdan elde edilen oranlar sunulurken Covid-19 dönemi ve öncesi açısından bulgular yorumlanmıştır. 2017, 2018 ve 2019 yılı bulguları Covid-19 öncesindeki oranlar iken 2020 ve 2021 yıllarındaki oranlar Covid-19 sonrası oranlarıdır.

4.1.1. Oran Analizi Sonuçları

Oran analizi kapsamında her iki şirket grubunun 2017-2021 yılı bilanço ve gelir tablolarından likidite, finansal yapı, faaliyet ve kârlılık oranları hesaplanarak sonuçlar görselleştirilmiş ve grafikler aracılığı ile sunulmuştur.

4.1.1.1. Likidite Oranları

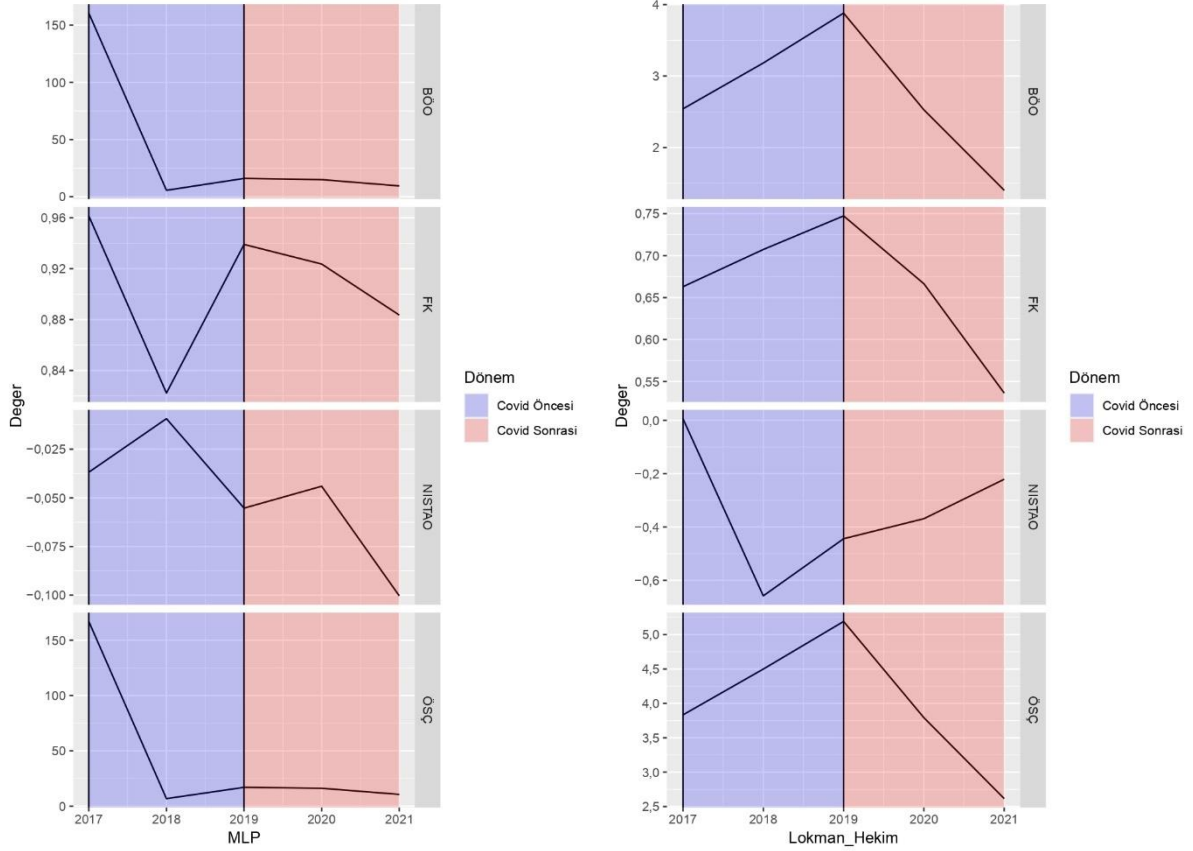
Likidite oranları işletmenin kısa kısa dönemli yükümlülüklerini yerine getirebilme yeteneklerini gösteren oranlardır. Bu çalışmada likidite oranlarından; cari oran, asit-test oranı ve nakit oran ile ilgili bulgular sunulmuştur. İşletmelerin kısa dönemli borçlarını ödeme gücünü gösteren likidite oranlarından asit test ve cari oranın 2017 yılına göre her iki şirket grubu için de azalış göstermiştir. Lokman Hekim'in 2017 yılında cari oranı 1 iken Covid-19 dönemi başında 0,78 ve 2021 yılında 0,75 şeklindedir. MLP'nin cari oranı 2017 yılında 0,92 iken Covid-19 dönemi başında 0,88 ve 2021 yılında 0,82 şeklindedir. İşletmelerin stokları düşüldükten sonra kısa vadeli borç ödeme gücünü gösteren asit test oranı MLP ve Lokman Hekim için 2017 yılında sırasıyla 0,87 ve 0,84 iken yıllar itibari ile artış ve azalış göstererek 2021 yılında sırasıyla 0,74 ve 0,62 şeklindedir. Nakit oran, cari oran ve asit test oranının aksine her iki şirket grubu için de 2017 yılından 2021 yılına kadar istikrarlı şekilde artmıştır. MLP şirketinin Covid-19 döneminin hemen başında (2020 yılında) nakit oranında küçük bir azalış görülmesine karşın Lokman Hekim şirketinin nakit oranındaki artış devam etmiş ancak bir önceki yıla kıyasla yavaşlamıştır. Likidite oranlarına ilişkin sonuçlar Grafik 1'de verilmiştir.

Grafik 1. Likidite Oranları

*Oran isimleri için Tablo 1'e bakınız.

4.1.1.2. Finansal Yapı Oranları

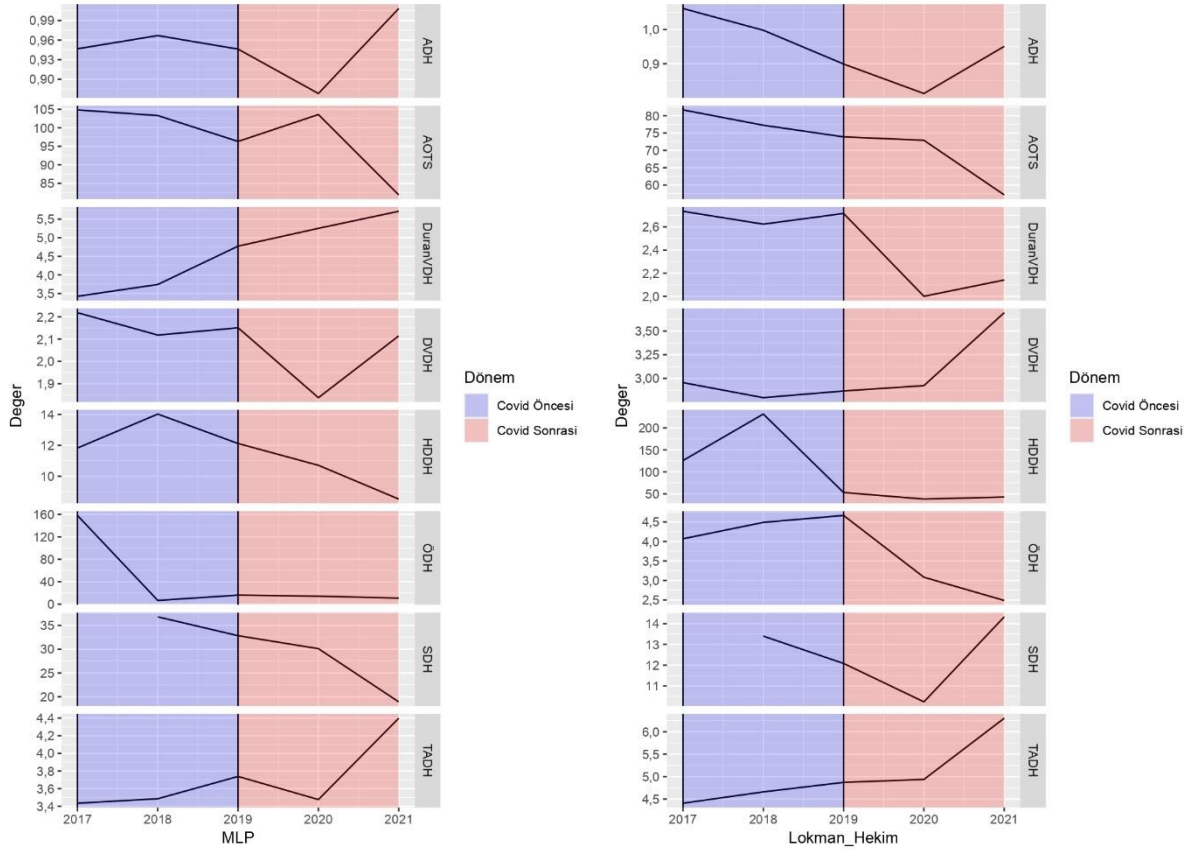
İşletmelerin faaliyetlerinin ne kadarının kısa vadeli ne kadarının uzun vadeli yabancı kaynaklar ve ne kadarının öz kaynaklar ile finanse edildiğini gösteren finansal yapı oranlarından finansal kaldıraç oranı her iki şirket grubu için Covid-19 döneminden sonra düşüş sergilemiştir. 2017 yılında MLP ve Lokman Hekim için finansal kaldıraç oranı sırasıyla 0,96 ve 0,66 iken Covid-19 döneminin başında bu oran 0,93 ve 0,74 olarak gerçekleşmiştir. Net çalışma sermayesinin toplam aktife oranı 2017 yılında MLP ve Lokman Hekim için sırasıyla -0,03 ve 0,06 iken 2021 yılında sırası ile -0,10 ve -0,22 olarak gerçekleşmiştir. Net işletme sermayesinin toplam aktife oranının negatif değer alması net işletme sermayesinin eski bakiye vermesinden kaynaklanmaktadır. Öz sermaye çarpanı MLP şirketi için 2017 yılında 166 gibi yüksek bir değerde gerçekleşmiş iken bu oran Lokman Hekim şirketi için 2017 yılında 3,83'tür. 2021 yılında MLP şirketinin öz sermaye çarpanı ciddi düşüş göstererek 10,67'ye Lokman Hekim şirketinin ise 2,61'e gerilemiştir. Borçlar/öz sermaye oranı MLP için 2017 yılında 160 iken bu oran 2021 yılında 9,42'ye gerilemiştir. Lokman Hekim şirketi için borçlar/öz sermaye oranı Covid-19 döneminin başlangıcına kadar artış gösterirken Covid-19 döneminden sonra azalmış ve 2021 yılında 1,40 olarak gerçekleşmiştir. Finansal yapı oranlarına ilişkin sonuçlar Grafik 2'de verilmiştir.

Grafik 2. Finansal Yapı Oranları

*Oran isimleri için Tablo 1'e bakınız.

4.1.1.3. Faaliyet Oranları

İşletmelerin varlıklarının faaliyetlerinde ne derece etkili ve verimli kullanıldığını gösteren faaliyet oranlarından stok devir hızı MLP şirketi için sürekli bir azalış gösterirken, Lokman Hekim şirketinde 2020 yılına kadar azalış göstermiş fakat 2021 yılında yükselişe geçerek 14,32 olarak gerçekleşmiştir. Alacakların ve tahsilin izlendiği ticari alacak devir hızı 2020 yılına kadar her iki şirket grubu için de neredeyse yatay seyredirken 2021 yılında MLP ve Lokman Hekim şirketleri için sırasıyla 4,39 ve 6,30 olarak sonuçlanmıştır. Alacakların ortalama tahsil süresi MLP için 2017 yılında 104,83 iken 2020 yılı haricinde sürekli düşerek 2021 yılında 81,86 olarak gerçekleşmiştir. Lokman Hekim şirketinde alacakların ortalama tahsil süresi 2017 yılında 81,68 iken sürekli azalış göstererek 2021 yılında 57,13'e gerilemiştir. İlgili hesap döneminde hazır değerlerin kaç katı kadar satış yapıldığını gösteren hazır değer devir hızı 2017 yılında MLP ve Lokman Hekim şirketleri için sırasıyla 11,82 ve 125,72 iken 2021 yılında sırasıyla 8,52 ve 42,71 şeklindedir. Duran varlık devir hızı bakımından MLP şirketinde 2017 yılından 2021 yılına sürekli bir artış yaşanırken aynı tarihler aralığında Lokman Hekim şirketinde 2021 yılı haricinde azalış yaşanmıştır. Faaliyet oranlarına ilişkin sonuçlar Grafik 3'te verilmiştir.

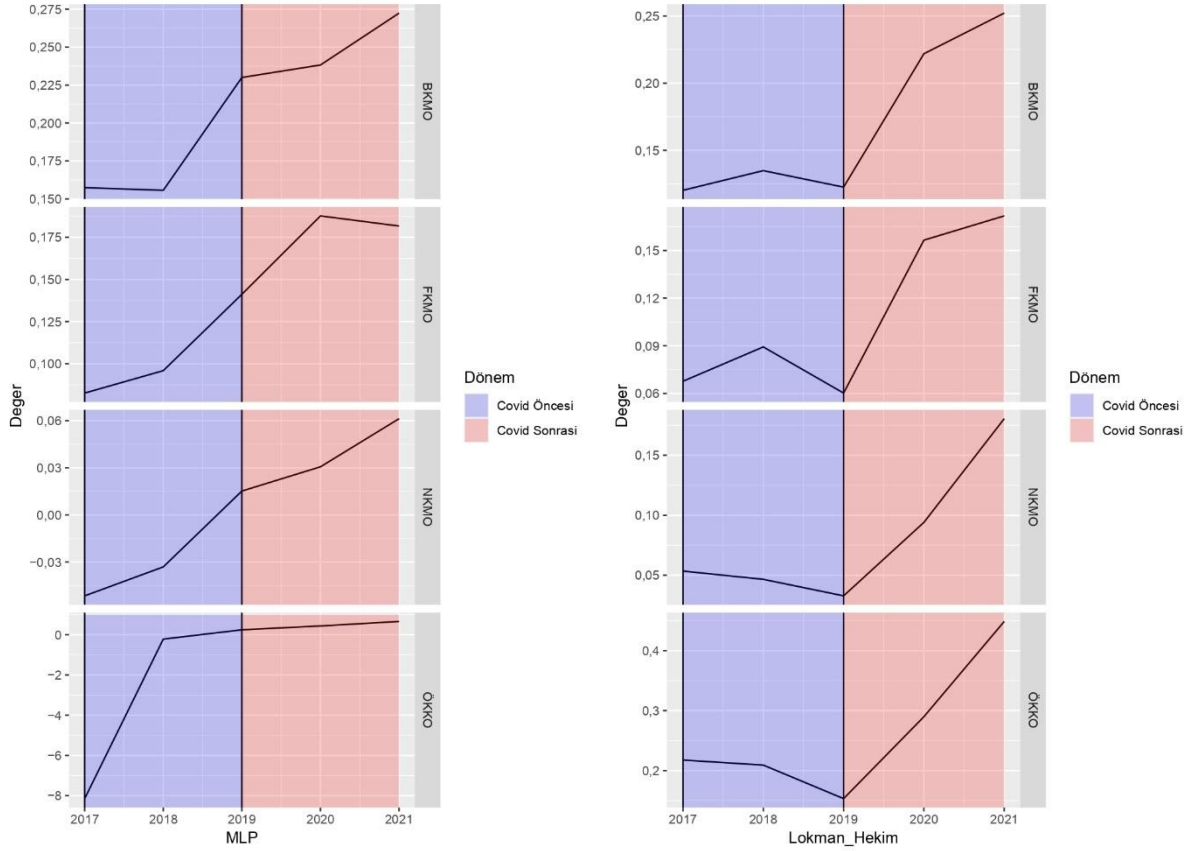
Grafik 3. Faaliyet Oranları

*Oran isimleri için Tablo 1'e bakınız.

4.1.1.4. Kârlılık Oranları

İşletmelerin yeterli kâr sağlayıp sağlamadığını ölçmeye yarayan ve yatırıma göre kârlılığını gösteren oranlardan öz kaynak kârlılık oranına göre MLP şirketi 2017 yılında -8,14 oranına sahipken, Lokman Hekim şirketi 0,21 oranına sahiptir. MLP şirketi 2019 yılına kadar öz kaynak kârlılık oranı bakımından negatif değere sahipken, 2019 yılı dahil olmak üzere 2021 yılına kadar bu oran için artış göstererek pozitif değerlere ulaşmıştır. Satışlara göre kârlılığını gösteren oranlardan brüt kâr marjı oranı, faaliyet kâr marjı oranı ve net kâr marjı oranı bakımından MLP şirketi sürekli bir artış gösterirken Lokman Hekim şirketi bu oranlar açısından Covid-19 dönemi sonrasında belirgin bir artış göstermiştir. Net kâr marjı oranı 2017 yılında MLP ve Lokman Hekim şirketi için sırasıyla -0,05 ve 0,05 iken 2021 yılında yine sırasıyla 0,06 ve 0,18 şeklindedir. Kârlılık oranlarına ilişkin sonuçlar Grafik 4'te verilmiştir.

Grafik 4. Kârlılık Oranları



*Oran isimleri için Tablo 1'e bakınız.

4.1.2. Trend Analizi Sonuçları

Trend analizinde 2017 yılı baz (temel) yıl alınarak aynı türdeki hesap kalemlerine göre değişim yüzdeleri hesaplanmıştır. MLP şirket bilançosunun aktifinde yer alan dönen varlıklar hesabı 2020 yılına kadar sürekli artış gösterirken 2021 yılında azalış görülmüştür. 2017 yılı 100 olarak kabul edildiğinde MLP şirketinin dönen varlıklar hesabı 2021 yılına kadar %12'lik artış göstermiştir. Dönen varlıklar hesabının altında yer alan nakit ve nakit benzerleri ile stoklar kaleminde MLP şirketi sürekli bir artış sağlamıştır. Özellikle stoklar kaleminde 2017 yılından 2021 yılına %164'lük bir artış gerçekleşmiştir. MLP şirketinin bilançonun aktif tarafında yer alan duran varlıklar kaleminde 2019 yılı haricinde 2017 baz yılına göre sürekli bir azalma yaşanmıştır. Kısa vadeli yükümlülükler hesabında ise 2017 baz yılına göre 2018 yılı haricinde sürekli bir artış yaşanmıştır. 2017 yılı kısa vadeli yükümlülükler için baz yıl alındığında, 2021 yılında %25'lik bir artış gerçekleşmiştir. Uzun vadeli yükümlülükler açısından MLP şirketi 2019 yılı haricinde sürekli bir azalış sergilemiştir. Son olarak öz kaynaklar hesabının eğilim yüzde analizi sonuçlarına göre MLP şirketinde özellikle 2018 yılında çok yüksek bir artış yaşanmıştır.

Lokman Hekim şirketinin bilanço aktifinde yer alan dönen varlıklar hesabı Covid-19 başlangıcına kadar istikrarlı bir artış gösterirken, 2019 yılından sonra sürekli bir düşüş yaşamıştır. Dönen varlıklar hesabının altında yer alan nakit ve nakit benzerleri kaleminde dönen varlıkların aksine 2018 yılı haricinde ciddi oranda bir artış sağlanmıştır. Yine duran varlıklar hesabının eğilim yüzdelerine göre Lokman Hekim şirketi 2019 yılına kadar artış sağlarken, 2019 yılından sonra sürekli bir azalış yaşamıştır. Bilançonun pasifinde yer alan kısa vadeli yükümlülükler hesabı bakımından şirket 2018 yılında %44'lük bir artış yaşamış fakat izleyen diğer yıllarda bu hesap için istikrarlı bir azalış sergilemiştir. Öz kaynaklar hesabı eğilim yüzdelerine göre Lokman Hekim şirketinin 2019 yılına kadar ilgili hesabında azalış görürken sonraki izleyen yıllarda 2017 baz yılına göre 2021 yılında %43'lük bir artış göstermiştir. Trend analizine ilişkin ayrıntılı sonuçlar Tablo 2'de yer almaktadır.

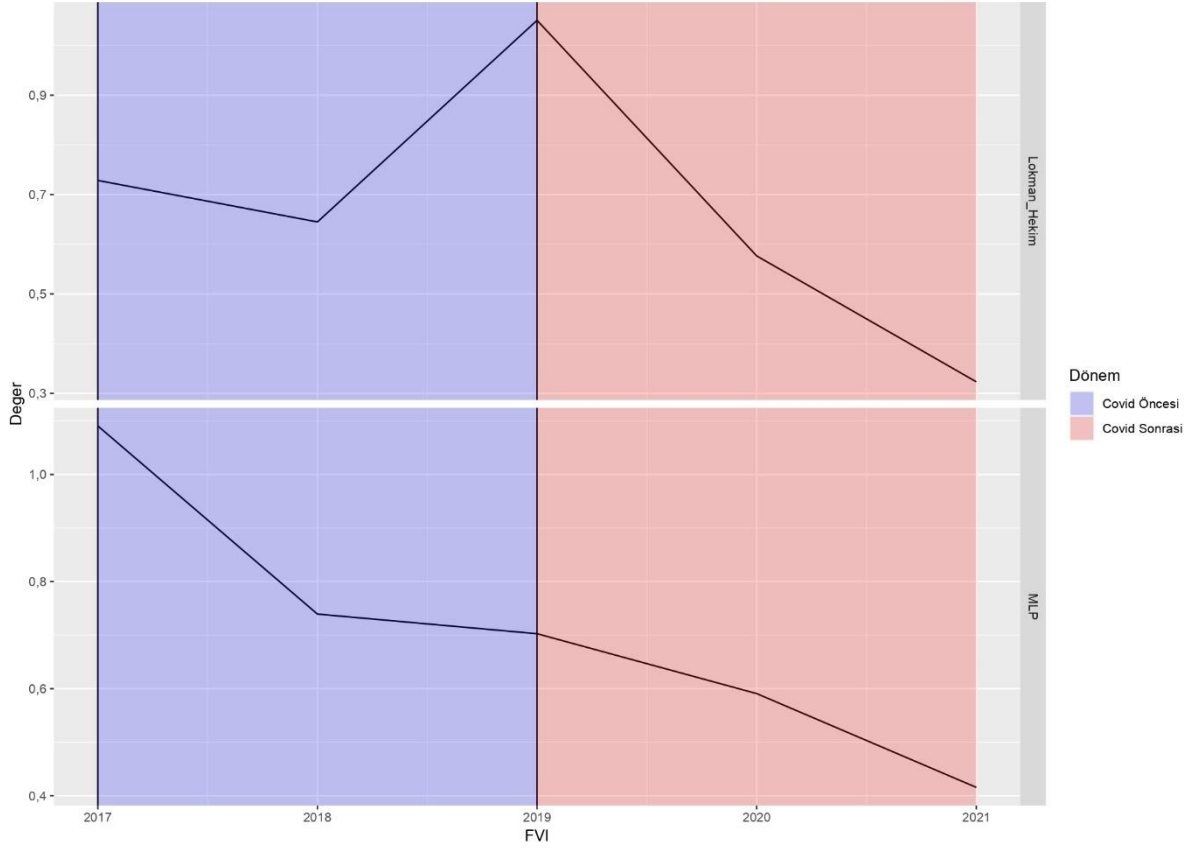
Tablo 2. Trend Analizi Sonuçları

Bilanço Kalemleri	Şirket	2017/12	2018/12	2019/12	2020/12	2021/12
Dönen Varlıklar	MLP	100	105	110	122	112
	Lokman Hekim	100	102	104	84	70
Nakit ve Nakit Benzerleri	MLP	100	85	104	111	148
	Lokman Hekim	100	52	240	275	258
Ticari Alacaklar	MLP	100	99	98	99	83
	Lokman Hekim	100	91	91	74	61
Stoklar	MLP	100	129	130	143	264
	Lokman Hekim	100	135	142	98	75
Duran Varlıklar	MLP	100	93	104	99	91
	Lokman Hekim	100	103	128	122	113
Kısa Vadeli Yükümlülükler	MLP	100	99	114	122	125
	Lokman Hekim	100	144	133	114	93
Uzun Vadeli Yükümlülükler	MLP	100	70	95	87	61
	Lokman Hekim	100	68	136	103	62
Öz Kaynaklar	MLP	100	2419	1048	1123	1575
	Lokman Hekim	100	87	88	110	143

4.2. Finansal Yaşam İndeksi Sonuçları

FVI indeksinin 1'e eşit ve 1'den büyük olması işletmenin finansal olarak sorun yaşadığını göstermektedir. FVI ne kadar düşük ise ilgili işletmenin finansal yaşam kapasitesinin o kadar iyi olduğu söylenmektedir. Her iki şirket için hesaplanan FVI'ya göre Lokman Hekim şirketi için Covid-19 dönemi öncesi ve sonrası önemli farklılıklar göstermektedir. Lokman Hekim şirketinin FVI'sı 2017 yılında 0,72 iken bu indeks değeri 2019 yılında 1,05'e yükselmiştir. Ancak Covid-19 döneminden hemen sonra 2020 yılında 0,57 ve 2021 yılında 0,32 olarak belirlenmiştir.

MLP şirketinin FVI'sı 2017 yılından 2021 yılına kadar sürekli bir düşüş göstermiştir. Söz konusu indeks MLP şirketi için 2017 yılında 1,09 iken 2019 yılında 0,70 ve 2021 yılında 0,41 olarak gerçekleşmiştir. Özetle çalışma kapsamında bulunan her iki sağlık şirketinin de yıllar itibari (2017-2021) ile FVI değerlerindeki azalış söz konusudur ve bu durum şirketlerin finansal yaşam kapasitelerini artırdıklarını göstermektedir. Buna göre incelenen yıllar içerisinde her iki şirketin de finansal performansında iyileşmeler gözlemlendiği fark edilmektedir. Şirketlerin FVI'larının yıllara göre değişimi Grafik 5'te verilmiştir.

Grafik 5. Finansal Yaşam İndeksi

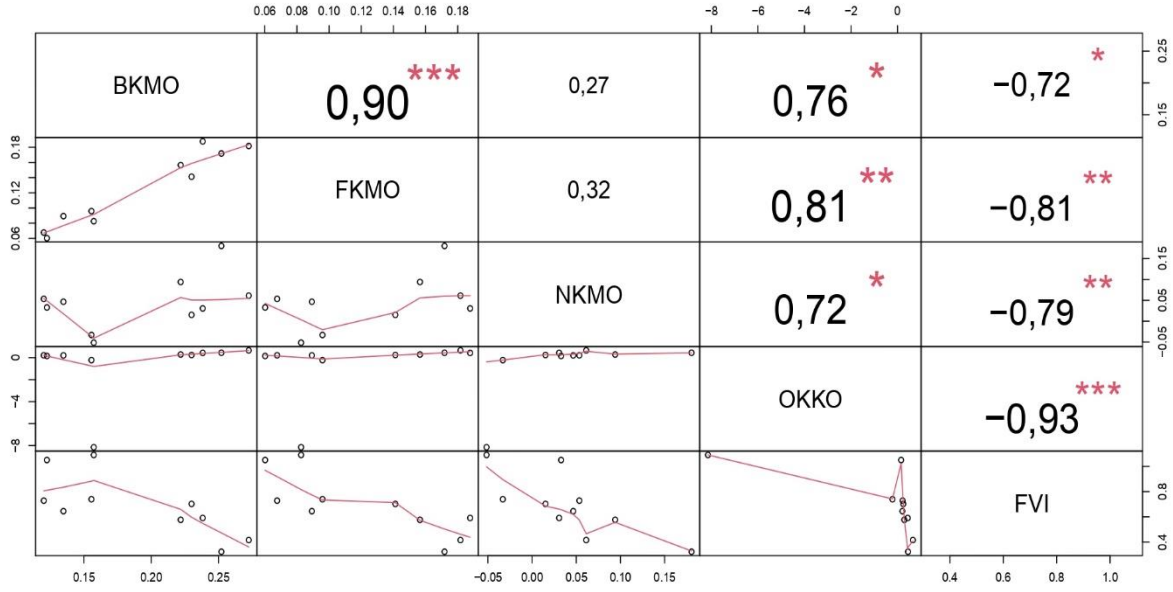
*Oran isimleri için Tablo 1'e bakınız.

4.3. Finansal Yaşam İndeksi ve Kârlılık Oranları Arasındaki İlişki

Daha önce açıklandığı üzere kârlılık durumuna ilişkin oranlar işletmenin faaliyetleri sonucunda yeterli kâr sağlayıp sağlayamadığını ölçmek için yararlanılan oranlardır. Bir işletme faaliyetleri neticesinde ne oranda kâr sağlıyor ise finansal olarak yaşama kabiliyetini o derecede artırıyor demektir. Kâr oranlarındaki artış işletmenin bilanço aktifinde yer alan cari oranı pozitif yönde etkileyerek artırmaktadır. FVI bileşenlerinden olan cari oranın yüksek olması ise FVI değerini düşürmektedir. Sonuç olarak FVI değerindeki küçülme işletmenin finansal yaşamında iyileşmeye işaret ettiğinden, kârlılık oranları ile FVI arasında negatif yönlü bir ilişkinin bulunması beklenmektedir.

Grafik 6'da yer alan korelogramda FVI ve kârlılık oranlarının saçılım grafikleri ile Spearman sıra korelasyon katsayısı kullanılarak elde edilen korelasyon katsayıları birlikte verilmiştir. Buna göre FVI ile brüt kâr marjı oranı değişkeni arasında güçlü ve negatif yönlü ilişki vardır ($r_s = -0,72; p < 0,05$). Faaliyet kâr marjı oranı ile FVI arasında çok güçlü ve negatif yönlü ($r_s = -0,81; p < 0,01$), net kâr marjı oranı ile FVI arasında güçlü ve negatif yönlü ($r_s = -0,79; p < 0,01$) ve öz kaynak kârlılığı oranı ile FVI arasında çok güçlü negatif yönlü ($r_s = -0,93; p < 0,01$) ilişki vardır. Özetle incelenen kârlılık oranları ve FVI değerleri arasında negatif yönlü, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Grafik 6. Finansal Yaşam İndeksi ve Kârlılık Oranları Arasındaki İlişkilere Ait Korelogram



*Oran isimleri için Tablo 1'e bakınız.

V. TARTIŞMA

Sağlık alanında faaliyet gösteren şirketler; faaliyette buldukları pazarda devamlılıklarını sağlamak için bağlı ortaklıklar aracılığı ile yatırımlarına devam etmekte ve faaliyet sonuçlarını kullanıcılara konsolide finansal tablolar aracılığı ile sunmaktadır (Aslan, 2014). Küresel muhasebe standartlarının gerekli formatlarını taşıması açısından konsolide finansal tablolar karşılaştırmalı amaçlar için referans noktası sağlamaktadır (Wise, 2006). Türkiye'de son yıllarda yüksek oranda büyümeye sahip ana ve bağlı ortaklık ile faaliyetlerine devam eden sağlık sektörünün en büyük paydaşlarından olan özel sağlık şirketlerinin yatırımlarını doğru şekilde yönlendirmesi ve etkin finansal kararlar alabilmesi sürekli finansal performans analizleri ile mümkündür. Ancak ana ve bağlı ortaklıkların ayrı ayrı finansal tabloları ve konsolide finansal tablolarının sonuçları kıyaslandığında aralarında açık bir fark olduğu bilinmektedir (Carini ve Teodori, 2019). IFRS kullanılarak hazırlanan konsolide finansal tablolar gruba bağlı ana ve bağlı ortaklıkların performans sonuçlarının daha doğru yorumlanmasına olanak tanıyarak karar vermede şirket yöneticilerine, yatırımcılara ve ilgili mevzuat gereği bildirim yapılması gereken düzenleyici ve denetleyici kurumlara özet bilgiler sunmaktadır (Issakova vd., 2017). Bu çalışmada elde edilecek bulguların doğru ve karşılaştırılabilir olması açısından konsolide tabloların kullanılmış olması literatürde yer alan konsolide tabloların kullanım alanları ile paralellik göstermektedir.

Kısa vadeli borçların kapsamını değerlendirmek için kısa vadeli yabancı kaynaklar likit varlıklarla ilgili olarak analiz edilir (Sağlam ve Orhan, 2018). Likidite oranları incelenerek işletmelerin tedarikçilere karşı olan yükümlülükleri değerlendirilmektedir. Çalışma bulgularında sağlık alanında faaliyet gösteren Lokman Hekim ve MLP şirketlerinin asit test ve cari oranların benzer eğilime sahip olduğu ve genel anlamda bu oranların 1'in altında değer aldığı görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde 2 ve gelişmekte olan ülkelerde cari oranın 1,5'in altında olmaması gerektiği düşünüldüğünde çalışmada yer alan sağlık şirketlerinin dönen varlıklarla kısa vadeli yabancı kaynaklarını karşılamayacağı düşünülebilir. Bu durum şirketlerin kısa vadeli borçlanma ihtiyaçları olduğunda daha yüksek maliyetlerle karşılaşmasına sebep olabilmektedir. Ancak şirketlerin cari oranını tek başına değerlendirmek yeterli değildir. Stok devir ve alacak devir hızları ile değerlendirildiğinde daha sağlıklı kıyaslamalar yapılabilir. Nakit oranı açısından ise her iki sağlık şirketinin de genel kabul görmüş olan 0,20'nin (Bülüş vd., 2017) altında değerler aldığı görülmüştür. Nakit oranının yüksek olması işletmenin

elinde gereğinden fazla nakit bulundurduğu ve yüksek fırsat maliyeti ile karşılaşabileceği şeklinde yorumlanabilir. Aynı şekilde nakit oranının 0,20'nin altına düşmesi ise olağan üstü durumlarda hazır değerler ile kısa vadeli borçların ödenebilmesinin zor olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak şirketlerin konsolide finansal tabloları aracılığı ile hesaplanan likidite oranları açısından finansal performansları sınır kabul edilen değerlerin altında yer almaktadır. Bu durum ödeme yapanların tıbbi bakım standartlarına ilişkin taleplerinden kaynaklanan artan maliyetler nedeniyle ve tıp kurumlarında çalışan tıp mesleklerini icra eden personelin temel maaşında bir artış da dahil olmak üzere likit oranları üzerinde baskı oluşturabilmesi ile açıklanabilir (Maşlach vd., 2019). Dönen varlıklarda meydana gelen azalmaya kısa vadeli yabancı kaynaklardaki artışın eşlik etmesi hem Lokman Hekim hem de MLP şirketinin likidite oranları üzerindeki baskıyı artıran diğer bir etmendir (KAP, 2022b, 2022c). Bulgular değerlendirildiğinde Covid-19 sürecinde her iki sağlık şirketinin de finansal kaldıraç oranının iyi yönde seyrettiği görülmektedir. Ancak Lokman Hekim MLP'ye kıyasla bu oran bakımından daha iyi durumdadır. Finansal kaldıraç oranı ile esasında şirketlerin varlıklarının ne kadarının kısa ve uzun dönemli borçlarla finanse ettiği bildirilmektedir. Bu açıdan yüksek finansal kaldıraç oranı yine şirketlerin ileride ihtiyaç duyacağı fon için yararlanmak istediği kredilere ulaşmada zorluk yaşama ihtimalini ortaya çıkarmaktadır. Ancak finansal kaldıraç oranının başka bir deyişle borçlanma oranının kabul edilebilir seviyede tutulmasının borçların etkin yönetimi sayesinde uzun vadede işletmenin karlılığına olumlu etkide bulunabileceği bilinmektedir. Bu nedenle konsolide mali tabloları incelenen işletmelerin borçların etkin yönetimine ihtiyaç duydukları anlaşılmaktadır. Diğer taraftan bu çalışmada MLP şirketinin finansal kaldıraç oranının likidite oranlarından asit test ve cari oranla ters yönde hareket ettiği çalışma bulguları arasında yer almıştır. Literatürde sunulan likidite ile finansal kaldıraç oranı arasında negatif korelasyon sonuçları bu çalışma bulgusu ile örtüşmektedir (Bem vd., 2014). İşletmenin sadece öz sermayesi ile borçlarını ödeyebilme yeteneğini gösteren borçlar/öz sermaye oranı MLP şirketinde 2017 yılında çok yüksek olarak çalışma bulgularında yer almıştır. Bu durum MLP şirketinin 2017 yılında çok düşük bir öz kaynağa sahip olmasından kaynaklanmaktadır. Trend analizi sonuçları ile değerlendirildiğinde MLP'nin öz kaynaklarını 2017'den 2018 yılına 100'den 2419'a yükselttiği ve 2018 yılında borçlar/öz sermaye oranında ciddi bir düşüş yaşadığı çalışma bulgularının birbirini desteklediğini göstermektedir. Yine de borçlar/öz sermaye oranı her iki sağlık şirketi için genel kabul görmüş (≤ 1) oranın oldukça üzerinde gerçekleşmiştir (Özer, 2012). Borçlar/öz sermaye oranının 1'den büyük olması kaynak dengesizliğinin bulunduğunu ve her iki sağlık şirketinin de faaliyetlerini yabancı kaynaklara borçlanarak sürdürdüğünü bildirmektedir. Türkiye'de 6 özel hastanenin 2012-2017 yılları aralığındaki finansal tabloları üzerinde yapılan bir çalışmada hastanelerin borçlar/öz sermaye oranı açısından 1 eşik değerinin çok üzerinde bir orana sahip oldukları ve bunun sebebinin söz konusu bu hastanelerin borçlanarak faaliyetlerini sürdürdükleri olarak tespit edilmiştir (Güngör Tanç ve Erciyes Eravcu, 2021). MLP sağlık şirketinin kârlılık oranları sürekli artış eğilimi göstermiştir. Lokman Hekim şirketinin kârlılık oranları ancak Covid-19 başlangıcından hemen sonra artış gösterebilmiş ve MLP sağlık şirketinin değerlerine yaklaşmıştır. Bir işletmenin kârlılık oranları ölçülürken dikkat edilmesi gereken hususlardan biri genel ekonomik koşullar ve içinde bulunulan dönemin durumudur (Ceylan ve Korkmaz, 2015). Bu açıdan Covid-19 pandemisinin olağan dışı bir dönem olması Lokman Hekim ve MLP şirketlerinin kârlılık oranlarının değerlendirilmesinde dikkate alınması gereken önemli bir faktördür. Öz kaynak kârlılığı bakımından MLP şirketi 2019 yılına kadar negatif değer alırken ancak 2019 yılında pozitif bir değere kavuşmuştur. Öz kaynak kârlılık oranının negatif değer alması şirketin zarar etmesi ve 2019 yılına kadar öz sermayenin getiri sağlamadığı şeklinde yorumlanmaktadır (Alper ve Biçer, 2017).

Literatürde yer alan FVI ile ilgili çalışmalar çok sayıda hastanenin finansal sürdürülebilirlik bakımından kıyaslanması amacıyla yapılmıştır. Türkiye'de 801 hastanenin 2005 yılı finansal verileri kullanılarak hesaplanan FVI ile hastanelerin finansal performansları karşılaştırılmış, ancak 14 hastanenin finansal performansının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Özgülbaş vd., 2009). Kaliforniya'da hastanelerin finansal sürdürülebilirliği ile yönetim kurulu bileşimi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için akut ve kronik bakım hastanelerinin finansal ve yönetim kurulu verileri kullanılarak yapılan bir başka çalışmada hastane yönetimine içeriden katılım ile hastane finansal yaşam kapasitesi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Molinari vd., 1993). Bu çalışmada ise her iki sağlık şirketinin zamana göre (2017-2021 yılları aralığı) FVI'ları hesaplanmış şirketlerin hem zaman içerisinde kendi

finansal sürdürülebilirliği hem de iki sağlık şirketinin karşılaştırmalı finansal yaşam durumu birlikte incelenmiştir. Finansal göstergelerin cari likidite oranı, asit test oranı ve borç/özsermaye oranı, brüt kâr marjı oranı, faaliyet kâr marjı oranı, faiz öncesi kazanç, ile ölçülen şirket performansını önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir (Batrancea, 2021). Özet bir performans ölçüsü olan ayrıca cari oran, sermaye yapısı oranı ve faaliyet oranı şeklindeki üç finansal oranın bileşiminden oluşan FVI ile kârlılık oranları arasında negatif yönlü güçlü ilişki bu çalışmanın önemli bir başka bulgusudur. Düşük faaliyet kâr marjı -bu durum yüksek gider ile açıklanabilmektedir- hastanelerin finansal sürdürülebilirliğini uzun vadede olumsuz etkilemektedir (Upadhyay ve Smith, 2020). Brüt kâr marjı oranı ve net kâr marjı oranındaki artış FVI hesaplanırken kullanılan faaliyet oranının (faaliyet gideri/faaliyet geliri) düşük skorlarla sonuçlanmasına olanak sağlamaktadır. Bu durum işletmenin FVI sonucunu da düşürerek işletmenin finansal olarak sürdürülebilir olmasına katkı sunmaktadır.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Artan şirket birleşmeleri, ticaretin uluslararasılaşması, çok uluslu şirketlerin artış göstermesi beraberinde evrensel muhasebe standartlarını getirmiştir. Konsolide finansal tabloların evrensel muhasebe standartlarına uygun hazırlanması yatırımcılara aynı faaliyet alanına sahip grup şirketlerinin kıyaslanabilmesi için doğru, net bilgiler sunmaktadır. Ayrıca bağlı ve ana ortaklığı bulunan sağlık şirketlerinin tek tek finansal tablolarını değerlendirmenin ötesinde konsolide bilanço ve konsolide gelir tablosu üzerinde finansal analiz tekniklerinin uygulanması, grubun kâr, zarar gibi faaliyet sonuçlarını değerlendirmede kestirme bir yoldur. Araştırma kapsamında yer alan her iki sağlık şirketinin konsolide finansal tablolarından elde edilen oranlara göre sağlık şirketlerinin likidite yetersizliği nedeniyle kısa ve uzun vadeli yükümlülüklerini yerine getirmede zorlanmaları beraberinde finansal başarısızlığı getirecektir. Yine şirketlerin faaliyetlerine devam ederken yabancı kaynaklara bağımlı olmaları ve borç-öz sermaye dengesi açısından kabul gören oranlardan çok uzakta yer almaları şirketlerin finansal sürdürülebilirliğini olumsuz etkilemektedir. Literatürde işletmelerinin finansal durumunu değerlendirmede kullanılan çok sayıda orana alternatif olarak geliştirilmiş olan FVI, bir bakışta yatırımcılara ilgili şirketin finansal durumu ve finansal açıdan ne ölçüde sürdürülebilir olduğu konularında önemli bilgiler sunan özet bir indekstir. Sağlık sektörü özelinde bu indeks hastane işletmeleri için hastane yaşam indeksi olarak da sık sık kullanılmaktadır. Bu çalışmanın çarpıcı bulgularından birisi finansal performansa ilişkin nihai bilgiler sunan kârlılık oranları ile FVI arasındaki ters yönlü ve güçlü ilişkilidir. Çalışmada kârlılık oranlarındaki iyileşmenin FVI ile negatif yönlü güçlü ilişkisi vurgulanmıştır. Şirketlerin faaliyetleri sonucunda kâr marjı oranlarındaki artış bilanço aktiflerini artırmakta ve beraberinde şirketin yükümlülüklerini yerine getirmedeki yeteneğini geliştirmektedir. Doğal olarak bu durum da şirketin finansal yaşama kabiliyetini artırmaktadır. Covid-19 sürecinde sağlık şirketlerinin özellikle kârlılık oranlarında iyileşmelerin olduğu görülmektedir. Bu iyileşmelere Covid-19'un ne derecede etki gösterdiği sonraki çalışmalarla belirlenebilir. İleride yapılacak çalışmalar için konsolide finansal tablolar üzerinde dinamik nitelikte farklı finansal tablo analiz tekniklerinin uygulandığı çalışmaların tasarlanması önerilmektedir. Ayrıca grup işletmelerinin birbirleri ile ilgili işlemlerin ve grup içi varlık ile borçların tamamının dışarıda tutularak hazırlanan konsolide finansal tablolar ile grup şirketine bağlı ana ve bağlı ortaklıkların finansal tablolarının ayrı ayrı analizlerinin yapılarak konsolidasyon öncesi ve sonrası arasındaki farkın ortaya çıkarılmasının literatüre katkı sunacağı düşünülmektedir.

Etik Kurul İzni: Kamuoyuna açık ikincil veriler kullanıldığından etik kurul izni gerekmemektedir.

KAYNAKLAR

- Ağırbaş, İ. (2014). *Sağlık kurumlarında finansal yönetim ve maliyet analizi*. Siyasal Kitabevi.
- Alper, A., & Biçer, E. B. (2017). Kamu hastanelerinde finansal performansın oran analizi ile ölçülmesi: bir kamu hastanesi rneği. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 18(2), 337-357.
- Arsoy, A. P. (2016). Konsolide finansal tablolar standardına göre edinim tarihindeki konsolidasyon prosedürleri. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (69), 25-40.
- Aslan, . (2014). Konsolidasyon raporları ve finansal raporlara olan etkileri. *Muhasebe Bilim Dünyası Dergisi*, 16(4), 77-97.
- Asmaul, H., & Satria, I. (2019). Effects of return on asset, debt to asset ratio, current ratio, firm size, and dividend payout ratio on firm value. *International Journal of Economics and Financial Issues*, 9(5), 50-54.
- Atan, M., Cam, E., & Yılmaz, E. (2019). Türkiye sağlık sistemi performansı üzerine trend analizi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 29-44.
- Batrancea, L. (2021). The influence of liquidity and solvency on performance within the healthcare industry: evidence from publicly listed companies. *Mathematics*, 9(18), 2231.
- Bem, A., Prdkiewicz, K., Prdkiewicz, P., & Ucieklak-Jeź, P. (2014). Determinants of hospital's financial liquidity. *Procedia Economics and Finance*, 12, 27-36.
- Budiharjo, R. (2019). Effect of profitability, leverage, activity ratios, market ratios and environmental performance to share prices. *Scholars Bulletin*, 5(10), 585-592.
- Bl, F., zkan, O., & Ağırbaş, İ. (2017). Oran analizi yöntemiyle zel hastane finansal performansının değerlendirilmesi. *International Journal of Academic Value Studies*, 3(11), 64-72.
- Carini, C., & Teodori, C. (2019). Making Financial Sustainability Measurement More Relevant: An Analysis of Consolidated Financial Statements. İçinde J. Caruana, I. Brusca, E. Caperchione, S. Cohen, & F. Manes Rossi (Ed.), *Financial Sustainability of Public Sector Entities: The Relevance of Accounting Frameworks* (pp. 103-121). Springer International Publishing.
- Ceylan, A., & Korkmaz, T. (2015). *Finansal yönetim temel konular* (9. Baskı). Ekin Yayınevi.
- Chamisa, E., Mangena, M., Pamburai, H. H., & Tauringana, V. (2018). Financial reporting in hyperinflationary economies and the value relevance of accounting amounts: hard evidence from Zimbabwe. *Review of Accounting Studies*, 23(4), 1241-1273.
- Cırstea, A. (2014). The need for public sector consolidated financial statements. *Procedia Economics and Finance*, 15, 1289-1296.
- il Koyіđit, S., Biyik, E., & Ertaş, ř. (2022). Özel bir sağlık işletmesinin finansal performansının trend analizi ile değerlendirilmesi. *Abant Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(1), 165-180.
- Durna Kezik, ř. (2008). *Ulusal ve uluslararası düzenlemeler çerçevesinde şirket birleşmeleri ve konsolide finansal tablolar* [Yüksek Lisans Tezi]. Erciyes Üniversitesi.
- Elmas, B. (2016). *Finansal tablolar analizi*. Nobel Akademik Yayıncılık.

- Farooq, I., & Ali, S. (2020). COVID-19 outbreak and its monetary implications for dental practices, hospitals and healthcare workers. *Postgraduate Medical Journal*, 96(1142), 791-792.
- Filipova, F., Atanasov, A., Petrova, R., & Marinova, R. (2021). Improving communication through financial statements: some effects of applying the international accounting standards board initiative. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(2), 761-781.
- Gider, Ö. (2011). Ekonomik kriz dönemlerinin özel hastanelere etkileri: bir özel hastanenin oran analizleri yöntemiyle finansal performansına bakış. *Öneri Dergisi*, 9(36), 87-103.
- Gomes, P., Brusca, I., & Fernandes, M. J. (2019). Implementing the international public sector accounting standards for consolidated financial statements: facilitators, benefits and challenges. *Public Money & Management*, 39(8), 544-552.
- Göçer, K. (2015). Mali tablolar analizi: Pendik Belediyesi örneği. *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 10(1).
- Güngör Tanç, Ş., & Erciyes Eravcu, T. (2021). Özel hastanelerde finansal performans analizi: Kayseri ilinde faaliyet gösteren özel hastaneler üzerine bir araştırma. *Türk Turizm Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 381-397.
- Hung, M., & Subramanyam, K. R. (2007). Financial statement effects of adopting international accounting standards: the case of Germany. *Review of Accounting Studies*, 12(4), 623-657.
- IFRS. (2022, Haziran 10). *Who we are*. <https://www.ifrs.org/about-us/who-we-are/>
- Issakova, S. A., Moldabekova, A. S., Kenzhebayeva, M. T., Alibekova, V. N., & Tuleyeva, G. T. (2017). Preparing consolidated financial statements in accordance with IFRS. *European Research Studies Journal*, 20(3A), 458-469.
- Işıkçelik, F., Turgut, M., & Ağırbaş, İ. (2022). Hastanelerde finansal performansın farklı analiz yöntemleri ile değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 13(34), 505-519.
- KAP. (2022a, Haziran 19). *Genel bilgi*. <https://www.kap.org.tr/tr/menu-icerik/KAP-Hakkinda/Genel-Bilgi>
- KAP. (2022b, Haziran 19). *Lokman Hekim Engürüsağ Sağlık Turizm Eğitim Hizmetleri ve İnşaat Taahhüt A.Ş.* <https://www.kap.org.tr/tr/sirket-bilgileri/ozet/4028e4a24158e42401415f1d4417412e>
- KAP. (2022c, Haziran 19). *MLP Sağlık Hizmetleri A.Ş.* <https://www.kap.org.tr/tr/sirket-bilgileri/ozet/4028e4a1462cc5dd01465c9550782baa>
- KAP. (2022d, Haziran 18). *MLP Sağlık Hizmetleri A.Ş. faaliyet konusu*. <https://www.kap.org.tr/tr/sirket-bilgileri/genel/2118-mlp-saglik-hizmetleri-a-s>
- Karaömer, Y., & Özbirecikli, M. (2019). Effects of financial reporting differences in between BOBI FRS and MSUGT on financial statement analysis: An investigation on financial structure ratios. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (84), 233-250.
- Karayağız, K. T. (2002). *Enflasyonist ortamda konsolidasyon teknikleri* [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Teknik Üniversitesi.

- Kholmurodov, O. (2022). Consolidated financial statements and their theoretical foundations. *Journal of Marketing and Emerging Economics*, 2(5), 139-142.
- Khullar, D., Bond, A. M., & Schpero, W. L. (2020). COVID-19 and the financial health of US hospitals. *JAMA*, 323(21), 2127.
- Lessambo, F. I. (2018). *Consolidated financial statements*. Springer.
- LKMNH. (2022, Mayıs 30). *Lokman Hekim Engürüsağ A.Ş. 2021 Yılı Faaliyet Raporu*. <https://www.kap.org.tr/tr/Bildirim/1002630>
- Madushanka, K., & Jathurika, M. (2018). The impact of liquidity ratios on profitability. *International Research Journal of Advanced Engineering and Science*, 3(4), 157-161.
- Maślach, D., Markiewicz, J., Warelis, A., & Krzyżak, M. (2019). Importance of financial liquidity in hospital management. *Przegląd Epidemiologiczny*, 73(3), 369-381.
- MLPCARE. (2022, Mayıs 25). *MLPCARE 2021 Faaliyet Raporu*. <https://www.kap.org.tr/tr/Bildirim/1010154>
- Molinari, C., Morlock, L., Alexander, J., & Lyles, C. A. (1993). Hospital board effectiveness: relationships between governing board composition and hospital financial viability. *Health Services Research*, 28(3), 358-377.
- Narine, L., Pink, G., & Leatt, P. (1996). Prediction of the financial performance of Ontario hospitals: A test of environmental determinist and adaptationist perspectives. *Health Services Management Research*, 9(3), 137-155.
- Oswald, S. L., Harrison, A. W., & Woerner, W. L. (1992). Correlating strategic variables to hospital risk of failure. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 5(3).
- Özari, Ç., & Demir Erol, E. (2019). Trend analizi ve gri ilişkisel analiz yöntemleriyle finansal performans analizi. *Research Studies Anatolia Journal*, 2(5), 230-246.
- Özer, Ö. (2012). Mali tablolar analizi: Bir hastane örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi*, 3(6), 183-199.
- Özgülbaş, N., Koyuncugil, A. S., Bilgin, M., & Altıparmak, A. (2009). Kamu hastanelerinin finansal performansını etkileyen örgütsel faktörlerin belirlenmesi. *Verimlilik Dergisi*, (4), 103-114.
- Pamukçu, F. (2011). Finansal raporlama ile kamuyu aydınlatma ve şeffaflıkta kurumsal yönetimin önemi. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (50), 133-148.
- Pegels, C. C. (1984). A model for evaluating financial viability of a hospital. *Third International Conference on System Science in Health Care*.
- Pelletier, J. H., Rakkar, J., Au, A. K., Fuhrman, D., Clark, R. S. B., & Horvat, C. M. (2021). Trends in US Pediatric Hospital Admissions in 2020 compared with the Decade Before the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*, 4(2), e2037227.
- Riahi, R. (2022). Adoption of international accounting standards in emerging countries: A cultural perspective. *European Journal of Business and Management Research*, 7(1), 28-34.
- Riordan, D. A., & Riordan, M. P. (2009). Inflation and financial statement analysis in the international accounting classroom. *Journal of Teaching in International Business*, 20(2), 174-187.

- Sağlam, N., & Orhan, A. (2018). Financial performance of public hospitals revolving funds between 2008-2017 in Turkey. *Journal of Modern Accounting and Auditing*, 14(10), 521-537.
- Schoenbeck, K. P., & Holtzman, M. P. (2013). *Interpreting and analyzing financial statements: A Project-based Approach*. Pearson.
- Selimoğlu, S., & Orhan, A. (2015). Finansal başarısızlığın oran analizi ve diskriminant analizi kullanılarak ölçülmesi: BİST’de işlem gören dokuma, giyim eşyası ve deri işletmeleri üzerine bir araştırma. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (66), 21-40.
- Simamora, R. A., & Hendarjatno, H. (2019). The effects of audit client tenure, audit lag, opinion shopping, liquidity ratio, and leverage to the going concern audit opinion. *Asian Journal of Accounting Research*, 4(1), 145-156.
- Songur, C., Ahmet, K., Mehmet, T., Ali, G., & Babacan, A. (2016). Türkiye Kamu Hastane Birlikleri hastanelerinin finansal performanslarının değerlendirilmesi: Finansal tablo analizleri. *Sayıştay Dergisi*, (100), 1-26.
- SPK. (2022, Haziran 10). *Kurulumuzun muhasebe standartları ile ilgili mevcut düzenlemeleri çerçevesinde mali tablo ve rapor bildirim süreleri hakkında açıklama*. <https://www.spk.gov.tr/Duyuru/Goster/2004217/0>
- Sytnik, O., & Kamenetskaya, M. (2015). Consolidated and consolidated financial reporting. *SWorldJournal*, 21517(2), 78.
- TDK. (2022, Haziran 12). *Türk Dil Kurumu Sözlükleri*. <https://sozluk.gov.tr/>
- Terzi, S. (2013). Uluslararası Finansal Raporlama Standartları (UFRS 10) açısından konsolidasyon ilkeleri ve kontrol modeli. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(1), 281-300.
- Tibiletti, V., Marchini, P. L., Gamba, V., & Todaro, D. L. (2021). The impact of COVID-19 on financial statements results and disclosure: First insights from Italian listed companies. *Universal Journal of Accounting and Finance*, 9(1), 54-64.
- TÜİK. (2022, Mayıs 20). *Enflasyon ve Fiyat*. <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=enflasyon-ve-fiyat-106&dil=1>
- Upadhyay, S., & Smith, D. G. (2020). Cash, cash conversion cycle, inventory and Covid-19. *Journal of Health Care Finance*, 46(4), 37-44.
- Welc, J. (2017). Impact of non-controlling interests on reliability of consolidated income statement and consolidated balance sheet. *American Journal of Business, Economics and Management*, 5(5), 51-57.
- WHO. (2022, Temmuz 01). *COVID-19*. <https://www.who.int/teams/blueprint/covid-19>
- Wise, V. (2006). Cross-Sector transfer of consolidated financial reporting – Conceptual concerns. *Australian Journal of Public Administration*, 65(3), 62-73.
- Yalçın, Z. (2020). TFRS 10 standardı konsolide finansal tablolar: Bir uygulama örneği. *İzmir YMMO Dergisi*, 2(2), 71-84.

Yalkın, Y. K., Demir, V., & Demir, L. D. (2008). International financial reporting standards (IFRS) and the development of financial reporting standards in Turkey. *Research in Accounting Regulation*, 20, 279-294.

Yenisu, E. (2019). Finansal tabloların oran analizi ile incelenmesi: Adese örneği. *Aksaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 3(1), 19-45.

Yiğit, V., & Bayrakçioğlu, S. (2020). Üniversite hastanelerinin finansal performansı: Ankara ili örneği. *Uluslararası İşletme, Ekonomi ve Yönetim Perspektifleri Dergisi*, 4(2), 154-164.

SAĞLIK DİPLOMASİSİ BAĞLAMINDA TÜRKİYE’NİN SUDAN VE SOMALİ’DE YAPTIĞI ÇALIŞMALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ *

Pınar GÜNGÖR KETENCİ **
Haydar SUR ***

ÖZ

Küreselleşmenin önemli bir sonucu olarak karşımıza çıkan sağlık diplomasisi, kamu diplomasisinin bir uygulama aracı ve yumuşak gücün kullanım alanı olarak ele alınmaktadır. Aynı zamanda sağlık, insani bir mesele olduğundan diğer kamu diplomasislerine göre özel bir konumda yer almakta ve insani diplomasi kavramı içerisinde de değerlendirilmektedir. Bu çalışmanın amacı, sağlık diplomasisinde aktif rol alan paydaşların sağlık diplomasisine yönelik görüşleri ve Türkiye’nin 2014 yılından itibaren Sudan ve Somali’de yürüttüğü hastane projelerinin ve diğer sağlık çalışmalarının değerlendirilmesidir. Araştırma, nitel araştırma yöntemlerinden “durum çalışması” çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın amacına uygun olarak amaçlı, maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi ile belirlenen 18 kişi ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler; yüz yüze/online yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Araştırma kapsamında toplanan veriler içerik analizi yöntemiyle değerlendirilmiş, verilerin analizinde MAXQDA Analytics Pro programı kullanılmıştır. Araştırma kapsamında gerçekleştirilen içerik analizinde, 3 tema, 12 kategori ve 188 kod belirlenmiştir. Çözümleme sonucu elde edilen bulgular ilgili literatür doğrultusunda tartışılmış ve araştırmanın amaçları doğrultusunda sonuç ve önerilere ulaşılmıştır. Katılımcıların diplomasi ve sağlık diplomasisine dair anlayışının literatür ile paralellik gösterdiği tespit edilmiştir. Sağlık diplomasisi alanında aktif rol alan paydaşlar tarafından ulusal ve uluslararası birçok kuruluş tanımlanmıştır. Ulusal kuruluşlarda kamu kuruluşları, sivil toplum kuruluşları ve özel kuruluşların tanımlanması, Türkiye’nin çok paydaşlı bir yapıda olduğunu, hükümet ve hükümet dışı kuruluşlar ile sağlık diplomasisi faaliyetlerini yürüttüğünü göstermiştir. Sudan ve Somali’deki hastanelerin donanımlı, örnek teşkil eden, yerel halkın ihtiyaçlarını karşılayan bir yapıda olduğu katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Sağlık diplomasisi Türkiye için yeni bir alandır. Bu alanda yapılan akademik çalışmalar oldukça kısıtlı olmakla birlikte sağlık diplomasisinin öneminin ilerleyen süreçte artacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık diplomasisi, Sağlık politikası, Yumuşak güç, Dış politika, Kamu diplomasisi.


MAKALE HAKKINDA

* Bu makale Pınar GÜNGÖR KETENCİ’nin “Sağlık Diplomasisi Bağlamında Türkiye’nin Sudan ve Somali’de Yaptığı Çalışmaların Değerlendirilmesi” adlı doktora tez çalışmasından üretilmiştir.

** Dr, Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, p_gungor18@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-6154-8481>

*** Prof. Dr, Üsküdar Üniversitesi. haydarsur@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6862-179X>

Gönderim Tarihi: 03.08.2022

Kabul Tarihi: 21.12.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Ketenci P.G., & Sur, H. (2023). Sağlık Diplomasisi Bağlamında Türkiye’nin Sudan ve Somali’de Yaptığı Çalışmaların Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 175-192

ANALYSIS OF TURKEY'S STUDIES IN SUDAN AND SOMALIA WITHIN THE CONTEXT OF HEALTH DIPLOMACY ‡

Pınar GÜNGÖR KETENCİ **
Haydar SUR ***

ABSTRACT

Health diplomacy is a natural result of globalisation and can be defined as a tool of public diplomacy and an area of use for soft power. Because of its human dimension it has a special status among other fields of public diplomacy, and is also evaluated in the concept of human diplomacy. The purpose of this study is to evaluate the remarks of the stakeholders actively taking part in health diplomacy about Turkey's health diplomacy, hospital projects and other health studies conducted in Sudan and Somalia since 2014. This study has been conducted in line with the principles of the "case study", one of the qualitative study methods. According to the aim of the study purposive, maximum variation sampling method was used and in-depth interviews were conducted with 18 persons. Face to face and online face to face interview method, and semi-structured interview form was used to collect data. Data gathered from the study was analyzed with the methods of "content analysis" and data analysis was carried out with the MAXQDA Analytics Pro computer software. According to the content analysis, 3 themes 12 categories and 188 codes were determined. A discussion on the findings of the analysis was carried out with reference to current literature, and conclusions and recommendations were drawn out in line with the aims of the study. The participants' understanding of diplomacy and health diplomacy was found to be parallel with literature. Many national and international organizations have been defined by stakeholders actively taking part in health diplomacy. As national organisations, public, non-governmental, and private organizations have been defined, and it has been observed that Turkey is carrying out health diplomacy actions with many stakeholders from governmental and non-governmental organizations. The participants mentioned that the hospitals in Sudan and Somalia are well equipped, archetypal and satisfy the needs of the local community. Health diplomacy is a new field for Turkey. Although there are limited number of academic studies in this field, health diplomacy will gain more importance in following years.

Keywords: Health diplomacy, Health policy, Soft power, Foreign policy, Public diplomacy.

ARTICLE INFO

‡ This article was produced from Pınar GÜNGÖR KETENCİ's doctoral thesis titled "Evaluation of Turkey's Studies in Sudan and Somalia in the Context of Health Diplomacy".

** Dr, Erenköy Physical Therapy and Rehabilitation Hospital, p_gungor18@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-6154-8481>

*** Prof. Dr, Üsküdar University, haydarsur@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6862-179X>

Received: 03.08.2022

Accepted: 21.12.2022

Cite This Paper:

Ketenci P.G., Sur, H. (2023). Sağlık Diplomasisi Bağlamında Türkiye'nin Sudan ve Somali'de Yaptığı Çalışmaların Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 175-192

I. GİRİŞ

Küresel Sağlık Diplomasisi, sağlıkta, sağlık ve sağlık dışı forumlara yönelik küresel politika ortamına yön veren ve yöneten, çok seviyeli ve aktörlü müzakere süreçlerini ifade etmektedir. Geçtiğimiz on yıllar içinde, küresel sağlık diplomasisine dair çok karmaşık, dinamik ve çeşitlendirilmiş bir küresel sağlık "ekosistemi" ortaya çıkmıştır (Kickbusch, 2021).

Küreselleşme, insan sağlığı üzerindeki doğrudan ve/veya dolaylı etkileri bakımından önemli bir süreçtir. Sağlık hizmetlerine erişim düzeyinde eşitsizlikler artmıştır. Kuzey yarım kürede görülen diyabet, hipertansiyon gibi sağlık sorunları güney yarım kürede görülmeye başlanmıştır; güney yarım kürede görülen enfeksiyon hastalıkları kuzey yarım küreye yansımıştır (Hayran vd., 2017). Bir ülkenin sağlık statüsü, diğer ülkeleri hatta dünyayı etkileyebilmektedir (Reintjes ve Krumkamp, 2005). Küresel ölçekte etkisini gösteren Covid 19 pandemisi buna en iyi örnektir. Bir ülkede ortaya çıkan salgın tüm dünyanın en büyük sorunu haline gelmiştir. Olumsuz etkilerinin yanı sıra küreselleşmenin olumlu etkileri de vardır. Sağlık turizmi, tele-tıp uygulamaları gibi bilişim uygulamalarının yaygınlaşması sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği arttırmıştır (Hayran vd., 2017).

Dünyadaki sağlıkta eşitsizlik göstergelerine bakıldığında; gelişmiş ülkelerin neredeyse hepsinde doğumda beklenen yaşam süresi 75 yıl ve üzeri iken, az gelişmiş ülkelerde doğumda beklenen yaşam süresi 60 yıl kadardır (UNDP, 2020). 1990-2013 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi tüm dünyada 6,2 yıl artmasına rağmen Sahra-altı Afrika ülkelerinde bu artış çok yavaş olmuştur. Bu ülkelerde, erken ölümlülük halen diğer ülkelere ve bölgelere göre çok yüksek seyretmektedir (Hayran, 2016). Anne, bebek, çocuk ölümleri dünyada en fazla az gelişmiş ve/veya en az gelişmiş ülkelerde görülmektedir. Tüm dünyada şimdiye kadar 40,1 milyon kişinin hayatını kaybettiği HIV, önemli bir küresel sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. 2021 yılı sonunda, tahmini 38,4 milyon kişi HIV ile yaşamakta, bunun üçte ikisinin (25,6 milyon) DSÖ Afrika Bölgesinde olduğu görülmektedir (WHO, 2022). UNESCO'nun Dünya Su Raporu'na göre dünyada 2 milyar kişi temiz suya ulaşamamakta ve her gün 5 yaş altı 1.400 çocuk temiz su, sanitasyon ve hijyen yoksunluğu nedeniyle hayatını kaybetmektedir (UNESCO, 2022). Afrika'da iklim ve coğrafi koşullar sebebiyle birçok insan katarakt olmakta ve sağlık hizmetlerine erişemediği için görme yetisini kaybetmektedir (İHH, 2021). Dünya'da yaklaşık 2 milyon kadın obstetrik fistül ile mücadele etmekte ve buna her yıl 50.000-100.000 yeni vaka eklenmektedir. Doğum ve doğum sonrası bakım eksikliğinden kaynaklı görülen fistül, Afrika'da sıttmadan sonra görülen en yaygın hastalıktır (İnsamer, 2021b).

Küreselleşme ile artan sağlık eşitsizlikleri ve sınırları aşan sağlık sorunları için çözümün de küresel ölçekte olması gerekmektedir. Sağlık alanında gerçekleştirilen ikili ve çoklu diplomatik iş birlikleri; toplumların sağlığı, güvenliği, sağlıklı olma durumlarının sürdürülebilirliği açısından her geçen gün artan öneme sahiptir. Böyle bir ekosistemde, ülkelerin dış politikalarına ilave politikalara, programlara, ortaklıklara ihtiyaç duyulmaktadır. Yeni dünya düzeninde küresel sağlık diplomasisi, ülkelerin yumuşak gücünün en önemli uygulama araçlarından birisi olarak ön plana çıkmaktadır. Küresel sağlık diplomasisini kamu diplomasisi uygulamalarında yumuşak gücün bir aracı olarak değerlendirirken aynı zamanda insani diplomasi olarak değerlendirmek de yanlış olmayacaktır. Ülkemiz insani yardım konusunda, 2016 yılında dünyanın en fazla yardım yapan üç ülkesinden biri konumundadır (Hayran, 2016). Türkiye, miktar bazında 2013, 2014 ve 2015 yıllarında listede üçüncü, 2016 ve 2020 yıllarında ikinci, 2017, 2018 ve 2019'da ilk sırada yer almaktadır. İngiltere merkezli "Development Initiatives" kuruluşu tarafından hazırlanan Küresel İnsani Yardım 2022 Raporu'na göre, ABD, 9 milyar 768 milyon dolar insani yardım sağlayarak, miktar bazında listenin başında yer alırken, Türkiye ikinci sırada yer almaktadır (Development Initiatives (2022)).

Türkiye Cumhuriyeti, 2002 yılı itibarıyla dış politikada yeni yaklaşımlar belirlemiş ve yumuşak gücü kullanmaya odaklanmıştır. Bu yeni yaklaşımda, sağlık ve insani yardımlar ön plana çıkmıştır (Erdağ, 2015). Türkiye, bölgesel ve küresel refaha, felaketten etkilenen ülkelere önemli ölçüde insani yardımlar ve kalkınma yardımlarıyla katkıda bulunmaktadır (Dışişleri Bakanlığı, 2022). Bu bağlamda, Türkiye'nin afet, savaş gibi durumlardaki insani yardımların yanı sıra, afet durumları sonrası sağlık

hizmetlerinin sürdürülebilirliğine yönelik verdiği destek bakımından, Sudan ve Somali’de gerçekleştirdiği uygulamalar, başarılı örnekler arasında yer almaktadır. Türkiye’nin 2011 yılından bu yana, Sudan ve Somali’de yürüttüğü insani diplomasi uygulamalarının ardışık üç aşamada gerçekleştiği görülmektedir. Bunlardan birincisi akut dönem/birincil faaliyetler, ikincisi destek ve iyileştirme faaliyetleri, üçüncüsü ise uluslararası sahiplenmeyi ve iş birliğini artırma faaliyetleridir (Battır, 2017). Bu çalışmada; sağlık diplomasisinde aktif rol alan paydaşların sağlık diplomasisine yönelik görüşleri ve Türkiye’nin 2014 yılından itibaren Sudan ve Somali’de yürüttüğü hastane projelerinin ve diğer sağlık çalışmalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

II. YÖNTEM

Sağlık diplomasisi bağlamında Türkiye’nin Sudan ve Somali’de yürüttüğü faaliyetlerin değerlendirilmesine yönelik yapılan bu çalışma, nitel araştırma yöntemlerine bağlı kalınarak yürütülmüştür.

Nitel araştırma yöntemleri; bireylerin ve/veya grupların öykülerine, deneyimlerine, davranışlarına, yaşam tarzlarına, örgütsel yapılarına, söylemlerine, problemlere yüklediği anlamları anlamaya yönelik bir yaklaşıma dayanmaktadır (Özdemir, 2010). Nitel araştırma, bir konu veya problemin keşfedilme ihtiyacı hissedildiğinde gerçekleştirilmektedir (Creswell, 2015). Bu araştırma türü, gözlemcinin yerini belirleyen konumlandırılmış bir aktivitedir. Bu yeri belirlerken, bir dizi yorumlayıcı, materyal uygulamalardan faydalanılır. Bu uygulamalar; alan notları, görüşmeler, mülakatlar, gözlemler, fotoğraflar, kayıtlar ve araştırmacı günlüklerinden oluşur. Bu nedenle; nitel araştırma, bireylerin olaylara verdiği anlamlar bakımından, anlamlandırmaya çalışması ve yorumlaması anlamına gelmektedir (Denzin ve Lincoln, 2011).

Sağlık diplomasisi bağlamında Türkiye’nin Sudan ve Somali’de yaptığı çalışmalarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada; nitel araştırma tasarımlarından durum çalışması (case study) esas alınmaktadır.

Durum çalışması, gerçek yaşamda doğal ortamın içindeki bir durumun derinlemesine araştırılması demektir (Yin, 2011). Durum çalışmalarının takip etmesi gereken bir dizi özellikler şu şekilde açıklanmaktadır: Durum içerisindeki gelişen olayların detaylı ve canlı bir biçimde tanımlanması, kronolojik olarak hikayelendirilmesi, olayların tanımı ile analizi arasında içsel bir tartışmanın oluşturulması, konuya ilişkin anahtar aktörlere odaklanılması, durum içindeki dikkat çeken belirgin olaylara odaklanılması. Yani durum çalışması, olaylar hakkında depo niteliğinde bilgi, belge veya özel bir durum şeklinde tanımlanmaktadır (Aytaçlı, 2012). Veri toplama aşamasında kullanılacak kaynaklar; fiziksel yapılar, görüşmeler, arşiv kayıtları, direkt gözlem, katılımcı gözlem, dokümanlar olarak sınıflandırılmaktadır (Yin, 2011).

Durum çalışma türleri, durumun bir kişi, birkaç kişi veya grup olma, bütünsel bir program veya bir aktivite olma durumuna göre farklılaşmaktadır. Aynı zamanda bu çalışmalar, durum analizinin amacı açısından da değişiklik göstermektedir. Amaç bağlamında üç farklılık olduğu görülmektedir. Bunlardan biri, bir tek araçsal durum çalışması, diğeri çoklu durum çalışması, bir diğeri de içsel durum çalışmasıdır. Bu çalışmada, araştırmanın bir konu veya soruna odaklanması, sonra bu konuyu örneklemesi amacıyla sınırlı bir konu seçilmesi yönüyle “bir tek araçsal durum” çalışmasından faydalanılmıştır.

Araştırma grubundaki bireyler, nitel araştırma örneklem yöntemlerinden, amaçlı, maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Amaçlı, maksimum çeşitlilik örnekleme, problemle bağlantısı olan ve kendi arasında benzer, değişken ve farklı özellik gösteren durumlardan oluşacak biçimde belirlenmektedir (Grix, 2010).

Bu çalışma, amaçlı, maksimum çeşitlilik yöntemi ile ve anahtar kişiler vasıtasıyla yürütülmüştür. Bu bilgiler doğrultusunda, araştırmaya dahil edilmesi planlanan katılımcılar; sağlık diplomasisi alanında akademik çalışmalar yürüten akademisyenler, bu alanda Sudan ve/veya Somali'de gönüllü olarak çalışmış sağlık profesyonelleri, sağlık diplomasisini yürüten devlet kurumlarındaki bürokratlar, Sudan ve/veya Somali'de proje veya program gerçekleştirmiş sivil toplum kuruluşları, Sudan ve/veya Somali'de görev yapan büyükelçi ve diplomatlar olarak seçilmiştir. Planlanan kriterlere uygun tüm kişilere ulaşılmış ve bu kişilerin tamamı çalışmanın amacı anlatıldıktan sonra çalışmada yer almayı kabul etmiştir.

Araştırma kapsamında ulaşılan ve görüşme gerçekleştirilen katılımcılara ait bilgilere Tablo 1'de yer verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcı Listesi

<i>Katılımcı</i>	<i>Sayı</i>
Gönüllü	2
Afrika Araştırmaları-Akademisyen	2
Somali Büyükelçiliği-Diplomat	3
Sudan Büyükelçiliği-Diplomat	1
AFAD	1
KIZILAY	1
TİKA	1
Sivil Toplum Kuruluşu	2
Bürokrat	2
Akademisyen	3
<i>Toplam</i>	<i>18</i>

Nitel araştırmalarda ideal örneklem hacmi ile ilgili bilgi, verinin kalitesiyle ilgilidir (Watson vd., 2017). Aynı zamanda ideal örneklem büyüklüğü hakkında görüş birliği sağlanan ilke, bilgi doygunluğu ile elde edilen verilerin tekrarlanma döngüsü yani verilerin “doyum noktası”dır. Veri, bilgi doygunluğuna ulaştıktan sonra tekrarlanacaktır (Morgan ve Morgan, 2008). Tekrarlanma döngüsünde, tekrarın ilk görüldüğü yerde veri toplamanın durdurulması gerektiği belirtilmektedir (Onwuegbuzie ve Collins, 2007).

Çalışmada, veri doygunluğuna ulaşıncaya kadar ve yeni veri elde edilemeyinceye kadar görüşmelere devam edilmiştir. Bu kapsamda, 18 kişi ile derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmada veri toplama yöntemi olarak, nitel araştırma türlerinden olan görüşme formu tekniğinden faydalanılmıştır. Görüşme formu tekniği, araştırma problemine dair tüm boyutları içermesi için geliştirilmiş bir yöntemdir. Araştırmacı, görüşme esnasında soruların yapısında ve sıralamasında değişiklik yapabilir, bazı konuları derinleştirebilir, görüşmeyi sohbet havasında sürdürebilir, ilave sorular sorabilir (Yıldırım ve Şimşek, 2013). Bu doğrultuda, görüşmelerde odak, araştırma sorusu olmuş; hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu rehberliğinde her katılımcı ile derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Yarı yapılandırılmış görüşme formu; sosyo-demografik özellikler hakkında 3 soru, sağlık diplomasisine dair görüşler hakkında 14 soru, Sudan'daki hizmetlere dair görüşler hakkında 6 soru, Somali'deki hizmetlere dair görüşler hakkında 6 soru olmak üzere 29 sorudan oluşmaktadır. Veri toplama süreci 28 Kasım 2019 tarihinde başlamış, 30 Eylül 2020 tarihinde sonlandırılmıştır. Toplam 18 görüşme yapılmıştır. En kısa görüşme 25 dakika, en uzun görüşme 92 dakika sürmüştür. 18 katılımcı ile toplam 746 dakika görüşme gerçekleştirilmiştir.

Veri analiz sürecine, görüşmelerden elde edilen ses kayıtlarının yazılı olarak bilgisayara aktarılması ile başlanmıştır. Görüşmelerden elde edilen kayıtlar, araştırmacı tarafından içeriklerinde herhangi bir değişiklik yapılmadan deşifre edilmiştir. Görüşmelerin dokümantasyonu ile toplam 185 sayfa ve

63.202 sözcük veri elde edilmiştir. Katılımcılar ile gerçekleştirilen görüşmeler, bilgisayar destekli bir nitel veri analiz programı olan MAXQDA Analytics Pro ile analiz edilmiştir.

Analiz aşamasında ilk olarak veriler kodlanmıştır. Kodlama, nitel çalışma analizinin en önemli basamaklarından biridir. Görüşmeler esnasında, araştırmacılar amaçları doğrultusunda katılımcılara soru yöneltirler, katılımcılar da kendi düzlemlerinden bu sorulara yanıt verirler. Araştırmacılar, katılımcıların kendi düzleminde verdikleri yanıtları çözümlerler. Nitel veri analizinde bu çözümlenme sürecine kodlama denmektedir (Glesne, 2014). Kodlamalara açık kodlama ile başlanılmış akabinde alt kodlamalar yapılmıştır. Son olarak, araştırma sorularına yönelik temalar oluşturulup bu safha tamamlanmıştır.

Veri analizinde, nitel veri analiz yöntemlerinden içerik analizinden faydalanılmıştır. İçerik analizinde amaç, toplanan verilerin açıklanmasını sağlayacak kavram ve ilişkilere ulaşmaktır. İçerik analizinin temelinde gerçekleştirilen yöntem, benzer verileri tanımlayan kavram ve temaların ortaya konması sağlanarak, bu verilerin anlaşılabilir biçimde yorumlanmasıdır (Yıldırım ve Şimşek, 2013). Frekans tablolarında, verilerin kodlanmasından elde edilen kodların, katılımcı sayıları ile sonuçları ifade edilmektedir. Kod-alt kod frekans grafiklerinde, bir kodun alt kodlarına göre katılımcı sayıları gösterilmektedir. Kod-alt kod bölümler ile gösterilen şekillerde, bir kodun alt kodları ile kodlu bölümlerin katılımcı sayıları ifade edilmektedir. Yoğunluk matrisi tablolarında, satır ve sütunlarda bulunan renkli noktalar, o tabloda bulunan kodlu bölüm sayısının yoğunluğunu belirtmektedir. İlişki haritaları, katılımcıların görüşme esnasında aynı konuda birbirleriyle bağlantılı ifade ettikleri konuları içermektedir.

III. BULGULAR

Araştırmanın katılımcıları K1'den K18'e kadar numaralandırılmıştır. Katılımcıların profilleri ile ilgili bilgiler aşağıdaki Tablo 2'de detaylı olarak verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcı Profili

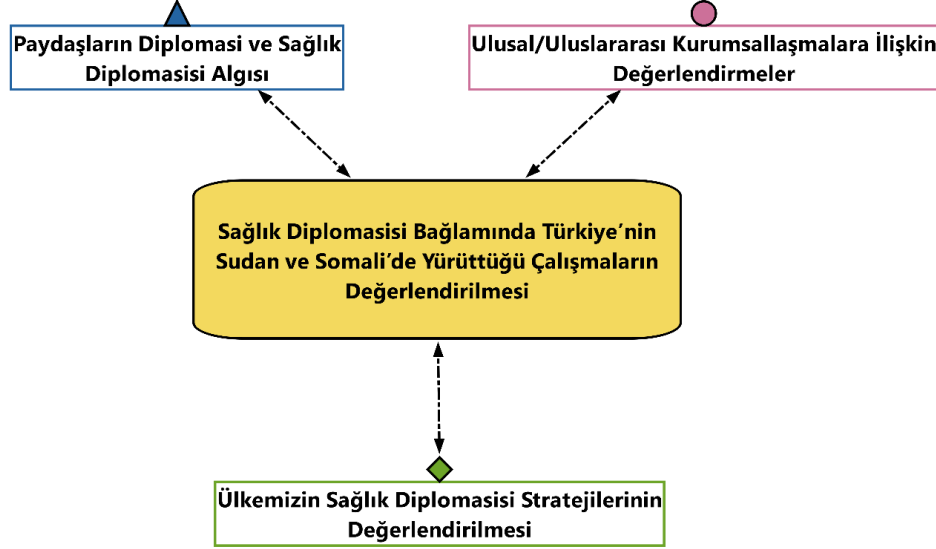
Belge Adı	Belge Grubu	Cinsiyet	Yaş	Eğitim Durumu	Görüşülen Dakika
K1	Gönüllü	Kadın	34	Lisans	30
K2	Gönüllü	Erkek	46	Lisansüstü	50
K3	Afrika Araştırmaları-Akademisyen	Kadın	48	Lisans	38
K4	Afrika Araştırmaları-Akademisyen	Erkek	57	Lisansüstü	40
K5	Somali Büyükelçiliği-Diplomat	Erkek	32	Lisans	35
K6	Somali Büyükelçiliği-Diplomat	Erkek	33	Lisans	35
K7	Somali Büyükelçiliği-Diplomat	Erkek	51	Lisansüstü	71
K8	Sudan Büyükelçiliği-Diplomat	Kadın	45	Lisans	25
K9	AFAD	Erkek	38	Lisansüstü	35
K10	Kızılay	Erkek	50	Lisansüstü	35
K11	TİKA	Erkek	46	Lisans	25
K12	Sivil Toplum Kuruluşu	Erkek	57	Lisansüstü	31
K13	Sivil Toplum Kuruluşu	Erkek	51	Lisansüstü	55
K14	Bürokrat	Erkek	48	Lisansüstü	30
K15	Bürokrat	Erkek	44	Lisansüstü	39
K16	Akademisyen	Erkek	65	Lisansüstü	92
K17	Akademisyen	Kadın	54	Lisansüstü	52
K18	Akademisyen	Erkek	44	Lisansüstü	55

Tablo 2'de görüldüğü üzere, araştırmada 18 katılımcı bulunmaktadır. Katılımcılar meslek ve çalıştıkları kurumlara göre belge gruplarına ayrılmıştır.

3.1. Bulguların Tematik Gösterimi

Araştırma Şekil 1'de görüldüğü üzere 3 ana tema altında toplanmıştır. Bunlar; paydaşların diplomasi ve sağlık diplomasisi algısı, ulusal/uluslararası kurumsallaşmalara ilişkin değerlendirmeler ve ülkemizin sağlık diplomasisi stratejilerinin değerlendirilmesidir.

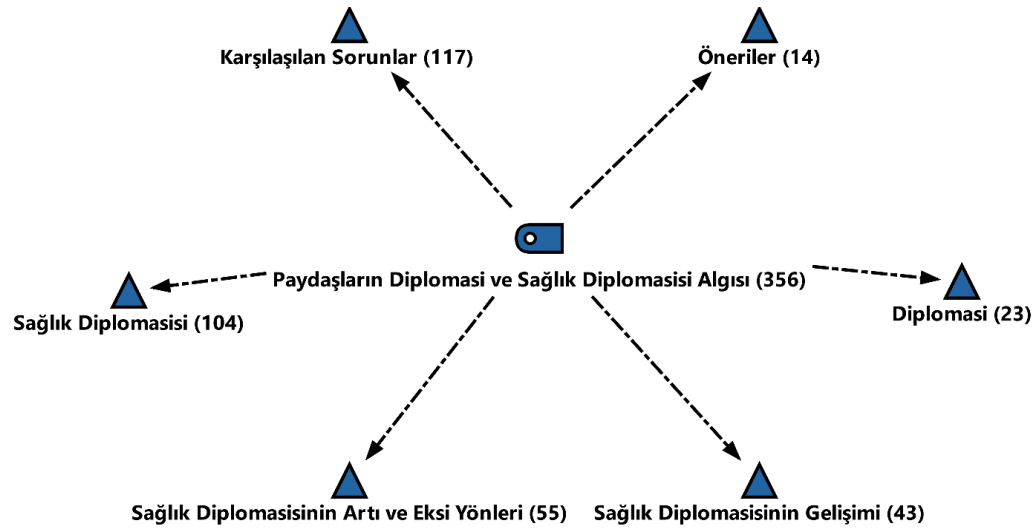
Şekil 1. Sağlık Diplomasisi Bağlamında Türkiye'nin Sudan ve Somali'de Yürüttüğü Çalışmaların Değerlendirilmesi Tema Gösterimi



3.2. Paydaşların Diplomasi ve Sağlık Diplomasisi Algısı Temasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın ilk teması olan paydaşların diplomasi ve sağlık diplomasisi algısı hiyerarşik kod alt bölümler modeli Şekil 2'de görülmektedir. Paydaşların diplomasi ve sağlık diplomasisi algısı teması 6 farklı kategori altında incelenmiştir. Bunlar; diplomasi, sağlık diplomasisi, sağlık diplomasisinin gelişimi, sağlık diplomasisinin artı ve eksi yönleri, karşılaşılan sorunlar ve önerilerdir.

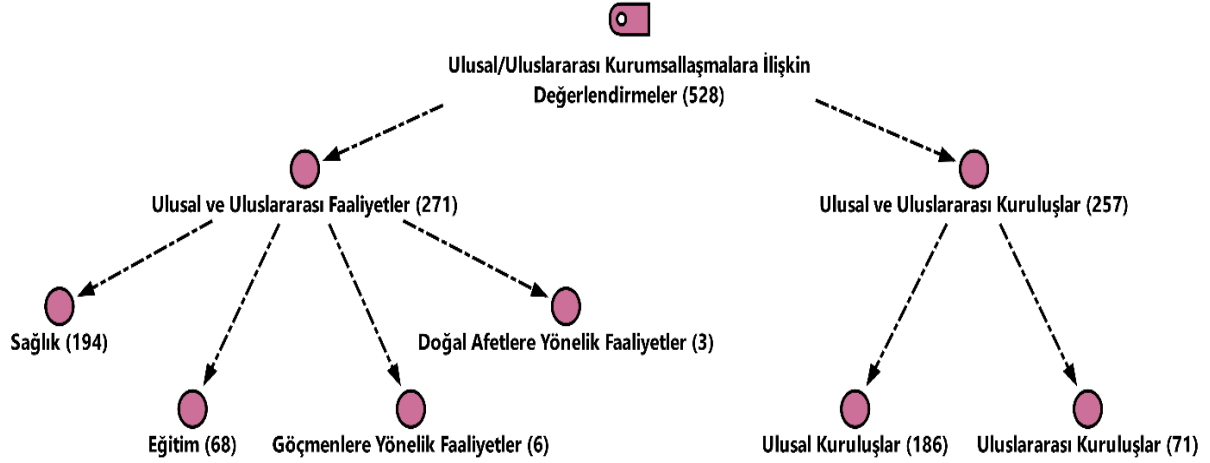
Şekil 2. Paydaşların Diplomasi ve Sağlık Diplomasisi Algısı Teması Kod Alt Kod Bölümler Modeli



3.3. Ulusal/Uluslararası Kurumsallaşmalara İlişkin Değerlendirmeler Temasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın ikinci teması olan ulusal/uluslararası kurumsallaşmalara ilişkin değerlendirmeler hiyerarşik kod alt bölümler modeli Şekil 3’de görülmektedir. Ulusal/uluslararası kurumsallaşmalara ilişkin değerlendirmeler teması 2 farklı kategori altında incelenmiştir. Bunlar; ulusal ve uluslararası faaliyetler ve ulusal ve uluslararası kuruluşlardır.

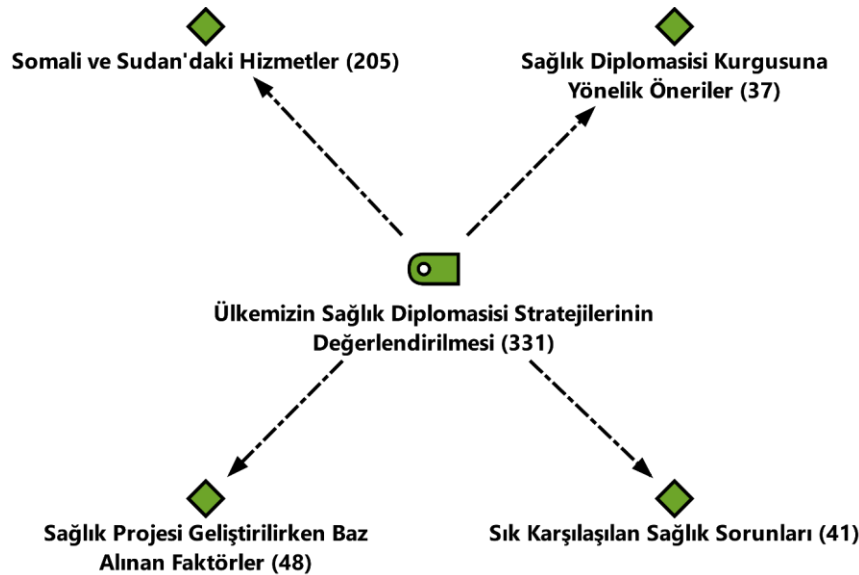
Şekil 3. Ulusal/Uluslararası Kurumsallaşmalara İlişkin Değerlendirmeler Teması Kod Alt Kod Bölümler Modeli



3.4. Ülkemizin Sağlık Diplomasisi Stratejilerinin Değerlendirilmesi Temasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın üçüncü teması olan ülkemizin sağlık diplomasisi stratejilerinin değerlendirilmesi hiyerarşik kod alt bölümler modeli Şekil 4’de görülmektedir. Ülkemizin sağlık diplomasisi stratejilerinin değerlendirilmesi teması 4 farklı kategori altında incelenmiştir. Bunlar; sağlık projesi geliştirilirken baz alınan faktörler, Sudan ve Somali’deki hizmetler, sık karşılaşılan sağlık sorunları ve sağlık diplomasisi kurgusuna yönelik önerilerdir.

Şekil 4. Ülkemizin Sağlık Diplomasisi Stratejilerinin Değerlendirilmesi Teması Kod Alt Kod Bölümler Modeli



yürütülmesi (Dağ, 2004), devlet yönetiminde dış ilişkilerin ve politikaların yürütülmesi için gerekli tüm kaideler (Kürkçüoğlu, 2005), devlet yetkililerinin sahip oldukları görüş ve politikaların resmi kanallarla başka devlet yetkililerine iletilmesi süreci (Gönlübol, 1993) şeklinde tanımlar yer almaktadır.

Çalışmada paydaşların sağlık diplomasisine dair de farklı tanımlamalar yaptıkları görülmektedir. Paydaşların sağlık diplomasisini *insani diplomasi, yumuşak güç, ulusal ve uluslararası ilişkiler ve sağlık çalışmaları, çok aşamalı sağlık çalışmaları, yeni sömürge aracı ve konvansiyonel diplomasi* olarak tanımladıkları görülmektedir. Elde edilen bu tanımların literatür ile paralellik gösterdiği söylenebilir. Literatürde; sağlık diplomasisine dair; çok paydaşlı ve çoklu alana sahip olması, ülkeler arasındaki ilişkilerin gelişmesinde bir araç olarak kullanılması (Westrum, 2010; Nikogosian ve Kickbusch, 2017), hastalıkların kıtalar arası yayılımının önlenmesi (Kickbusch ve Kökeni, 2013), uluslararası bilgi ve beceri transferine katkı sağlaması (Lee ve Smith, 2011), uluslararası müzakereler, anlaşmalar, ortak işbirlikleri geliştirilmesi (Koplan vd., 2009), yumuşak güç kullanımı (Nye, 2017), şeklinde tanımlar yer almaktadır. Benzer şekilde Edwin'in (2019) yüksek lisans tezi olarak "Sağlık Diplomasisi ve Türkiye Üzerine Bir Çalışma" başlığında yürüttüğü nitel çalışmada; katılımcıların sağlık diplomasisi kavramına dair "çok paydaşlı ve çok fazla alanı içermesi, sağlık politikalarının zaman içinde değişimi, uluslararası örgütlerin rolünün artması, sağlık alanında artan iş birliği ve diplomasi ilişkileri" tanımlamaları ortaya çıkmıştır (Sosthenes, 2019).

Çalışma kapsamında sağlık diplomasisinde aktif rol alan paydaşların sağlık diplomasisi faaliyetlerinde bulunan ulusal ve uluslararası kurumları tanımlamaları istenmiştir. Diplomasiinin temelde farklı devletler arasında, kurumsal düzeyde devletler ve bireysel düzeyde diplomatlar olmak üzere resmi görevliler tarafından yürütülen formal etkileşim süreçlerini kapsadığı bilirse de günümüzde bu diplomasi sisteminin değişerek diplomaside yeni paydaşların aktif rol almaya başladığı görülmektedir. Günümüz diplomasisinde hem hükümet hem de hükümet dışı kuruluşlar aktif olarak rol almaktadır (Battır, 2019). Türkiye'de de sağlık diplomasisi yapılanması çok paydaşlı, hükümet veya hükümet dışı kuruluşlardan oluşmaktadır. Bu kuruluşların başlıcaları; Sağlık Bakanlığı, Türkiye İş Birliği ve Koordinasyon Ajansı (TİKA), Kızılay, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) ve çeşitli sivil toplum kuruluşlarıdır. Türkiye'nin sağlık diplomasisini yürütürken çeşitli uluslararası örgütler ile de iş birliği yaptığı bilinmektedir (TİKA, 2016).

Çalışmaya katılan paydaşların hem ulusal hem de uluslararası kuruluşları geniş bir çerçevede değerlendirdikleri görülmektedir. Paydaşlar ulusal kuruluşlardan *Sağlık Bakanlığı, TİKA, AFAD, Kızılay* ve *Yeryüzü Doktorları*'ndan yoğun olarak bahsetmiştir. Bunlara ek olarak, çalışma bulguları neticesinde Türkiye'nin, sağlık alanında çeşitli anlaşmaları imzaladığı veya taraf olduğu; *Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler, Uluslararası Kızılay-Kızılhaç Teşkilatları Federasyonu* gibi birçok uluslararası kuruluşla faaliyet gerçekleştirdiği bildirilmektedir. Edwin (2019)'in çalışmasında da katılımcıların benzer ifadelerde bulunduğu görülmektedir. Ayrıca uluslararası kuruluşlardan *Şangay İşbirliği Örgütü, UNICEF, NATO, USAID, DANIDA, Rotary Vakfı, İslam Birlikleri* ve *Bill-Melinda Gates Vakfı* da paydaşların yoğun olarak bahsettiği kuruluşlar arasında yer almaktadır (Sosthenes, 2019). Sağlık diplomasisini etkin bir şekilde kullanan ülkeler incelendiğinde; Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık, Singapur, Japonya, Almanya Brezilya, Çin Halk Cumhuriyeti, İsviçre, Küba'nın öne çıktığı görülmektedir (Battır, 2019). Paydaşların uluslararası kuruluşlar ile ilgili ifadeleri de bu durum ile paralellik göstermektedir. Sonuç olarak, paydaşların sağlık diplomasisinde aktif rol alan ulusal ve uluslararası kuruluşlara dair farkındalıkları oldukça yüksektir.

Sağlık diplomasisi kapsamında yürütülen faaliyetlerin temel amaçları ihtiyaç duyan toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek, sağlık sorunları ile mücadele ederken diğer ülkelere bağımlı kalmak yerine kendi kendilerine yetebilecekleri bir sistem oluşturmalarını sağlamaktır. Bundan dolayı sağlık diplomasisi kapsamında yürütülen faaliyetler ihtiyaç duyan alıcı ülkelerde hem fiziksel kapasitenin hem de beşeri kapasitenin geliştirilmesine odaklanmaktadır (Battır, 2019)

Çalışma kapsamında sağlık diplomasisinde aktif rol alan paydaşların ülkemizin sağlık diplomasisi faaliyetleri gerçekleştirilirken baz aldığı faktörleri ve bu faaliyetler sırasında sık karşılaşılan sağlık sorunlarını tanımlamaları, Sudan ve Somali'deki hizmetleri değerlendirmeleri ve sağlık diplomasisi kurgusuna yönelik önerileri istenmiştir.

Çalışmaya katılan paydaşların Türkiye tarafından sağlık projesi geliştirilirken baz alınan faktörlerde **talep ve ihtiyaçlar** ile ilgili yoğun olarak görüş bildirdikleri görülmektedir. Katılımcılar sağlık projeleri geliştirilirken alıcı ülkelerdeki talep ve ihtiyaçların göz önünde bulundurulduğunu belirtmiştir. Kahraman'ın (2019) çalışmasında da benzer bir şekilde katılımcılar tarafından alıcı ülkelerin öncelikle ihtiyaçlarının tespit edilmesi ve bu ihtiyaçlara yönelik projelerin uygulanması gerektiği vurgulanmıştır (Kahraman, 2019).

Paydaşların bu çalışmada Türkiye tarafından sağlık projesi geliştirilirken baz alınan faktörlerde **kültür ve bağlar** ile ilgili de görüş bildirdikleri görülmektedir. Katılımcılar Türkiye'nin sağlık projesi geliştirirken geçmiş tarihi ve kültürel bağlarının daha derin olduğu coğrafyaları öncelikli olarak tercih ettiğini, daha sonra diğer coğrafyalara da yardım eli uzattığını vurgulamıştır. Kahraman'ın (2019) çalışmasında da benzer şekilde katılımcılar ülkeler arası kültürel bir bağ olduğu durumda geliştirilen sağlık projelerinin daha uzun soluklu olabileceğini belirtmiştir. Bunlara ek olarak, dini de kültürün bir parçası olarak değerlendirmek mümkündür. Kimi katılımcılar dinin sağlık projesi geliştirilirken baz alınan bir faktör olduğunu, Müslüman olmayan bir topluma yapılan insani yardımların daha nadir olduğunu belirtmiştir. Günümüzde sağlık diplomasisinde din unsuru çok fazla ön planda bulunmasa da etkili olabileceği belirtilmektedir (Çavuş, 2012).

Paydaşların bu çalışmada Türkiye tarafından sağlık projesi geliştirilirken baz alınan faktörlerde **kapasite oluşturma isteği, ulaşılabilirlik ve uygulanabilirlik, sürdürülebilirlik** konuları ile ilgili de görüş bildirdikleri görülmektedir. Katılımcılar Türkiye'nin sağlık projelerini geliştirirken alıcı ülkelerdeki tüm bireylere ulaşılabilirliği göz önünde bulundurduğunu, bu ülkeleri yalnızca dışarıdan desteklemek yerine ülkelerin kendi kapasitelerini oluşturarak kurulan sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamaya çalıştığını belirtmiştir. Yukarıda da değinildiği üzere sağlık diplomasisinde gerçekleştirilen faaliyetler alıcı ülkelerde fiziki kapasiteyi geliştirmenin yanı sıra beşeri kapasiteyi de geliştirmeye odaklanmaktadır. Karabektaş (2018) da Türkiye'nin sağlık diplomasisinin az gelişmiş ülkelerin kendi kendilerine yetmelerini sağlama ve sürdürülebilirlik temelli girişimlerden oluştuğunu vurgulamaktadır (Karabektaş, 2018).

Paydaşların bu çalışmada Türkiye tarafından sağlık projesi geliştirilirken baz alınan faktörlerde **sağlık turizmi ve PR** ile ilgili de görüş bildirdikleri görülmektedir. Katılımcılar, sağlık proje ve faaliyetlerinin sağlık turizmi ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Kahraman'ın (2019) çalışmasında da katılımcılar sağlığın turizmde araç olarak kullanıldığını vurgulamıştır. Batı ülkelerinde artan bekleme süreleri, bu ülkelerde sağlık hizmetleri için talep edilen yüksek ücretler ve sigorta kapsamalarının giderek daralması, aynı zamanda Türkiye'nin komşu ülkelerinden sağlık hizmeti, sağlık personeli ve teknoloji bakımından daha gelişmiş olması Türkiye'nin sağlık turizminde avantajlı bir konumda bulunmasını sağlamaktadır (Kaya vd., 2013).

Paydaşların bu çalışmada Türkiye tarafından sağlık projesi geliştirilirken baz alınan faktörlerde **bütçe** ile ilgili de görüş bildirdikleri görülmektedir. Katılımcılar sağlık projesi geliştirilirken bütçenin en verimli şekilde kullanılması adına gerekli planlamaların yapılması gerektiğini vurgulamıştır. Edwin'in (2019) çalışmasında da katılımcılar sağlık diplomasisi faaliyetleri için gerekli bütçenin ayrılması gerektiğini vurgulamıştır (Sosthenes, 2019). Bu bakımdan herhangi bir sağlık projesi geliştirilirken ülkelerin bütçelerini de değerlendirmeleri önem arz etmektedir. Türkiye'nin sağlık diplomasisi alanında etkin bir ülke olarak insani yardım projelerine ayırdığı bütçenin giderek artması (AFAD, 2017), Türkiye'nin bütçe konusuna oldukça önem verdiğinin bir göstergesidir.

Somali yıllardır politik istikrarsızlık ve iç çatışmaların doğurduğu sonuçlar sebebiyle halkın giderek yoksullaştığı bir konumda iken (Majid ve McDowell, 2012); bu duruma 2011 yılında kuraklık

ve kıtlığın da eklenmesi ile yaklaşık 750.000 kişinin ölüm tehlikesi ile karşı karşıya kaldığı (FSNAU ve FEWS NET, 2011) bir Doğu Afrika ülkesi haline gelmiştir. Bu durum karşısında Türkiye tarafından Somali'ye ambulans, çadır, gıda ve tıbbi malzeme gibi birçok ekipman gönderilmiştir (AFAD, 2011). 2014 yılına gelindiğinde Somali'de bir hastane inşa edilmiştir. Sudan'da da benzer şekilde yıllarca süren iç savaşın ardından 2011 yılında ülke Sudan ve Güney Sudan olarak ikiye bölünmüş ancak çatışmalar bununla da son bulmamıştır. Sudan'ın Darfur bölgesinde ve bu bölgede oluşan kamp alanlarında önemli derecede sağlık ve gıda güvenliği sorunları yaşandığı belirtilmektedir (Insamer, 2021a). Çatışmalar, kıtlık ve çeşitli hastalıklar nedeniyle birçok insanın yaşamını kaybettiği Sudan'da bu sorunları gidermek adına Türkiye tarafından 2014 yılında Nyala Sudan Türkiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi kurulmuştur (TİKA, 2016).

Paydaşların Sudan ve Somali'deki hastanelere yönelik değerlendirmeleri üç başlık altında toplanmıştır. Bunlardan ilki **hastanelere yönelik görüşlerdir**. Katılımcılar, hastanelere yönelik görüşlerde, **önemli ve başarılı yatırım, yerelin ihtiyacına yönelik, temel sağlık yapısını oluşturma, örnek teşkil etme, ücretsiz veya makul ücretler ile tedavi, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma, gelişmiş donanım ve hizmet, sürdürülebilir, ülke içinde tedavi olabilme imkanı, güvenli, yetersiz ve yanlış yatırım** şeklinde görüş bildirmiştir. Edwin'in (2019) çalışmasında da katılımcıların Türkiye'nin ihtiyaç duyan ülkelerde kurduğu hastanelerde hastaların ücretsiz olarak tedavi edildiğini, ülkelerin sağlık göstergelerinin iyileştirilmesine katkı sağladığını belirttikleri görülmektedir (Sosthenes, 2019). Somali'de tıbbi donanımı ve iç tefrişatı TİKA tarafından gerçekleştirilen Somali Mogadişu Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde poliklinikler, yataklı servis, acil servis, yoğun bakım, doğumhane ve ameliyathane birimleri gibi servislerin bulunduğu, hastanenin kuruluşunun hemen ardından Doğu Afrika'da kapasite ve teknolojik donanım açısından en modern hastane olduğu ve ayda ortalama 6.000 hastanın tedavi edilerek ortalama 100 ameliyatın gerçekleştirildiği belirtilmektedir (TİKA, 2016). Açılış yılı olan 2014 yılından 2019 yılının Aralık ayına kadar toplam 1.211.200 kişinin muayene edildiği, 38.212 kişinin de yatarak tedavi gördüğü belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü, 2020). Sudan'daki Nyala Sudan Türkiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin de Darfur bölgesinin en modern ve donanımlı hastanesi olduğu, 150 yatak kapasiteli hastanede, yoğun bakım üniteleri, doğumhane ve laboratuvarın bulunduğu, günlük ortalama 500 hastaya hizmet verildiği belirtilmektedir (TİKA, 2016). Açılış yılı olan 2014 yılından 2019 yılının Mayıs ayına kadar toplam 378.189 kişinin muayene edildiği, 19.965 kişinin yatarak tedavisinin yapıldığı, toplamda 11.815 ameliyat ve 1.018 doğum gerçekleştirildiği belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü, 2020).

Paydaşların Sudan ve Somali'deki hastanelere yönelik değerlendirmelerinin bir diğeri, **ihtiyaç analizi yapılma durumuna dair görüşlerdir**. Katılımcılar bu konuya yönelik; **ihtiyaç analizi yapılması, ihtiyaç analizi yapılmaması, ihtiyaç analizine gerek olmaması, verileri elde etme ve güvenilirlik sorunları** konularında görüş bildirmiştir. Katılımcılar Sudan ve Somali'de hastane projelerini gerçekleştirmeden önce ihtiyaç analizi yapıldığını yoğun olarak vurgulamıştır. Katılımcıların önceki bölümlerde Türkiye'nin sağlık projesi geliştirirken baz aldığı faktörlerde talep ve ihtiyaçlara değinmeleri de ihtiyaç analizi yapılma durumuna dair görüşleriyle örtüşmektedir.

Paydaşların Sudan ve Somali'deki hastanelere yönelik son değerlendirmeleri ise; **hastanelere yönelik strateji ve durum değerlendirmelerine dair görüşlerdir**. Katılımcılar konuya ilişkin; **başarılı durum (idari ve mali yönden) ve uzun vadede değerlendirme gerekliliği** şeklinde görüş bildirmiştir. Katılımcıların yoğunlukla Sudan ve Somali'deki hastanelerin şu anki idari ve mali durumunu başarılı olarak değerlendirdiği, kimi katılımcıların ise hastanelerin henüz 2014 yılında aktif hale gelmesi nedeniyle durumlarının uzun vadede değerlendirilmesinin daha uygun olacağını ifade ettikleri görülmektedir. Somali Mogadişu Türkiye Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin mali durumu incelendiğinde, 5 yıl içinde 217.306.000,00 TL ödeneğin ve 100.369.898,05 TL harcamanın Türk hükümeti katkısı ile gerçekleştirilmiş olduğu; 2019 yılında ise hastanenin artık mali destek almadan kendi kendini idame ettirebilecek konuma ulaştığı, bu nedenle herhangi bir ödenek gönderilmediği belirtilmiştir. Nyala Sudan Türkiye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin de mali durumu

incelendiğinde, 5 yıl içinde 84.390.000,00 TL ödeneğin, 34.977.834,01 TL harcamanın Türk hükümeti katkısı ile gerçekleştirilmiş olduğu; benzer şekilde 2019 yılında hastanenin mali destek almadan kendi kendini idame ettirebilecek konuma ulaştığı tespit edilmiş ve bu nedenle herhangi bir ödenek gönderilmemiştir (T.C Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü, 2020).

Türkiye'nin Sudan ve Somali'deki hizmetlerine yönelik görüşler teması katılımcı profillerine göre incelendiğinde, hastanelerin önemli ve başarılı yatırım olduğu, yerelin ihtiyacına yönelik olması ile ilgili tüm katılımcıların yoğun görüş bildirdikleri görülmüştür. İhtiyaç analizi yapılmadıkça, ihtiyaç analizi yapılması ile ilgili bürokrat grubundaki katılımcıların, hastanelere yönelik strateji ve durum değerlendirmesi ile ilgili de diplomat ve bürokrat gruplarındaki katılımcıların yoğun görüş bildirdikleri görülmüştür. Bu durum, sağlık diplomasisinde aktif rol alan paydaşların, özellikle diplomat ve bürokratların Türkiye'nin Sudan ve Somali'deki hizmetlerini olumlu yorumladıklarının bir göstergesidir.

Sahra-altı Afrika ülkelerinde erken ölüm oranlarının büyük bir sorun olarak devam ettiği (Hayran vd., 2017), ülkeler arasında anne ve bebek ölüm hızları, bulaşıcı hastalığa, savaş veya doğal afetlere bağlı ölümler bakımından farklılıkların olduğu (The Lancet, 2016) bilinmektedir. Sahra-altı Afrika ülkelerinde bugün doğan bir bireyin 65 yaşına ulaşma olasılığının kadınlarda %43.3, erkeklerde %37.8 olduğu, bu oranların dünya ortalamasında ise %60-70 arasında olduğu belirtilmiştir (UNDP, 2017). Küreselleşme ile hem bulaşıcı hem de bulaşıcı olmayan hastalıkların ülkeler arasında geçiş yapması, ülkelerin doğal kaynaklarının azalması ve çevrenin tahribatı nedeniyle katarakt, cilt kanseri, akciğer enfeksiyonları gibi sağlık sorunlarının artışta olduğu düşünülmektedir (WWF, 2014). Çalışmada paydaşların sağlık diplomasisi faaliyetleri yürütülen alıcı ülkelerde sıklıkla karşılaştıkları sağlık sorunlarında benzer sağlık sorunlarını vurguladıkları görülmektedir. Katılımcıların yoğun olarak **katarakt** ile ilgili görüş bildirdikleri görülmektedir. **Fistül, kadın ve çocuk sağlığı sorunları, travma kaynaklı yaralanmalar, böbrek hastalıkları, diyabet, kanser, hipospadias, yarık damak ve yarık dudak, kalp hastalıkları** paydaşlar tarafından ifade edilen sık karşılaşılan sağlık sorunları arasındadır.

Çalışmada paydaşların sıklıkla sağlık diplomasisi kurgusuna yönelik önerilerde buldukları görülmektedir. Paydaşlar tarafından yoğun olarak **iş birliği ve koordinasyon** ile ilgili önerilerde bulunulmuştur. Paydaşlar, sağlık diplomasisi projelerini yürütmede, hükümet ve hükümet dışı kurumlar arasındaki iş birliği ve koordinasyon eksikliğinden dolayı insani yardım gönderilen bölgelerde kimi zaman duplikasyonların meydana geldiğini yoğunlukla vurgulamıştır. Bundan dolayı, hükümet ve hükümet dışı kurumlar arasında iş birliği ve koordinasyonun oldukça önemli olduğu belirtilmiştir. Devlet kurumları ve çeşitli STK'lar arasında sürekli bir bilgi akışı olması gerektiği de belirtilmiştir. Paydaşların bu görüşlerinin literatür ile paralellik gösterdiği görülmektedir. Edwin'in (2019) çalışmasında katılımcılar bakanlıklar, kurumlar ve sağlık diplomasisi alanında aktif olan diğer paydaşlar arasında koordinasyonun önemi vurgulanmıştır.

Paydaşlar tarafından ifade edilen diğer bir öneri ise, **faaliyetlerin raporlaştırılmasıdır**. Paydaşlar sağlık diplomasisi kapsamında alıcı ülkelerde ne tür faaliyetler yapıldığının raporlaştırılmasının yanı sıra bu faaliyetlerin uzun vadede yerel halka katkılarının da raporlaştırılması gerektiğini vurgulamıştır. Paydaşlar tarafından yapılan bu öneri, geçmişte yürütülen faaliyetlerin gerçek anlamda alıcı ülkelerde sürdürülebilir olup olmadığının tespit edilmesi ve ileride yürütülecek projelere yol göstermesi adına önem arz etmektedir.

Kimi katılımcılar **devletler tarafından organize edilmesi ve STK'ların denetlenmesi** ile sağlık diplomasisi kurgusunda en üstte devlet kurumlarının olması gerektiğini, STK'lar tarafından yürütülen faaliyetlerin de devlet kurumları tarafından denetlenmesi gerektiğini belirtmektedir. Katılımcılar STK'ların devletten bağımsız olarak alıcı ülkelerde gerçekleştirdikleri faaliyetlerde de aslında Türkiye Cumhuriyeti'ni temsil ettiklerini, faaliyetler esnasında STK'lar nedeniyle yaşanabilecek olumsuzlukların tüm ülkeye genellenebileceğini vurgulamaktadır. Aslında yardımların devlet tarafından organize edilerek STK'ların devlete karşı sorumluluklarının artırılması ile sağlık diplomasisi faaliyetlerinin daha sağlıklı bir şekilde yürütülebileceği öngörülmektedir. Bu önerinin

aksine kimi katılımcılar **varolan kurgunun korunması** ile ilgili öneride bulunarak hükümet ve hükümet dışı kuruluşların yarattığı çeşitlilik ve rekabet ortamının sağlık diplomasisinde avantaj sağladığını belirtmektedir. Kimi katılımcıların da STK'ların yapısı gereği daha esnek yapılar olması nedeniyle hükümetten daha hızlı bir şekilde organize olarak alıcı ülkelerde çok çeşitli bölgelere yardım götürebildiklerini; bu durumun devlet himayesinde gerçekleştiği takdirde bürokratik süreçlerin daha fazla zaman gerektireceğini belirttiği görülmektedir. Edwin'in (2019) çalışmasında katılımcılar, uluslararası sivil toplum örgütlerinin, gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinin oluşturulması, geliştirilmesi gibi konularda rollerinin artması gerektiğini belirtmiştir. Bunlara ek olarak, kimi katılımcılar da sağlık diplomasisi faaliyetlerinin hükümet ve hükümet dışı kurumları bir araya getirebilecek **özerk kuruluş tarafından organize edilmesi** gerektiğini vurgulamaktadır. Bu durum paydaşlar tarafından Türkiye'nin sağlık diplomasisi kurgusunun nasıl olması gerektiğine ilişkin fikir birliğine ulaşamadığının bir göstergesidir.

Son olarak kimi katılımcılar da **sağlık sistemine dair danışmanlık yapılması** ile ilgili öneride bulunmuştur. Önceki bölümlerde Türkiye'nin sağlık diplomasisi faaliyetlerinde ihtiyaç duyan alıcı ülkelerde gıda yardımı, cerrahi operasyon gibi kısa vadeli çalışmalar yapmak yerine uzun vadeli çalışmalara odaklandığı, yerel fiziki kapasiteyi artırma çalışmalarının yanı sıra beşeri kapasiteyi de arttırmaya çalıştığı, faaliyetlerde sürdürülebilirliği hedeflediği belirtilmişti. Alıcı ülkelerde sunulan sağlık hizmetlerinin yanı sıra yerel personellerin yetiştirilmesi için çeşitli fakülteler kurulması, bu fakültelerden mezun olan sağlık profesyonellerinin ülke içindeki hastanelerde istihdamlarının sağlanması oldukça önemlidir. Bunlara ek olarak ülkelerin Sağlık Bakanlıklarına sağlık sistemine dair danışmanlık yapılmasının da ülkelerin bağımsız olarak kendilerine özgü sağlık sistemleri geliştirebilmeleri ve sürdürebilmeleri adına önemli olduğu vurgulanmıştır.

Sağlık diplomasisi Türkiye için yeni bir alandır. Bu alanda yapılan akademik çalışmalar oldukça kısıtlı olmakla birlikte sağlık diplomasisinin öneminin ilerleyen süreçte artacağı düşünülmektedir. Türkiye'nin sağlık diplomasisi kapsamında yürüttüğü insani yardım faaliyetleri alıcı ülkelerde halka ulaşmasını ve Türkiye'nin prestij kazanmasını sağlamaktadır. Sağlık diplomasisi faaliyetleri yürütülürken karşılaşılan birtakım sorunlar bulunmaktadır. Bu sorunlardan en çok iç çatışmalar ve güvenlik sorunu ile organizasyon ve plan eksiklikleri üzerinde durulmuştur. Sağlık diplomasisi faaliyetleri yürütülürken karşılaşılan sorunlara yönelik öneriler ortaya konulmuştur. Bunlar; iş birliği kültürü ve kampanyalar, din ile sağlık diplomasisini ayrı tutma, personel için teşvik edici unsurlar, sağlık elçiliği oluşturulması, ilişkilerin takibi ve sürekliliği, hedef ülkede kapasiteyi artırma ve güvenlik önlemlerinin artırılmasıdır.

Türkiye sağlık diplomasisinde çok çeşitli faaliyetler yürütmektedir. Bunlardan öne çıkan bazıları; sağlık, eğitim, göçmenlere yönelik faaliyetler ve doğal afetlere yönelik faaliyetlerdir. Türkiye'nin sağlık diplomasisi faaliyetlerinde alıcı ülkelerde insani yardım faaliyetlerinin yanı sıra bu ülkelerin kendi kapasitelerini oluşturmalarına destek olduğu görülmektedir. Özellikle Sudan ve Somali'deki hastanelerde uzun dönemde yerli personellerin yetiştirilerek bu hastanelerde istihdamlarının sağlanması ve bu ülkelerin kendilerini bağımsız bir şekilde idare edebilir duruma gelmeleri hedeflenmektedir.

Sağlık diplomasisi alanında aktif rol alan paydaşlar tarafından ulusal ve uluslararası birçok kuruluş tanımlanmıştır. Ulusal kuruluşlarda kamu kuruluşları, sivil toplum kuruluşları ve özel kuruluşların tanımlanması, Türkiye'nin çok paydaşlı bir yapıda olduğunu, hükümet ve hükümet dışı kuruluşlar ile sağlık diplomasisi faaliyetlerini yürüttüğünü göstermiştir. Türkiye'nin sağlık diplomasisi alanında proje geliştirirken baz aldığı faktörler incelenmiş ve bunun sonucunda öncelikli olarak alıcı ülkelerdeki talep ve ihtiyaçların ve alıcı ülkeler ile olan kültürel bağların göz önünde bulundurulduğu görülmüştür. Sudan ve Somali'deki hastanelerin donanımlı, örnek teşkil eden, yerel halkın ihtiyaçlarını karşılayan bir yapıda, maddi ve idari bakımdan kendi kendini idame ettirebilecek düzeyde olduğu görülmektedir. Sudan ve Somali'deki hizmetlere yönelik paydaşların görüşlerinin olumlu olduğu görülmektedir. Türkiye alıcı ülkelerde sıklıkla karşılaşılan sağlık sorunlarını tespit etmekte ve bu sağlık sorunlarına yönelik faaliyetler yürütmektedir. Paydaşlar hükümet ve hükümet dışı

kuruluşların iş birliği ve koordinasyon içerisinde hareket etmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Paydaşlar tarafından Türkiye'nin benimsemesi gereken sağlık diplomasisi kurgusuna yönelik birçok öneri sunulmuştur. Ancak paydaşlar arasında bir fikir birliğine varılamamıştır.

Sağlık, diğer diplomasi türlerinin alt başlıklarından çıkarılıp "sağlık diplomasisi" olarak tek başına dış politikaya entegre edilmeli ve bu entegrasyona Sağlık Bakanlığı da dahil olacak şekilde bir sistem geliştirilmelidir. Sağlık diplomasisi yoluyla sağlık turizminin geliştirilmesi hedeflenebilir. Sağlık diplomasisinde paydaşlar arasında iş birliği ve koordinasyonu sağlayacak adımlar atılabilir. Sağlık diplomasisiyle ilgili çalışacak kişilerin uzmanlık düzeyinde eğitimlerinin yürütüleceği bir enstitü kurulabilir. Uluslararası örgütlerde üst düzeyde çalışmakta olan ülkemiz vatandaşı veya Türk kökenli yetkililerin ve uzmanların konuya dahil edilmesi için platformlar kurulabilir, kongreler yapılabilir.

Etik Kurul İzni: Çalışma için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 27.11.2019 tarihli ve 539 nolu karar ile onay alınmıştır. Çalışma Helsinki Bildirgesi (2013) ilkelerine göre yürütülmüştür.

KAYNAKLAR

- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) (2011, Mart 15). *İnsani yardım malzeme götüren 2 gemi Somali'ye ulaştı*. <https://www.afad.gov.tr/afet-raporu---somali>.
- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) (2017, Mart 15). *Suriyeli sığınmacılara yapılan yardımlar*. <https://www.afad.gov.tr/afet-raporu---suriye>.
- Aytaçlı, B. (2012). Durum çalışmasına ayrıntılı bir bakış. *Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 3(1), 1-9.
- Battır, O. (2017). *İnsani diplomasi teoriden pratiğe; Türk dış politikasının yeni aracı*. Çizgi Kitabevi.
- Battır, O. (2019). Küreselleşme çağında bir yumuşak güç unsuru olarak sağlık diplomasisi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(5), 151-161.
- Cihanoğlu Gülen, G. (2018). *İşlevsel bir bütünleşme alanı olarak küresel sağlık ve sağlık diplomasisi*. [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Creswell, J. W. (2015). *Nitel araştırma yöntemleri*. (M. Bütün & S.B. Demir, Çev.). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çavuş, T. (2012). Dış politikada yumuşak güç kavramı ve Türkiye'nin yumuşak güç kullanımı. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2(2). 23-37.
- Dağ, A. E. (2004). *Uluslararası ilişkiler ve diplomasi sözlüğü*. İstanbul: Anka Yayınları
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2011). *The landscape of qualitative research*. New York: Sage.
- Development Initiatives (2022). *The Global Humanitarian Assistance Report*.
- Edwin, S. (2019). *Sağlık diplomasisi ve Türkiye üzerine bir araştırma*. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Erdağ, R. (2015). *Türkiye'nin kalkınma yardımları ve TİKA*, B.Senem Çevik Mehmet Şahin (Ed.) Türk dış politikası ve kamu diplomasisi içinde (241-261). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, s. 260.

- Food Security and Nutrition Analysis Unit (FSNAU) and Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET) (2011). *Famine spreads into bay region; 750.000 people face imminent starvation*. Press Release. 1-2.
- Glesne, C. (2014). *Nitel araştırmaya giriş*. A. Ersoy & P. Yalçınmoğlu (Çev.). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Gönlübol, M. (1993). *Uluslararası politika*. Ankara: Atilla Kitabevi.
- Grix, J. (2010). *The foundations of research*. London: Palgrave Macmillan.
- Hayran, O. (2016). Küresel sağlık sorunları ve sağlık diplomasisi. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 40, 56-59.
- Hayran, O., Taşdemir, M., Sur, H. Aydın, S. Tatar, M., Narcı, H.Ö., Köylüoğlu, C., Palteki, T., Tarım, M., Yiğitbaşı, G. Köse, İ. Karahan, H., Karaman, İ. & Büyüksan, A. (2017). *Sağlık diplomasisi: sağlık politikaları sistem analisti eğitimi*. Medipol Üniversitesi Yayınları. ISBN: 978 605 4797 134.
- İHH (İnsani Yardım Vakfı). (2021, Mayıs 01). *Katarakt neden Afrika'da çok yaygın görünüyor?* <https://www.ihh.org.tr/sss/katarakt-neden-afrikada-cok-yaygin-goruluyor>.
- İNSAMER (İHH İnsani ve Sosyal Araştırmalar Merkezi). (2021a, Mayıs 01). *Afrika'da susuzluk*. https://insamer.com/tr/afrikada-susuzluk_121.html.
- İNSAMER (İHH İnsani ve Sosyal Araştırmalar Merkezi). (2021b, Nisan 30). *Sudan*. https://insamer.com/tr/sudan_901.html.
- Kahraman, N. (2019). *Sağlık diplomasisi: Türkiye için model önerisi*. [Doktora Tezi]. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Karabektaş, S. (2018). *Global health diplomacy*. [Master Thesis]. Middle East Technical University.
- Kaya S., Yıldırım, H. H., Karsavuran S., Özer Ö. (2013). *Türkiye medikal turizm değerlendirme raporu*. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı Ankara.
- Kickbusch, I. & Kökeny, M. (2013). *Global health diplomacy: five years on*. Bulletin of the World Health Organization, 91(3), 159–159A.
- Kickbusch, I., Nikogosian, H., Kazatchkine, M., & Kökeny, M. (2021). *A guide to global health diplomacy* (No. BOOK). Graduate Institute of International and Development Studies, Global Health Centre.
- Koplan, J. P., Bond, T. C., Merson, M. H., Reddy, K. S., Rodríguez M. H., Sewankambo, N. K. & Wasserheit, J. N. (2009). Towards a common definition of global health. *The Lancet*, 373, 1993–1995.
- Kürkçüoğlu, Ö. (2005). Dış politika nedir? Türkiye'deki dünü ve bugünü. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 35(1), 309-335.
- Lee, K., & Smith, R. (2011). What is 'global health diplomacy'? *A conceptual review*, 1-12.
- Majid, N., & McDowell, S. (2012). Hidden dimensions of the Somalia famine. *Global Food Security*, 1(1), 36-42.

- Morgan, D. L. & Morgan, R. K. (2008). *Single-case research methods for the behavioral and health sciences*. SAGE Publications.
- Nikogosian, H., & Kickbusch, I. (2018). Interface of health and trade: a view point from health diplomacy. *BMJ Global Health*, 3(Suppl 1), e000491.
- Nye, J. S. (2017). *Yumuşak güç*. BB101 Yayınları. ISBN: 9786059802123.
- Oğurlu, E. (2018). 1998-2018 arası dönemde Türkiye'nin Afrika deneyimi: Fikirten eyleme bir dönüşüm. *Avrasya Etüdüleri*, 54(2), 65-94.
- Onwuegbuzie, A. J. & Collins, K. M. (2007). A typology of mixed methods sampling designs in social science research. *The Qualitative Report*, 12(2), 281-316.
- Özdemir, M. (2010). Nitel veri analizi: sosyal bilimlerde yöntem bilim sorunsalı üzerine bir çalışma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 323-343.
- Reintjes, R. & Krumkamp, R. (2005). Methods of infectious disease epidemiology for public health services: case-case studies as bridge to practical work, surveillance and epidemiology. *Gesundheitswesen*. 67(12), 840-4.
- Sosthenes, E. (2019). *Sağlık diplomasisi ve Türkiye üzerine bir araştırma*. [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Dış İlişkiler Genel Müdürlüğü (2020, Mayıs 05). *Görevler*. <https://disab.saglik.gov.tr/TR-3761/gorevler.html>.
- T.C. Dışişleri Bakanlığı (2022, Kasım 28). *Türkiye'nin uluslararası acil insani yardımları*. https://www.mfa.gov.tr/turkiye_nin_inساني_yardimlari.tr.mfa.
- The Lancet. (2016). GBD 2015: from big data to meaningful change. *The Lancet*. 388(10053), 1447. doi:10.1016/s0140-6736(16)31790-1.
- TİKA (Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı). (2016, Şubat 03). *TİKA- Afrika raporu*. https://www.tika.gov.tr/upload/2016/Prestij%20Eserler/Afrika_Turkce.pdf.
- United Nations Development Programme (UNDP). (2017, Kasım 29). *Human development report 2017-2018*. <https://hdr.undp.org/system/files/documents/human-development-report-20172018-english.2018-english>.
- UNDP Türkiye (United Nations Development Programme). (2020, Ocak 17). *Sürdürülebilir kalkınma için küresel hedefler*. <https://www.kureselamaclar.org/amaclar/saglik-ve-kaliteli-yasam/>
- UNESCO (2022, Kasım 28). *BM Dünya Su Kalkınma Raporu*. <https://www.unesco.org.tr/Home/AnnouncementDetail/236>.
- Watson, K., Handal, B., Maher, M., & McGinty, E. (2013). Globalising the class size debate: myths and realities. *Journal of International and Comparative Education (JICE)*, 72-85.
- Westrum, T.A. (2010). *Global health diplomacy: a multi-method critical success factor analysis*. . [Doctor of Health Administration Thesis]. Michigan University.
- WHO (World Health Organization). (2022, Kasım 28). *HIV data and istatistics*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.

World Bulletin. (2015, Nisan 30). *Turkish president inaugurates hospital in Somalia*. <https://worldbulletin.dunyabulteni.net>

WWF (World Wild Fund for Nature). (2014, Ocak 15). *Living planet report-2014*. <https://www.worldwildlife.org/pages/living-planet-report-2014>.

Yıldırım, A. & Şimşek, H. (2013). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*, 9. baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Yin, R. K. (2011). *Qualitative research from start to finish*. New York & London: The Guilford Press.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

KAROTİS ENDARTEREKTOMİ VE KAROTİS ARTER STENTLEME YÖNTEMLERİNİN ÖDEYİCİ PERSPEKTİFİNDEN MALİYET-ETKİLİLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ *

İzzet AYDEMİR **
Afsun Ezel ESATOĞLU ***
İhsan DOĞAN ****

ÖZ

Araştırmada karotis arter stenozu hastalığı (KrAH) tedavisinde karotis arter stentleme (KAS) ve karotis endarterektomi (KAE) yöntemlerinin maliyet etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Retrospektif ve kesitsel nitelikte olan bu araştırma, Ankara Üniversitesi İbni-Sina Hastanesi'nde 2019-2021 tarihleri arasında KrAH tanısı alan, KAS ve KAE yöntemleri ile tedavi olan 61 hastanın maliyet verileri analiz edilmiş ve hastalara EQ-5D-5L yaşam kalitesi ölçeği telefon ile uygulanmıştır. Hizmet başı ödeme kapsamında geri ödeme kurumu perspektifinden KAS ile tedavi olmanın ortalama hasta başına maliyeti 9.328,67₺, QALYs değeri ise 0,7974 birim; KAE ile tedavi olmanın ortalama hasta başına maliyeti 6.484,13₺, QALYs değeri ise 0,7887 birim olarak tespit edilmiştir. Araştırmada VAS skorları KAS yönteminde yaklaşık 0,79; KAE yönteminde ise 0,83 olarak bulunmuştur. Analiz sonucu İMEO değeri, kazanılan QALYs başına 326.958,62₺ olarak hesaplanmıştır. İMEO, maliyet etkinlik düzleminde maliyet etkinlik eşliğinin üstünde yer almıştır. Yıllık KrAH prevalansının %1,5 varsayımı altında KAS yönteminin bütçeye etkisi %4,51, KAE yönteminin bütçeye etkisi ise %3,14 olarak gerçekleşmiştir. Araştırmanın maliyet etkinlik analizinde KAE yöntemi KAS yöntemine göre daha maliyet etkili olmuştur. Benzer endikasyonlara sahip olmak koşulu ile ödeyici kurum perspektifinden daha maliyet etkili olan KAE yönteminin tedavide uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İMEO, karotis arter stenozu hastalığı, karotis arter stentleme, karotis endarterektomi, maliyet etkinliği.

MAKALE HAKKINDA

*Bu çalışma İzzet AYDEMİR'in Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU'nun danışmanlığında Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi ABD doktora programında hazırladığı "Karotis Arter Stenozu Tedavisinde Kullanılan Karotis Endarterektomi ile Karotis Arter Stentleme Yöntemlerinin Maliyet Etkililiğinin Değerlendirilmesi" adlı tez çalışmasından üretilmiştir.

**Dr., Bingöl Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, iaydemir@bingol.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0003-4222-2659>

***Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, esatoglu@health.ankara.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0002-0542-7228>

****Doç. Dr., Ankara Üniversitesi Beyin Cerrahisi Bölümü, ihsandogan@ankara.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0002-1985-719X>

Gönderim Tarihi: 15.08.2022

Kabul Tarihi: 15.02.2023

Atıfta Bulunmak İçin:

Aydemir, İ., Esatoğlu, A. E., & Doğan, İ. (2023). Karotis endarterektomi ve karotis arter stentleme yöntemlerinin ödeyici perspektifinden maliyet-etkililiğinin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(1): 193-206

ASSESSMENT OF COST-EFFECTIVENESS OF CAROTID ENDARTERECTOMY AND CAROTID ARTERY STENTING FROM PAYER PERSPECTIVE *

İzzet AYDEMİR **
Afsun Ezel ESATOĞLU ***
İhsan DOĞAN****

ABSTRACT


The aim of this research is to evaluate the clinical and cost effectiveness of carotid artery stenting (CAS) and carotid endarterectomy (CAE) procedures in the treatment of carotid artery stenosis disease. In this retrospective and cross-sectional research, the cost data of 61 patients diagnosed with carotid artery stenosis disease and treated with CAS and CAE procedures at Ankara University İbni-Sina Hospital between 2019-2021 were analyzed and the EQ-5D-5L quality of life scale was applied to the patients by telephone. From the perspective of the reimbursement institution within the scope of fee for service payment, the average cost per patient being treated with CAS is 9,328.67€, and the QALYs value is 0.7974 units; the average cost per patient being treated with CAE was 6,484.13€, and the QALYs value was 0.7887 units. VAS scores were detected approximately 0.79 in the CAS procedure, and about 0.83 in CAE procedure. As a result of the analysis, the ICER value was calculated as 326,958.62€ per QALYs gained. In the cost-effectiveness plane, ICER was located whereon the recommended cost-effectiveness threshold. Under the assumption of 1.5% annual prevalence of carotid artery stenosis disease, the effect of the CAS procedure on the budget was 4.51%, and the effect of the CAE procedure on the budget was about 3.14% respectively. As a result, it was observed that the CAS procedure could not achieve the desired success against CAE, due to its high costs. With similar indications, it is recommended that the CAE procedure, which is more cost effective from the perspective of the payers should be applied in treatment of carotid artery stenosis disease.

Keywords: ICER, carotid artery stenosis disease, carotid artery stenting, carotid endarterectomy, cost-effectiveness.

ARTICLE INFO

* This study has been derived from the dissertation titled "Assessment of the cost and effectiveness of carotid endarterectomy and carotid artery stenting methods applied in the treatment of carotid artery stenosis disease" which has been written by İzzet AYDEMİR at the PhD Program of department of Health Institutions Management, Ankara University, the Institute of Health Sciences, under the consultancy of Afsun Ezel ESATOĞLU, Prof, Dr.


**PhD., Bingol University Department of Healthcare Management, iaydemir@bingol.edu.tr,

 <https://orcid.org/0000-0003-4222-2659>

***Prof. PhD., Ankara University Department of Healthcare Management, esatoglu@health.ankara.edu.tr,

 <https://orcid.org/0000-0002-0542-7228>

**** Associate. Prof., Ankara University Department of Neurosurgery, ihsandogan@ankara.edu.tr,

 <https://orcid.org/0000-0002-1985-719X>

Received: 15.08.2022

Accepted: 15.02.2023

Atıfta Bulunmak İçin:

Aydemir, İ., Esatoğlu, A. E., & Doğan, İ. (2023). Karotis endarterektomi ve karotis arter stentleme yöntemlerinin ödeyici perspektifinden maliyet-etkililiğinin değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 193-206

I. GİRİŞ

Önceliklerin belirlenmesi, politika oluşturma ve kaynakların rasyonel kullanımı yönünde kanıt oluşturma, tıpta ve sağlık sisteminde kullanılacak olan program ve müdahalelerin ya da sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır (Kristensen vd., 2019). Sağlık teknoloji değerlendirmesi (STD), karar almada yeni ya da var olan teknolojilerin olası değerleri (faydalar, riskler, maliyetler vb.) hakkında veriler sağlayan ve bu teknolojileri kliniksel, güvenlik, ekonomik, örgütsel, etik, yasal ve sosyal yönden dinamik ve sistematik olarak inceleyen multi-disipliner bir süreçtir (EUnetHTA, 2016).

STD alt boyutunu oluşturan maliyet ve ekonomik değerlendirmede farklı analiz metotları (maliyet-minimizasyon, maliyet-fayda, maliyet-değer, maliyet-etkililik vb.) kullanılarak yapılmaktadır (Drummond vd., 2005). Analiz yöntemlerinin ortak yönü, sağlık teknolojilerinin parasal birimlerle ölçülmesidir. Değerlendirme yöntemlerinin temel farkı ise, elde edilen çıktılar ve bu çıktıların ölçülme biçimidir (Višnjić vd., 2011; Hopkins ve Goeree, 2015). En iyi sonucu veren farklı sağlık programlarının karşılaştırılmasına dayanan bir öncelik belirleme yöntemi olan maliyet etkililik analizi, sağlık bilimlerinde ekonomik değerlendirme kapsamında geniş uygulama alanı bulmuştur (Nuijten ve Dubois, 2011).

Maliyet etkililik yönteminde kazanılan yaşam yılı başına düşen birim maliyetler hesaplanır. Bu bakımdan en iyi sonucu veren ilişkisiz programlar da karşılaştırılabilir. Yöntemde maliyetler parayla, elde edilen sonuçlar ise kazanılan yaşam süresi, sağlığa dayalı yaşam kalitesi, tanı konulan kişi sayısı, önlenen komplikasyonlar, kurtarılan yaşamlar ve kaliteye uyarlanmış yaşam yılları (QALY) gibi hastalıkla ilgili ölçülebilen birimler ile ifade edilmektedir (Hauck vd., 2004; Kristensen ve Sigmund, 2008; Nuijten ve Dubois, 2011). Maliyet değer analizinde olduğu gibi, maliyet etkililik analizinde de etkililik ölçüm birimi genelde QALY ya da fayda (utility) olarak kullanılmaktadır. Maliyet etkililik analizi tipik olarak ilave maliyet etkililik oranı (İMEO) üzerinden değerlendirilmektedir (Black, 1990). Bu oran; mevcut program ile alternatif programın maliyet ve etkililik farkına dayanmaktadır. İMEO sonucunun yüksek olması ilave bir birimlik çıktı (etkililik) elde etmek için katlanılması gereken maliyet miktarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla yüksek İMEO, alternatif müdahalenin daha az maliyet etkin olduğu anlamını taşımaktadır (Tatar ve Wertheimer, 2010).

Sağlık teknolojilerinin ve prosedürlerinin ekonomik değerlendirmesinde sıklıkla tercih edilen maliyet etkililik analizi, önceden belirlenen amacın gerçekten ulaşılmaya değer olup olmadığını test edememesi temel eleştiri noktasını oluşturmaktadır (Çelik, 2011). Tek bir amaca ulaşmak için alternatif yolların maliyetlerini karşılaştıran bu yöntemde, farklı sonuçları etkileyen programların karşılaştırılması pek olanaklı değildir. Yeni bir programı finanse etmenin yaratacağı fırsat maliyeti hakkında yeteri kadar bilgi verememesi, yöntemin diğer önemli eleştiri noktalarındandır (Glick vd., 2015).

Sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojilerin ya da müdahale programlarının maliyet ve etkililiklerinin değerlendirilmesi, kaynak kullanım etkinliği için giderek önem kazanmaktadır. Teknolojilerin maliyet başına sağladıkları faydanın bilinmesi politik yapıcılar ve karar vericiler için kanıta dayalı kararlarla hareket etme avantajını sağlamaktadır. Literatürde yapılmış olan ekonomik değerlendirme çalışmalarında stentleme maliyetlerinin yüksek olmasına karşın genelde endarterektomi ile benzer fayda sağladıkları gözlenmiştir. Ayrıca Türkiye’de karotis arter stenozu hastalığı (KrAH) ile ilgili herhangi bir maliyet etkililik çalışmasının yapılmamış olması bu araştırmanın gerçekleştirilmesine katkı sağlamıştır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından gerçekleştirildiğinden tedavi yöntemlerinin ödeyici kurum perspektifi ortaya konulmuştur. Buradan hareketle bu çalışmada, Sosyal Güvenlik Kurumu (ödeyici kurum) perspektifi doğrultusunda KrAH tedavisinde kullanılan girişimsel yöntemler olan karotis endarterektomi (KAE) ve karotis arter stentleme (KAS) tedavi prosedürlerinin maliyet etkililiğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

II. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı ve Problem Cümlesi

Bu çalışmada KrAH tedavisinde kullanılan girişimsel yöntemler maliyet ve etkililik bakımından karşılaştırılmıştır. Boynun her iki yanında yer alan karotis arterlerin (şah damar) çeşitli risk faktörü nedeniyle iç kısmında *plak* adı verilen yağ yapılanmasının oluşmasıyla arterlerde sertleşme (ateroskleroz) ve iç çapında daralmaya yol açarak KrAH oluşmaktadır (Hamur vd., 2016; TND, 2020). KrAH tedavisinde girişimsel müdahale olarak iki teknik kullanılmaktadır. Bunlardan biri “altın standart” olarak kullanılan karotis endarterektomi (KAE) yöntemidir. Diğerisi ise son yıllarda endovasküler yöntemlerin gelişmesiyle birlikte alternatif olarak uygulanan karotis arter stentleme (KAS) yöntemidir. Araştırmada tedavi yöntemlerinin maliyet etkililiklerinin karşılaştırılması amacıyla hizmet başı ödeme yöntemine göre geri ödeme kurumu perspektifi (SGK) dikkate alınarak maliyet etkililik analizi yapılmış, yöntemlerin geri ödeme kararlarındaki etkileri açısından bütçe üzerindeki sonuçları incelenmiştir. Araştırmanın problem cümlesi; “KrAH tedavisinde kullanılan karotis endarterektomi yöntemine alternatif olarak kullanılan karotis arter stentleme yönteminin, maliyet etkili olup olmadığının belirlenmesidir”.

2.2. Araştırma Tasarımı, Veri Kaynakları ve Analiz Yöntemi

Araştırma evreni, 2019-2021 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi’nde KrAH tanısı konmuş ve tedavisinde KAS ya da KAE kullanılmış hastalardan oluşmaktadır. Her iki yöntemle tedavi olan hastaların benzer endikasyonlara sahip olduğu uzman görüşü doğrultusunda teyit edilmiştir. Retrospektif nitelikli bu araştırma, belirli bir zaman aralığını kapsamaması nedeniyle kesitseldir. Tedavisinde KAS kullanılan 43 ve KAE kullanılan 41 olmak üzere toplam 84 hasta belirlenmiştir. Araştırma tedavi sonrası bazı hastaların vefat etmesi, araştırmayı ret ve ilgili kişilere ulaşamaması gibi nedenlerden dolayı toplam 61 kişi üzerinden yapılmış, bireylere telefonla ulaşılmıştır (29 KAS; 32 KAE).

Araştırmanın maliyetleri hizmet başı ödeme kapsamında ve geri ödeme kurumu perspektifi doğrultusunda hastanenin faturalandırma biriminden her bir hastaya yapılan işleme ilişkin ayrıntılı fatura dökümlerinden elde edilmiştir. Elde edilen ayrıntılı fatura dökümleri aracılığı ile yapılan işlem maliyetleri; poliklinik, ameliyat, eczane, laboratuvar, anestezi, radyoloji, tıbbi malzeme, kan merkezi, yatak ve diğer hizmetler (konsültasyon, damar yolu açma, enjeksiyon, monitörizasyon, intravenöz ilaç infüzyonu, cerrahi branşlarda vize vb.) şeklinde ayrıntılı olarak sınıflandırılmıştır. Araştırmada endeks maliyetler (hastanın hastaneye başvurusundan taburculuk sonuna kadar elde edilen toplam maliyetler) elde edildikten sonra taburculuk sonrası maliyetler (kontrol/izlem/takip maliyetleri) de tespit edilmiştir. Taburculuk sonrası olası maliyetlere ilişkin veriler için Radyoloji ile Beyin ve Sinir Cerrahisi birimi uzman doktorlarının görüşüne başvurulmuştur. Tüm maliyetler 2020 yılına indirgenmiştir.

Araştırmada etkililik ölçütü olarak QALY dikkate alınmıştır. Tedavi sonrası hastaların QALY skorlarının elde edilmesinde EuroQol tarafından geliştirilen EQ-5D-5L genel yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Ölçek, araştırma kapsamındaki hastalara telefon görüşmesi yoluyla uygulanmıştır. Ölçek hareket edebilme, kendi kendine bakabilme, günlük işleri yapabilme, ağrı/rahatsızlık ve endişe/moral bozukluğu gibi beş alt boyuttan oluşmaktadır. EQ-5D-5L’de boyutların her biri problem yok, çok az problem var, orta derecede problem var, çok problem var ve aşırı problem var olmak üzere 5 seviyede değerlendirilmektedir. Ölçeğin ikinci bölümünde bireyin o anki sağlık durumu hakkında 0-100 arasında değişen bir skalada genel bilgi almasını sağlayan bir “görsel termometre” (Visual Analogue Scale-VAS) yer almaktadır. Görsel analogda 100 skoru, hayal edilebilecek en iyi sağlık durumunu ve 0 skoru, hayal edilebilecek en kötü sağlık durumunu ifade etmektedir. Elde edilen VAS skorları ile tedavi yöntemlerinin hastaların güncel sağlık durumları üzerindeki etkisi belirlenmiştir. Ölçeğin Türkiye için puan ağırlıkları olmadığından Hollanda skorları kullanılmıştır.

Araştırmada belirsizliklere olan duyarlılığını test etmek için tek-yönlü duyarlılık analizi yapılmıştır. McPake ve diğerleri (2013), maliyet etkililik çalışmalarında maliyetlerde %15'lik artış/azalış analiz sonuçlarını büyük oranda değiştirmiyorsa bu durumda gerçekleştirilen analizin güvenilir sonuçlar verdiğini belirtmiştir. Ancak bu yüzdelik değişim İMEO değerini eşik değerine çıkarıyorsa gerçekleştirilen analizin sorgulanmasına neden olabileceği araştırmacılar tarafından vurgulanmıştır. Bu bakımdan araştırmada etkisi değerlendirilmeye çalışılan KAS yönteminin maliyetinin yüksekliğinden dolayı sadece %15 azalış yapılarak duyarlılık analizi yapılmıştır. Araştırmada etkililik verilerine ilişkin duyarlılık analizleri ise Almanya'ya özgü yaşam kalitesi ağırlıkları kullanılarak yapılmıştır.

Bu araştırmada KrAH tedavisinde kullanılan KAS ve KAE tedavi yöntemlerinin bütçe üzerindeki yükünü tespit etmek için ayrıca bütçe etki analizi yapılmıştır. Türkiye'de KrAH'nın prevalansı, insidansı veya ameliyat oranlarına ilişkin verilere ulaşılamadığından, Song ve diğerleri (2020) tarafından global düzeyde tüm kıtaları içeren ve toplam 19 ülke (Türkiye bulunmamaktadır) düzeyinde 59 çalışma sonuçlarını içeren sistematik derleme sonuçları kullanılmıştır. Toplum tabanlı çalışmaları içeren araştırmada stenoz derecesi en az %50 olan, 30-79 yaş arası tüm kadın ve erkek popülasyonu içermektedir. Bu çalışmaya göre 2020 yılına ilişkin KrAH prevalansı %1,5 olarak bulunmuştur. Referans alınan çalışmaya paralel olarak 2020 yılı toplam 30-79 yaş aralığı Türkiye nüfus verisi, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'ten temin edilmiştir. Song ve diğerleri (2020) çalışmasında hesaplanan KrAH prevalans oranı TÜİK'ten alınan nüfus ile çarpılarak Türkiye'de 2020 yılına ilişkin tahmini KrAH hasta sayısı hesaplanmıştır. KAS ve KAE yöntemlerinin tedavi maliyetleri tahmini KrAH sayısı ile çarpılarak hastaların bu teknolojilerle tedavi edilmesi durumunda ülke bütçesine olan etkisi saptanmıştır.

2.3. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları

Araştırmanın tasarımı (retrospektif) gereği, katılımcıların ameliyat sonrası geçen süreleri farklılık göstermektedir. Doğal olarak bu farklılık onların yaşam kalitesi bulgularına da yansımaktadır. Katılımcılara uygulanan EQ-5D-5L ölçeğine yansıyan bu farklılık kabul edilmiştir. Araştırmada ölçeğe yanıt veren katılımcı sayılarının düşük olması araştırmanın dışsal geçerliliği için bir eksikliklerdir. Bu sınırlılıkların dışında hastaneden alınan maliyet verilerinin tam ve doğru verildiği, uzman doğrultusunda edinilen bilgilerin doğruyu yansıttığı, katılımcıların ölçeği yansız ve bilinçli bir şekilde yanıtladıkları varsayılmaktadır. Ayrıca, araştırmada KAS ve KAE yöntemlerinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin belirlenmesi amaçlandığından, katılımcıların karotis arter hastalığına eşlik eden diğer başka bir hastalık ya da olgulara ilişkin verilerin olmaması, çalışma açısından bir sınırlılıktır.

2.4. Araştırmanın Etik boyutu

Araştırmaya ilişkin etik kurul izni 15/01/2021 tarih ve 14 karar sayılı Ankara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

III. BULGULAR

3.1. Araştırmanın Tanımlayıcı Bulguları

Araştırmaya katılanların yaklaşık %53,00'ü KAE tekniği ile tedavi olmuştur. KAS grubunda kadınların oranı %68,98 iken; bu oran KAE grubunda %68,75 olarak gözlenmiştir. Yaş dağılımları incelendiğinde, KAS ile tedavi olan katılımcıların yaklaşık %86,21'i 50 yaş ve üstü iken; KAE ile tedavi olan hastalarda bu oran %68,75 olmuştur. Tedavi olan hastaların yaş ortalaması KAS tedavi tekniğinde %62,73, KAE tedavi tekniğinde ise %64,42 olmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmaya Katılanların Tanımlayıcı Bulguları

Tanımlayıcı Bilgiler		Tedavi Yöntemleri			
		Karotis Stentleme (KAS)		Karotis Endarterektomi (KAE)	
Cinsiyet		n	(%)	n	(%)
	Erkek	9	31,03	10	31,25
	Kadın	20	68,98	22	68,75
Toplam		29	100,00	32	100,00
Yaş	<50	4	13,79	8	25,00
	≥50	25	86,21	24	75,00
Toplam		29	100,00	32	100,00
Ortalama Hastanede Kalış Süresi		2.1		3.28	

3.2. Tedavi Yöntemlerine İlişkin Maliyet ve Etkililik Bulguları

KrAH tedavisinde kullanılan karotis endarterektomi ve karotis stentleme yöntemlerine ilişkin maliyet verileri detaylı hasta faturalarının analizi ile elde edilmiştir. Maliyet kategorileri 10 gider kalemi (poliklinik, ameliyat, eczane, tıbbi malzeme, laboratuvar, radyoloji, kan merkezi, anestezi, yatak ve diğer hizmetler) alt başlığında sınıflandırılarak sonra toplam maliyetler ve ortalama hasta başına maliyetler olarak kategorileştirilmiştir. Endeks maliyetler elde edildikten sonra taburculuk sonrası KAS ve KAE için ayrı ayrı maliyet verileri elde edilmiştir. Analize hazır duruma getirilen maliyetler Tablo 2’de sınıflandırılmıştır. KAS grubunda ortalama hasta başına maliyetler 9.328,67₺, KAE grubunda ise ortalama hasta başına maliyetler 6.484,13₺ olarak gerçekleşmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Analize Hazır Duruma Getirilmiş Maliyet Kategorileri

Maliyet Kategorileri	Karotis Stentleme (KAS)		Karotis Endarterektomi (KAE)	
	Toplam Maliyetler (₺)	Ortalama Hasta Başına Maliyet (₺)	Toplam Maliyetler (₺)	Ortalama Hasta Başına Maliyet (₺)
Endeks Maliyetler	268.845,30	9.270,53	206.946,70	6.467,09
Poliklinik	1.997,23	68,87	2.200,06	68,75
Ameliyat	0,00	0,00	142.773,10	4.461,66
Eczane	8.230,31	283,80	11.299,66	353,12
Tıbbi Malzeme	204.389,80	7.047,92	17.822,16	556,94
Laboratuvar	2.456,58	84,71	7.852,20	245,38
Radyoloji	47.044,88	1.622,24	8.950,89	279,72
Kan Merkezi	172,12	5,94	3.476,88	108,65
Anestezi	4.134,16	142,56	2.666,55	83,33
Yatak	1.812,81	62,51	8.776,76	274,27
Diğer Hizmetler	604,64	20,85	3.328,50	104,02
İzlem Maliyetleri	1.686,06	58,14	545,28	17,04
Toplam Maliyetler	270.531,36	9.328,67	207.491,98	6.484,13

Araştırmada EQ-5D-5L ölçeği kullanılarak KAS ve KAE tedavi yöntemlerinin hastalara sağladığı etkililik verileri elde edilmiştir. Buna göre KrAH tedavisi almış hastalarının EQ-5D-5L endeks değerleri ortalamaları KAS tedavi yönteminde Hollanda skorları ile 0,7974; Almanya skorları ile 0,8594 etkililik değerlerine sahip olmuştur. KAE tedavi yönteminde ise EQ-5D-5L endeks değerleri ortalamaları Hollanda skorları ile 0,7887; Almanya skorları ile 0,8704 etkililik değerlerine sahip

olmuştur. VAS skorları KAS grubunda yaklaşık 0,79; KAE grubunda ise yaklaşık olarak 0,83 olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Tedavi Yöntemlerine Göre Hastaların EQ-5D-5L İndeks Değerleri

Tedavi Yöntemleri	Etkililik	n	$\bar{x} \pm \text{std}$	%95 Güven Aralığı
Karotis Stentleme (KAS)	Fayda(utility) (Hollanda)	29	0,7974±0,14197	0,7434-0,8514
	Fayda(utility) (Almanya)	29	0,8594±0,11953	0,8140-0,2220
	Görsel Analog Ölçeği (VAS)	29	0,7897±0,13912	0,7367-0,8426
Karotis Endarterektomi (KAE)	Fayda(utility) (Hollanda)	32	0,7887±0,13419	0,7403-0,8370
	Fayda(utility) (Almanya)	32	0,8704±0,09059	0,8377-0,9031
	Görsel Analog Ölçeği (VAS)	32	0,8281±0,13556	0,7792-0,8770

3.3. Maliyet Etkililik Analizi Bulguları

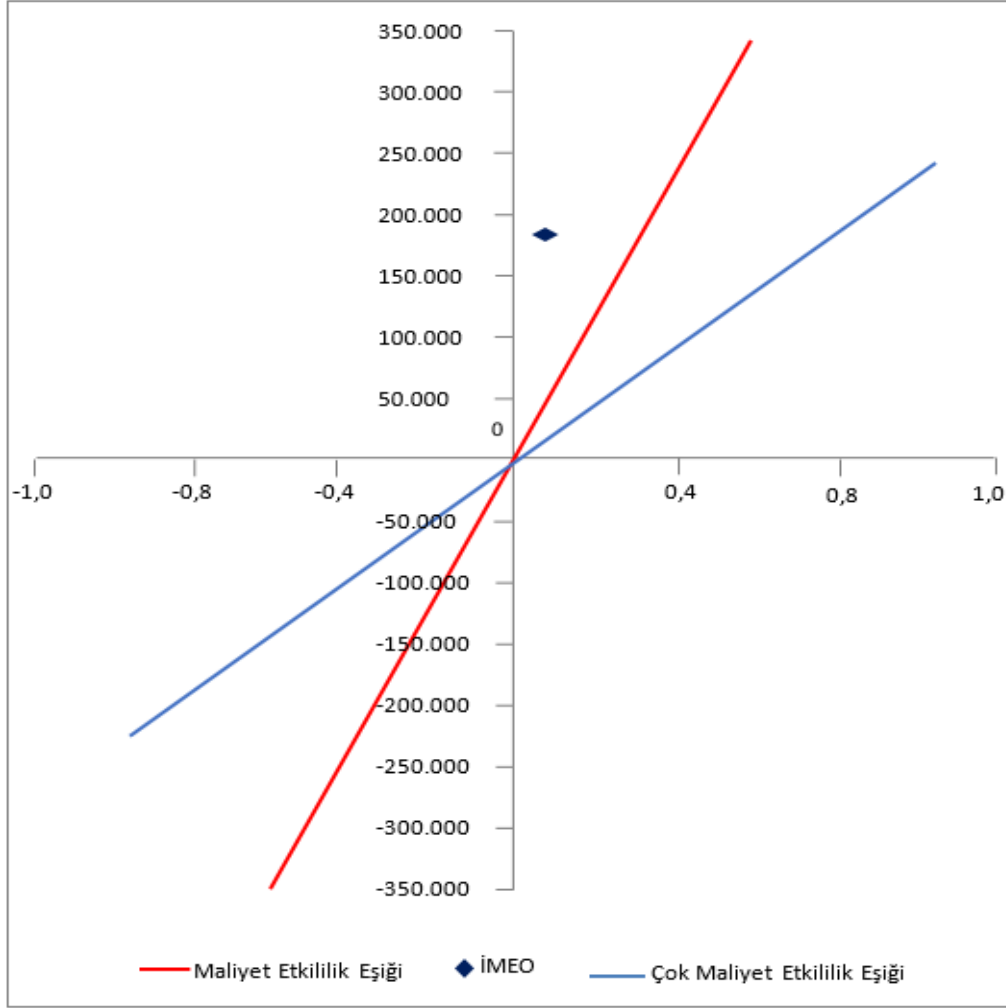
Araştırmada ilgili sağlık teknolojilerinin birbirlerine göre ilave etkililik başına katlanması gereken ilave maliyetleri hesaplamak için İMEO hesaplanmıştır. Yapılan maliyet etkililik analizinde bir yıldan daha az bir süreyi kapsayan veriler kullanıldığından indirgeme işlemi uygulanmamıştır. Araştırma sonuçlarına göre QALY başına maliyet KAS ve KAE tedavi yöntemlerinde sırasıyla 11.698,86₺/QALY ve 8.221,29₺/QALY olarak gerçekleşmiştir. Araştırmada KAS yöntemi, KAE yöntemine göre ilave 0,0087 QALY kazanımı ve 2.844,54₺ ilave maliyet ile sonuçlanmıştır. KAS ile tedavi olmanın elde edeceği ilave bir (1) birimlik fayda için katlanması gereken ilave maliyet (İMEO) değeri, yaklaşık olarak 326.958,62₺ olarak tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile Karotis stentleme tedavisi ile ilave QALY kazanmak için 326.958,62₺ harcanması gerekmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Geri Ödeme Kurumu Perspektifinden Maliyet Etkililik Sonuçları

Tedavi Yöntemi	Maliyet (₺)	İlave Maliyet (₺)	Etkililik (QALYs)	İlave Etkililik (QALYs)	Maliyet/QALYs	İlave Maliyet Etkililik Oranı (İMEO)
KAS	9.328,67	2.844,54	0,7974	0,0087	11.698,86	326.958,62
KAE	6.484,13	...	0,7887	...	8.221,29	...

Bir tedavinin ya da müdahalenin kabul ya da ret kararının verilmesinde İMEO tek başına yeterli değildir. Farklı programların ürettikleri değer için bir ödeme arzusu eşiğinin belirlenmesi gerekebilir. Eşik değer olarak ifade edilen ödeme arzusu, bir geri ödeme kurumunun ilave bir birimlik sağlık kazanımına verdiği değeri ifade etmektedir. Ekonomik değerlendirme çalışmalarında eşik değer, DSÖ önerileri kabul edilmektedir. DSÖ, kişi başına gayrisafı yurtiçi hasılanın (GSYİH) eşik değer olarak alınabileceğini belirtmiştir. Dolayısıyla bir sağlık teknolojisi için elde edilen İMEO, kişi başına düşen GSYİH'den düşük ise maliyet etkililiğin çok yüksek olduğu, kişi başına düşen GSYİH'nin 1-3 katı arasında ise maliyet etkili olduğu ve kişi başına düşen GSYİH'nin 3 katından fazla ise o sağlık teknolojisinin maliyet etkili olmadığı kabul edilmektedir (Uğurlu, 2017; Tatar, 2017; Jimenez vd., 2019). Bu doğrultuda TÜİK'in 2020 yılı verilerine göre Türkiye'de kişi başına GSYİH 60.525,00₺ olarak gerçekleşmiştir. Bu kapsamda kabul edilebilir çok maliyet etkililik eşiği 60.525,00₺, maliyet etkililik eşiği ise 181.575,00₺'dir. Buna göre İMEO; 60.525,00₺ altında ise çok maliyet etkili, 60.525,00₺-181.575,00₺ arasında ise maliyet etkili ve 181.575,00₺'den fazla ise maliyet etkili değildir.

Şekil 1. Geri Ödeme Kurumu Perspektifinden Maliyet Etkililik Düzlemi



Hizmet başı ödeme kapsamında geri ödeme kurumu perspektifi ve çalışmanın evreninden elde edilen verilerin analizi sonucu elde edilen İMEO değerinin I. bölgede olması KAS yönteminin KAE yöntemine göre daha maliyetli ve daha etkili olduğunu göstermektedir. Ancak İMEO değerinin 326.958,62₺ olması ve maliyet etkililik eşiği ile çok maliyet etkililik eşiği doğrularının çok üstünde olması (Şekil 1), geleneksel yöntem olan KAE tedavi yöntemini daha cazip kılmaktadır. Maliyet etkililik düzleminde İMEO'nun aldığı konumdan hareketle alternatif yöntem olan KAS sağlık teknolojisinin KAE sağlık teknolojisine göre maliyet etkili olmadığını göstermektedir.

Karotis stentleme tedavi yöntemi maliyetinde %15 azalış yapılarak meydana gelen değişimler ile Hollanda yerine Almanya yaşam kalitesi ağırlıklarının kullanılması sonucu yapılan tek-yönlü duyarlılık analizlerinde maliyet etkililik analizi sonuçları yeniden değerlendirilmiştir. Maliyetlere ilişkin yapılan duyarlılık analizinde İMEO kazanılan QALY başına 104.050,58₺-487.795,40₺ arasında gözlemlenmiştir. Araştırmada Hollanda yerine Almanya yaşam kalitesi ağırlıkları kullanıldığında ilave etkililik oranı (-) 0,011 ve İMEO kazanılan QALY başına (-) 258.594,55₺ şeklinde hesaplanmıştır. Duyarlılık analizi sonucunda KAS maliyetinde %15 azalış yapıldığında İMEO çok maliyet etkililik eşiği ile maliyet etkililik eşiği arasına gerileyerek (104.050,58₺) maliyet etkili olmuştur. Almanya yaşam kalitesi ağırlıkları kullanıldığında ise İMEO maliyet etkililik eşiğine yaklaşmış [(-) 258.594,55₺] ancak hala bu eşiğin üstünde kalmaya devam etmiştir.

Araştırmada bütçe etki analizinin hesaplamasında KrAH prevalansı kullanılmıştır. Bütçe etki analizi; ekonomik değerlendirmenin önemli ve kapsamlı bir bileşenidir. Maliyet etkililik yöntemi,

sağlık teknolojisinin maliyet ve sonuçlarını belirli bir zaman diliminde ekonomik etkinliklerini karşılaştırırken; bütçe etki analizi bu teknolojilerin satın alınması ve ödeme kapsamına alınmasının finansal sonuçlarını ve bütçeye getirisini değerlendirmektedir (Mauskopf vd., 2007; Sullivan vd., 2014). Amacı, kısıtlı kaynaklar varsayımı altında yeni bir sağlık programının uygulanmasının finansal sonuçlarını ya da programın ödenebilirliğini tahmin etmek olan bütçe etki analizi; ilgili sağlık durumunun insidans, prevalans, tanı ve tedavi, kaynak kullanımı, mortalite ve morbidite gibi epidemiyolojik verilere gereksinim duyar (Özgen ve Tatar, 2007; Leelahavarong, 2014). KRAH prevalansının %1.5 varsayımı altında ve TÜİK tarafından Türkiye'nin 30-79 arası nüfusu 31 Aralık 2020 tarihi itibarıyla 43.753.635 kişi olarak açıklanmıştır. Bu durumda hedef popülasyon 656.305 kişi olarak hesaplanmıştır. Ödeyici kurum perspektifi doğrultusunda bütçe etki analizi yapılan bu analiz aşamasında, KRAH'nın KAS ile tedavi edilmesi durumunda 2020 yılı için toplam sağlık harcamaları içinde %4,51; KAE ile tedavi edilmesi durumunda ise toplam sağlık harcamaları içinde %3,14 oranında bir yük oluşturduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Bütçe Etkisi Analizi Bulguları

KRAH Verileri (2020)	Karotis Stentleme (KAS)	Karotis Endarterektomi (KAE)
Kişi sayısı	656.305	656.305
Maliyet (₺)	9.328,67	6.484,13
Karotis arter toplam maliyet (₺)	6.112.452.764	4.255.566.940
Toplam sağlık harcamaları (₺)	135.673.784.000	135.673.784.000
Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	4,51	3,14

IV. TARTIŞMA

Maliyet etkililik analizinde QALY başına maliyetler KAS ve KAE tedavi yöntemlerinde sırasıyla 11.698,86₺/QALY ve 8.221,29₺/QALY olarak gerçekleşmiştir. Araştırmada KAS yöntemi, KAE yöntemine göre ilave 0,0087 QALY kazanımı ve 2.844,54₺ ilave maliyet ile sonuçlanmıştır. İlave bir birimlik QALY kazanımı için KAS yöntemi ile tedavi edilmesi durumunda yaklaşık olarak 326.958,62₺ (İMEO) maliyete katlanması gerekmektedir. Elde edilen bu sonuç, KAS tedavi yöntemini KAE tedavi yöntemi karşısında istenen başarıyı yakalayamadığını göstermektedir.

Ulusal alanda KAS ve KAE yöntemini maliyet etkililik yönünden karşılaştıran çalışmalar bulunmamakla birlikte uluslararası literatürde ağırlıklı olarak hastane (hizmet sunucu) perspektifi doğrultusunda yapılmış maliyet etkililik ve maliyet değer çalışmalarına yer verilmiştir. Ödeyici kurum perspektifiyle ABD'de yaşam boyu QALY başına katlanması gereken maliyetlerin belirlenmeye çalışıldığı bir çalışmada (Young vd., 2010) KAS tedavi tekniği, sahip olduğu yüksek maliyetler ve düşük QALY değeri ile KAE tekniği karşısındaki görece etkinliği bu araştırmanın sonuçları ile paralellik göstermiştir. Kanada'da ödeyici kurum perspektifini ortaya koymak için yapılan çalışmada (Almekhlafi vd., 2014) KAS tedavi yöntemi, KAE tedavi yöntemine göre yüksek maliyet ve düşük etkililik kombinasyonu ile sonuçlanmıştır. Çalışmada KAE tedavi tekniği KAS tekniğine göre maliyet etkili olmasına karşın, ilave maliyet etkililik başına KAS yöntemi etkin olarak tanımlanmış olup İMEO bakımından bu araştırmanın sonuçları ile zıt yönde sonuç üretmiştir.

Literatürde ödeyici kurum perspektifi yanı sıra hizmet sunucu perspektifi doğrultusunda da KAS ve KAE yöntemlerini karşılaştıran çalışmalar mevcuttur. Vilain ve diğerleri (2012) çalışmasında QALY başına maliyet kazanımları KAE grubunda daha efektif görülmüştür. Khan ve diğerleri (2012) çalışmalarında İMEO kazanımı KAE grubunda daha yüksek tespit edilmiştir. Her iki çalışma bulguları bu araştırmanın sonuçları ile benzerlik göstermiştir. Morris ve diğerleri (2016) ile Featherstone ve diğerleri (2016) tarafından İngiltere'de yapılan çalışmalarda KAS ve KAE yöntemlerinin birbirlerine göre avantajları net olarak ortaya konulamamıştır. Ancak KAS grubunda maliyetler görece olarak daha yüksek tespit edilmiştir.

Maud ve diğeri (2010) hizmet sunucu perspektifini ortaya koyan çalışmalarında, KAS tedavi yönteminin KAE tedavi yöntemine göre etkililik bakımından üstün olduğu yüksek maliyetlere rağmen marjinal bir fayda sunabileceği gösterilmiştir. Ödeyici kurum perspektifini ortaya koyan başka bir çalışmada (Mahoney vd., 2011), KAS yöntemi KAE ile kıyaslandığında, ekonomik olarak cazip bir alternatif olarak kabul görmüştür. İspanya sağlık sistemi perspektifini ortaya koyan çalışmada (Jimenez vd., 2019) KAS yöntemi, KAE yöntemine göre daha maliyet etkin olarak ifade edilmiştir. Bulguları tartışılan bu çalışmalar, mevcut araştırma sonucu lehine KAS tedavi yöntemi daha yüksek İMEO değeri ile sonuçlanmıştır.

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen maliyet ve etkililik değerleriyle yapılan maliyet etkililik analizinde, İMEO değerinin maliyet etkililik düzlemindeki konumundan hareketle KAE yönteminin KAS yöntemine göre daha maliyet etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Yapılan duyarlılık analizlerine rağmen KAS yöntemi, KAE yöntemi karşısında etkin olmayan sınırlarda kalmaya devam etmiştir. KrAH prevalansının %1,5 varsayımı altında hastalığın KAS ile tedavi edilmesi durumunda karotis stentlemenin bütçe etkisi karotis endarterektomiye göre daha yüksek olmuştur.

Araştırmanın maliyet etkililik analizi sonucu elde edilen bulgularına yönelik öneriler aşağıda sunulmuştur:

- KrAH tedavisinde KAE'ye kıyasla KAS yönteminin daha maliyetli ancak daha az etkili olduğu tespit edilmiştir. KAS grubunda özellikle stentleme ve emboli koruma cihazları gibi tıbbi malzemelerin pahalı olması maliyetleri artıran kalemler olmuştur. Araştırmada İMEO değeri, KAS aleyhine bir sonuca neden olarak KAE tedavi yönteminin daha maliyet etkili olmasına yol açmıştır. Bu bakımdan KrAH hastalarının tedavisinde KAE yönteminin önceliklendirilmesinin sağlık kaynaklarının verimli kullanılmasına katkı sağlayacağı söylenebilir.
- Tedavi sonrası yaşam kalitelerinin (etkililik) tespitinde Türkiye'ye özgü fayda skorları olmadığından Hollanda ve Almanya'ya özgü fayda skorları kullanılmıştır. Aynı ölçme aracından elde edilen sonuçlar farklı ülkelerin kendilerine özgü fayda skorlarında farklılaştığından, tedavi yöntemlerinin üstün ve zayıf yanlarının net bir şekilde ortaya konulması güçleşmektedir. Bu nedenle maliyet etkililik ve maliyet değer analizlerinde sağlık teknolojilerine yönelik doğru sonuçların üretilmesi için Türkiye'nin sağlık sosyolojisi yapısına özgü fayda ağırlıklarının/skorlarının hesaplanması önerilmektedir.
- DSÖ'nün önerdiği eşik değer dışında, Türkiye'de ödemeye isteklilik bakış açısını yansıtan eşik değer belirlenmesi teknolojilerin ekonomik değerlendirme bakımından faydalı sonuçlar sağlayacağı düşünülmektedir.
- Ödeyici kurumun (SGK) geri ödeme kararları alırken yapılmış maliyet etkililik ya da maliyet değer çalışma bulgularını dikkate alması, kurum açısından maliyet avantajı sağlamış olabilir.
- Araştırma düşük bir popülasyon üzerinde yürütülmüştür. Gelecekte yapılması olası çalışmaların geniş örneklem üzerinde yapılması araştırmanın dışsal geçerliliğini artırabilir.

Etik Kurul İzni: Araştırmaya ilişkin etik kurul izni 15/01/2021 tarih ve 14 karar sayılı Ankara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Almekhlafi, M. A., Hill, M. D., Wiebe, S., Goyal, M., Yavin, D., Wong, J. H., & Clement, F. M. (2014). When is carotid angioplasty and stenting the cost-effective alternative for revascularization of symptomatic carotid stenosis? A Canadian health system perspective. *American Journal of Neuroradiology*, 35(2), 327-332.
- Black, W. C. (1990). The CE plane: a graphic representation of cost-effectiveness. *Medical decision making*, 10(3), 212-214.
- Çelik, Y. (2011). *Sağlık Ekonomisi*. Siyasal Kitabevi.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Torrance, W. G., O'Brien, B. J., & Stoddart, G. L. (2005). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (Third edition). Oxford Medical Publication.
- European Network For Health Technology Assessment (EUnetHTA). (2016). HTA core model version 3.0 (pdf), Joint Action on HTA 2012-2015. (www.htacoremodel.info/BrowseModel.aspx).
- Featherstone, R. L., Dobson, J., Ederle, J., Doig, D., Bonati, L. H., Morris, S., Patel, N. V., & Brown, M. M. (2016). Carotid artery stenting compared with endarterectomy in patients with symptomatic carotid stenosis (International Carotid Stenting Study): a randomised controlled trial with cost-effectiveness analysis. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 20(20), 1-94.
- Glick, H., Doshi, J., Sonnad, S. S., & Polsky, D. (2015). *Economic evaluation in clinical trials*. Oxford University Press.
- Hamur, H., Değirmenci, H., Bakırcı, E. M., & Topal, E. (2016). Karotis arter hastalığının güncel girişimsel tedavisi. *MN Kardiyoloji*, 23(2), 147-157.
- Hauck, K., Smith, P. C., & Goddard, M. (2004). The economics of priority setting for health care: A literature review. The World Bank.
- Hopkins, R., & Goeree, R. (2015). *Health technology assessment: Using Biostatistics to break the barriers of adopting new medicines*. CRC Press.
- Jiménez, S. V., Carrasco, P., Rodriguez, G., Doblaz, M., Orgaz, A., Flores, A., Maynar, M., Gonzalez-Fajardo, J. A., & Fontcuberta, J. (2019). Cost-effectiveness of Carotid Surgery. *Annals of vascular surgery*, 57, 177-186.
- Khan, A. A., Chaudhry, S. A., Sivagnanam, K., Hassan, A. E., Suri, M. F., & Qureshi, A. I. (2012). Cost-effectiveness of carotid artery stent placement versus endarterectomy in patients with carotid artery stenosis. *Journal of Neurosurgery*, 117(1), 89-93.
- Kristensen, F. B., Husereau, D., Huić, M., Drummond, M., Berger, M. L., Bond, K., Augustovski, F., Booth, A., Bridges, J. F. P., Grimshaw, J., IJzerman, M. J., Jonsson, E., Ollendorf, D. A., Rüther, A., Siebert, U., Sharma, J., & Wailoo, A. (2019). Identifying the Need for Good Practices in Health Technology Assessment: Summary of the ISPOR HTA Council Working Group Report on Good Practices in HTA. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 22(1), 13-20.

- Kristensen, F. B., & Sigmund, H. (2008). *Health technology assessment handbook, Danish centre for health technology assessment, national board of health*.
<https://www.sst.dk/~media/ECAAC5AA1D6943BEAC96907E03023E22.ashx>.
- Leelahavarong, P. (2014). Budget impact analysis. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 97(5), 565-571.
- Mahoney, E. M., Greenberg, D., Lavelle, T. A., Natarajan, A., Berezin, R., Ishak, K. J., Caro, J. J., Yadav, J. S., Gray, W. A., Wholey, M. H., & Cohen, D. J. (2011). Costs and cost-effectiveness of carotid stenting versus endarterectomy for patients at increased surgical risk: Results from the SAPPHERE trial. *Catheterization and Cardiovascular Interventions: Official Journal of the Society for Cardiac Angiography & Interventions*, 77(4), 463-472.
- Maud, A., Vázquez, G., Nyman, J. A., Lakshminarayan, K., Anderson, D. C., & Qureshi, A. I. (2010). Cost-effectiveness analysis of protected carotid artery stent placement versus endarterectomy in high-risk patients. *Journal of Endovascular Therapy: An Official Journal of the International Society of Endovascular Specialists*, 17(2), 224-229.
- Mauskopf, J. A., Paul, J. E., Grant, D. M., & Stergachis, A. (2007). The role of cost-consequence analysis in healthcare decision-making. *Pharmacoeconomics*, 13(3), 277-288.
- McPake, B., Normand, C., & Smith, S. (2013). *Health economics an international perspective*. Routledge Taylor and Francis Group.
- Morris, S., Patel, N. V., Dobson, J., Featherstone, R. L., Richards, T., Luengo-Fernandez, R., Rothwell, P. M., Brown, M. M., & International Carotid Stenting Study investigators (2016). Cost-utility analysis of stenting versus endarterectomy in the International Carotid Stenting Study. *International Journal of Stroke: Official Journal of the International Stroke Society*, 11(4), 446-453.
- Nuijten, M. J. C., & Dubois, D. J. (2011). Cost-utility analysis: Current methodological issues and future perspectives. *Pharmaceutical Medicine and Outcomes Research*, 2(29), 1-5.
- Özgen, H., & Tatar, M. (2007). Sağlık sektöründe bir verimlilik değerlendirme tekniği olarak maliyet-etkililik analizi ve Türkiye'de durum. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(2), 109-137.
- Song, P., Fang, Z., Wang, H., Cai, Y., Rahimi, K., Zhu, Y., Fowkes, F. G. R., Fowkes, F. J. L., & Rudan, I. (2020). Global and regional prevalence, burden, and risk factors for carotid atherosclerosis: A systematic review, meta-analysis, and modelling study. *Lancet*, 8, 721-729.
- Sullivan, S.D., Mauskopf, J.A., Augustovski, F., Caro, J.J., Lee, K.M., Minchin, M., & Shau, W.Y. (2014). Budget impact analysis-principles of good practice: Report of the ISPOR 2012 budget impact analysis good practice II task force. *Value in Health*, 17(1), 5-14.
- Tatar, M. (2017). *İlaç fiyat ve geri ödeme politikalarında değer kavramı, polar sağlık ekonomisi ve politikası danışmanlık*. www.polarsaglik.com.tr.
- Tatar, M., & Wertheimer, A. I. (2010). *Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi-ilaç geri ödeme kararları için bir model önerisi*. MN Medikal & Nobel Basım Yayın.
- Türk Nöroşirürji Derneği (TND). (2020). *Karotis arter hastalığı*.
<https://www.turknorosisurji.org.tr/TNDDData/Books/152/norovaskuler-cerrahi-ogretim-ve-egitim-grubu.pdf>.

- Uğurlu, M. (2017). *Ülke deneyimleri ışığında sağlık teknoloji değerlendirmesinin sağlık finansman sisteminin sürdürülebilirliğine etkisi ve Türkiye için model önerisi* [Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi.
- Vilain, K. R., Magnuson, E. A., Li, H., Clark, W. M., Begg, R. J., Sam, A. D., 2nd, Sternbergh, W. C., 3rd, Weaver, F. A., Gray, W. A., Voeks, J. H., Brott, T. G., Cohen, D. J., & CREST Investigators (2012). Costs and cost-effectiveness of carotid stenting versus endarterectomy for patients at standard surgical risk: results from the Carotid Revascularization Endarterectomy Versus Stenting Trial (CREST). *Stroke*, *43*(9), 2408-2416.
- Višnjic, A., Veličković, V., & Milosavljević, N. (2011). QALY-measure of cost- benefit analysis of health interventions. *Scientific Journal of the Faculty of Medicine*, *28*(4), 195-199
- Young, K. C., Holloway, R. G., Burgin, W. S., & Benesch, C. G. (2010). A cost-effectiveness analysis of carotid artery stenting compared with endarterectomy. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, *19*(5), 404-409.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

KISA FORM SİBERKONDRI (CSS-12) CİDDİYET ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ: SAĞLIK BİLİŞİMİ ALANINA ÖZEL BİR UYGULAMA

Gamze YORGANCIOĞLU TARGAN *

Ayça KARAHAN **

Nihat Barış SEBİK ***

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, McElroy ve arkadaşları (2019) tarafından geliştirilen Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin kısa formunu Türkçeye uyarlamak ve sağlık bilişimi alanında çalışanlar üzerinde geçerlik ve güvenilirliğini test etmektir. Çalışmaya Türkiye'de faaliyet gösteren kamu hastanelerinin bilgi işlem bölümlerinde çalışan 215 bilgisayar mühendisi, bilgisayar programcısı, bilgisayar teknikeri ve yazılım mühendisi katılmıştır. Ölçekte bulunan maddelerin faktör yükleri 0,536 ile 0,768 arasında değişmektedir ve açıklanan toplam varyans %72,37 olarak hesaplanmıştır. Gerçekleştirilen doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre CSS-12 ölçeği (Ki-kare/serbestlik değeri: 2,064; RMSEA: 0,071; NFI: 0,916; CFI: 0,954; GFI: 0,929 ve AGFI: 0,915) 4 faktör ve 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin içsel tutarlığı 0,80 olarak hesaplanmış ve ölçeğin güvenilir olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, kısa form Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun kişilerin siberkondri düzeylerini ölçümünde kullanılabilir ve geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Siberkondri, internet, sağlık bilişimi, geçerlik, güvenilirlik.

MAKALE HAKKINDA

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

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

** Dr. Öğr. Üyesi, Yönetim ve Organizasyon Bölümü Pamukkale Üniversitesi Kale MYO, akarahan@pau.edu.tr

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

*** Sağ. Uz., Bilgisayar Müh., T.C. Sağlık Bakanlığı Bilkent Yerleşkesi, sebikbars@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1680-6431>

Gönderim Tarihi: 30.09.2022

Kabul Tarihi: 07.02.2023

Atıfta Bulunmak İçin:

Yorgancıoğlu Targan, G., Karahan, A., Sebik, N. B. (2023). Kısa form siberkondri (CSS-12) ciddiyyet ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği: Sağlık bilişimi alanına özel bir uygulama. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 207-218

VALIDITY AND RELIABILITY OF THE SHORT FORM CYBERCHONDRY (CSS-12) SEVERITY SCALE: A SPECIFIC APPLICATION FOR HEALTH INFORMATICS

Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN *
Ayça KARAHAN **
Nihat Barış SEBİK ***


ABSTRACT

This study aims to translate the short form of the Cyberchondria Severity Scale designed by McElroy et al. (2019) into Turkish and evaluate its validity and reliability among health informatics experts. 215 computer engineers, computer programmers, computer technicians, and software engineers from IT departments of Turkish public hospitals participated in the study. The factor loads of the scale's items ranged between 0.536 and 0.768, and the total variance explained was calculated to be 72.37 percent. According to the results of the confirmatory component analysis, the CSS-12 scale (Chi-square/freedom value: 2.064; RMSEA: 0.071; NFI: 0.916; CFI: 0.954; GFI: 0.929 and AGFI: 0.915) consists of 4 factors and 12 items. Calculating 0.80 for the internal consistency of the scale, it was discovered that it was dependable. These findings demonstrate that the Turkish version of the short form Cyberchondria Severity Scale is a valid and reliable measurement instrument that can be used to assess the level of cyberchondria in individuals.

Keywords: Cyberchondry, internet, health informatics, reliability, validity.

ARTICLE INFO

* Assoc. Prof., Hacettepe University, gamze@hacettepe.edu.tr

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

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

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

*** Health Spect., T.R. Ministry of Health, sebikbars@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1680-6431>

Received: 30.09.2022

Accepted: 07.02.2023

Cite This Paper:

Yorgancıoğlu Tarcan, G., Karahan, A., Sebik, N. B. (2023). Kısa form siberkondri (CSS-12) ciddiyet ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği: Sağlık bilişimi alanına özel bir uygulama. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 207-218

I. GİRİŞ

Son yıllarda bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmelere bağlı olarak internete erişim daha kolay ve ucuz olmaya başlamıştır. Bireylerin internete erişimi kolaylaşıp, ucuzlaştıkça bireyler sağlıklarıyla ilgili ihtiyaç duydukları bilgileri araştırırken interneti daha çok tercih etmeye başlamışlardır. İnternette sağlıkla ilgili bilgi aramanın anonimlik, ekonomiklik, kolaylık, etkileşim, hız gibi birçok avantajı bulunmaktadır. İnternet ayrıca hastaların bilgilenererek sağlıklarıyla ilgili karar süreçlerinde daha aktif rol almalarını sağlamaktadır (Brown vd., 2019). Birçok kişi internet aracılığıyla buldukları bilgiler sayesinde sağlıkları ile endişe duydukları bir konuda rahatlama yaşarken, bazı kişiler ise bu bilgiler yüzünden sağlıkları ile ilgili ciddi endişelere kapılmaktadırlar. Uzman olmayan kişilerin internette sağlıkla ilgili araştırmalar yapmaları, interneti tanı aracı olarak kullanmaları çeşitli sorunlara neden olabilmektedir (Batıgün vd., 2018). Bu sorunlardan bir tanesi de dijital çağın hayatımıza soktuğu bir kavram olan siberkondridir. Siberkondri sağlıklarıyla ilgili kaygıları olan kişileri, internette bilgi aramaları sonucunda onların daha fazla kaygı ve sıkıntıya itecek bilgilere ulaşmalarına neden olabilmektedir (Makarla vd., 2019). Kişilerin sağlıkları ile ilgili internette bilgi arayışında oldukları bu sürece genel bir sağlık kaygısı, takıntılı şüpheler eşlik edebilmekte ve kişiler bu kaygıyla şüpheleri doğrulamak için kompulsif eylemlerde (ısrarlı, tekrar eden eylemlerde) bulunabilmektedir (Bajcar vd., 2019).

Bireylerin dijital cihazları kullanımı ve internet erişimleri son yıllarda çok fazla artmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu hanehalkı bilişim teknolojileri kullanım araştırmasından elde edilen verilere göre 2021 yılında 16-74 yaş arası grupta yer alan bireylerin internet kullanım oranları %82,6'dır (TÜİK, 2021). İnternete erişimin bu kadar yaygın olması da özellikle kişilerin sağlık kurumlarına gitmekten imtina ettikleri pandemi döneminde, kişilerin sağlıkla ilgili konularda araştırma yaparken interneti daha çok tercih etmelerine neden olmuştur. Kişilerin sağlıkları ile ilgili araştırmalarını daha çok internet üzerinden yapmaları sonucunda ortaya çıkan bu yeni kavram, kişilerin internette araştırma yapmayı sağlık kurumlarına gitmeye tercih ettikleri pandemi döneminde, hekimler ve araştırmacıların ilgisini çekmiş, siberkondri alanında onları daha fazla araştırma yapmaya yöneltmiştir (Vismara vd., 2022). Kişilerin siberkondri düzeylerini tespit etmek üzere çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçeklerden en bilineni McElroy ve Shevlin tarafından 33 ifade ve 5 boyutlu olan, kısaca CSS-33 olarak ifade edilen Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (Cyberchondria Severity Scale – CSS)'dir. CSS-33'ten sonra zaman içerisinde ölçeğin başka dillerde, başka araştırmacılar tarafından daha kısa formları (CSS-30, CSS-15) oluşturulmuş, tüm bu ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmada ise McElroy ve arkadaşları (2019) tarafından ölçeğin en son geliştirilen ve en kısa formu olan CSS-12 ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik araştırmasının yapılarak, ölçeğin ulusal yazına kazandırılması amaçlanmaktadır.

II. SİBERKONDRI

Siberkondri son zamanlarda sıklıkla gündeme gelen kavramlardan biridir. Halk arasında hastalık hastalığı olarak ifade edebileceğimiz hipokondri isimli psikolojik bir rahatsızlığın dijital çağdaki karşılığı olarak ortaya çıkması yazına siberkondri tanımını kazandırmıştır (Starcevic, 2017). Siberkondri, internet üzerinden kişilerin sağlıklarıyla ilgili aşırı veya tekrarlayan şekilde tıbbi bilgi araması sonucunda anksiyete ve endişelerinin artması olarak tanımlanmaktadır (Starcevic ve Berle, 2013). Siberkondri dijital çağda doğal bir davranış biçimi olan sağlıkla ilgili çevirim içi bilgi aramayı kapsamamaktadır (Starcevic, 2017). Siberkondri, internet üzerinden kişilerin sağlıklarıyla ilgili aşırı veya tekrarlayan şekilde tıbbi bilgi araması sonucunda anksiyete ve endişelerinin artması olarak tanımlanmaktadır (Starcevic ve Berle, 2013). Siberkondri dijital çağda doğal bir davranış biçimi olan sağlıkla ilgili çevirim içi bilgi aramayı kapsamamaktadır (Starcevic, 2017). Çoğu insan sağlık durumları, hastalık, reçete, ilaç, sağlık hizmeti sağlayıcı, tanı ve tedavi süreci ile ilgili ya da diğer hastalarla iletişim kurabilmek adına çeşitli web sitelerinden arama yapmaktadır (Batıgün vd., 2018). Benzer durumda olan kişiler ile iletişim kurarak ya da kendilerini rahatlatmak amacıyla hastalık detaylarına bakabilmektedirler (Fergus, 2013). Siberkondri bireylerin sağlıkları ile ilgili olarak gerçekleştirdikleri bu çevrimiçi aramayı altta yatan sağlık kaygısı ve güvenilmezlikle aşırı ve tekrarlayan şekilde gerçekleştirmelerini kapsamaktadır (Doherty-Torstrick vd., 2016).

Siberkondri, bireylerin bilgi teknolojileri aracılığı ile ulaşabildikleri bilgiler vasıtasıyla kendi kendilerine tanı koymalarını, kendileri ya da yakınları için tedavi seçenekleri oluşturma süreçlerini, bu süreçte ortaya çıkabilecek bilgi asimetrisi ve eksik ya da yanlış bilgiye erişme nedeniyle ortaya çıkabilen psikolojik durumu ifade etmektedir (Fergus, 2014; McElroy ve Shevlin, 2014; Norr vd., 2015). Siberkondri kavramına yapılan tanımların ortak noktası kişilerin internet tabanlı bilgiye maruz kalmaları sonucu şiddetlenen sağlık kaygısına yapılan vurgudur (Starcevic ve Berle, 2013). Sağlık kaygısı sadece hasta ve çevresindekilerin acı çekmesine neden olmakla kalmamakta, aynı zamanda daha yüksek tıbbi bakım kullanımına neden olarak maliyetleri de artırmaktadır (Muse vd., 2012: 189).

Özellikle küresel salgın dönemlerinde hem bireylerin içinde buldukları endişe ve stres durumu hem de salgının ortaya çıkardığı belirsizlik bireyleri arama davranışına itmektedir. İnternet, televizyon, sosyal medya gibi bilgi ve iletişim teknolojilerinin ulaşılabilirliği düşünüldüğünde de kaygılarını gidermek üzere bu araçlara başvuran kişiler karşılaştıkları her türlü bilgi kaynağına kolaylıkla güvenilebilmektedir. Oysa ki yapılan araştırmalar özellikle internet içeriklerinin ve sosyal medya paylaşımlarının uzman bilgisi dahilinde olmadığını ortaya koymaktadır (Çetin ve Özhanlı, 2018). Endişe hali içinde arama davranışına yönelen kişiler ulaşabildikleri her türlü bilgiyi doğruluk ve güvenilirlik süzgecinden geçirmeden kabul etmekte; bunun doğal sonucu olarak da kişiler duygusal, davranışsal ve bilişsel baskı ile karşı karşıya gelmektedir. Siberkondri kaynaklı davranışların bireysel ve toplumsal düzeydeki etkisini anlamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Mathes vd., 2018). Bununla birlikte, bu alandaki araştırmalar sınırlı olduğundan, bu davranışın sonuçları hem sağlık profesyonelleri hem de halk tarafından yeterince anlaşılmamaktadır (Silva vd., 2016). Bu istenmeyen durumun varlığını tespit edebilmek, düzeyini ortaya koyabilmek için McElroy ve Shevlin (2014) tarafından Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ortaya koyulmuştur. Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nde 33 ifade yer aldığı için ölçek CSS-33 olarak da ifade edilmektedir. Zorlama (compulsion), sıkıntı (distress), aşırılık (excessiveness), güven arayışı (reassurance) ve doktora güvensizlik (mistrust of medical professional) olarak adlandırılan 5 boyuttan oluşan CSS-33'ün Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması çeşitli çalışmalarda (Apay vd., 2020; Selvi vd., 2018; Uzun ve Zencir, 2021) yapılmıştır. Barke ve arkadaşları (2016) Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin Almanca uyarlamasını yaptıkları çalışmada ölçeğin 15 maddelik daha kısa formunu (CSS-15) ortaya koymuşlardır. Marino ve arkadaşları (2020) ise İtalyancaya uyarlanması için Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliğini test etmişlerdir. CSS-33 İtalyanca, Almanca, Türkçe, Lehçe ve Brezilya Portekizcesi gibi birçok farklı dile çevrilmiş olmakla birlikte (Marino vd., 2020) doktora güvensizlik (mistrust of medical professional) boyutunun diğer alt boyutlarla birlikte aynı yapıyı değerlendirmede ifade edilerek eleştirilmiştir (Fergus, 2014; Norr vd., 2015; Bajcar vd., 2019). Mc Elroy ve arkadaşları (2019) Birleşik Krallık'ta üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada ölçeğin eleştirilmesine neden olan güvensizlik boyutunu çıkarmışlar ve CSS-12 olarak ifade edilen Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin bilinen en kısa formu olan, 4 boyut ve 12 ifadeden oluşan versiyonunu geliştirmişlerdir. Tuğtekin ve Tuğtekin (2019) de 18-25 yaş arasındaki üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında Türkçe CSS-12'nin geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varmışlardır. Ancak hem Mc Elroy ve arkadaşları (2019) tarafından geliştirilen ölçeğin orijinal halinin hem de Tuğtekin ve Tuğtekin (2019) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Türkçe versiyonunun örneklemelerini üniversite öğrencileri oluşturmaktadır. CSS-12'nin sağlık konularında daha endişeli olabilecekleri düşünülen yetişkinlerle yapılmış herhangi bir geçerlik, güvenilirlik çalışması bulunmamaktadır.

Bu çalışmada McElroy ve arkadaşları tarafından oluşturulan, ölçeğin en kısa ve en yeni formu olan Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (CSS -12)'nin Türkçe uyarlaması için geçerlik ve güvenilirlik çalışması sağlık bilişiminde çalışmakta olan yetişkin bireylerle uygulanmıştır. Bu çalışma ile ölçeğin Türk popülasyonlarını içeren araştırmalarda da kullanılması mümkün olacak, böylece bu yeni ve önemli çalışma alanında bilginin genişletilmesini sağlayacaktır.

III. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmada McElroy ve arkadaşları (2019) tarafından geliştirilen Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin (CSS-12) geçerlik ve güvenilirliği sağlık kuruluşlarında çalışan, internete daha kolay erişimleri olduğu düşünülen, sağlık bilişimi çalışanları üzerinde test edilmiştir. Bilgi teknolojileri ile ilgili bir kavram olan siberkondriye sağlık sektöründe çalışan kişilerin bakış açısının önemli olduğu düşünülmektedir. Sağlık bilişimi alanında hem ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek hem de bilginin kaynağı ve güvenilirliği konusunda uzmanlığa sahip, aynı zamanda sağlık alanında deneyimi olan ve hastanelerde görev yapan bilgisayar mühendisi, bilgisayar programcısı, bilgisayar teknikeri ve yazılım mühendislerinin siberkondri düzeylerini ölçmek amaçlanmıştır. Çalışma ayrıca ölçeğin yetişkin bireylerde kullanılabilirliğini ilk defa test edecek olması nedeniyle öncüdür. Bu araştırmanın, ölçeğin kısa formunun Türkiye'de sağlık bilişimi alanında kullanılabilirliğini görmek, aynı zamanda sağlık çalışanlarının siberkondri düzeylerini ortaya koymak adına özgün ve önemli olduğu söylenebilir.

3.2. Etik İzin

Türkçe versiyonu için geçerlik güvenilirlik analizi yapılacak CSS-12 Ölçeğini ortaya koyan Mc Elroy ve arkadaşlarından (2019) e-mail yolu ile 21.10.2019 tarihinde anket kullanım izni alınmıştır. Araştırmanın etik yönden uygunluk izni Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 04.02.2020 tarih ve 03 sayılı kurul toplantısında 60116787-020/12296 karar numarası ile alınmıştır. Anket aracılığı ile veri toplama süreci tamamıyla katılımcıların gönüllülük esasına dayalıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklerimi

Araştırmanın evrenini Türkiye'de faaliyet gösteren tüm kamu hastanelerinin bilgi işlem bölümlerinde çalışan bilgisayar mühendisi, bilgisayar programcısı, bilgisayar teknikeri ve yazılım mühendisleri oluşturmaktadır. Araştırmada kamu hastanelerinde görev yapan tüm bilgi işlem çalışanlarına ulaşmak hedeflenmiştir. Kamu hastanelerinde görev yapan ve Sağlık Bakanlığı ikincil verilerinde elektronik posta adresi olan N=2100 bilgi işlem çalışanına online anket (Sağlık Bakanlığı ikincil verilerinden yararlanılarak) gönderilmiştir. Anketi tam olarak yanıtlayanların sayısı 215'tir (%95 güven düzeyi için $t=2,92$; $p=0,50$; $d=0,05$). Örneklem büyüklükleri hesaplanırken literatürde genel kabul görmüş %10 örneklem büyüklüğünün evreni temsil edeceği düşünülerek 215 ($n=210\pm 5$) araştırmaya dahil edilmiştir. (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004).

3.4. Verilerin Analizi

Ölçekte yer alan ifadeler McElroy ve Shevlin (2014) tarafından yapılan ilk ölçekte yer alan ifadelerden oluştuğu için, ifadelerin Türkçeleri için bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Uzun (2016)'un çalışmalarındaki ifadelerden faydalanılmıştır.

Veri setinin normal dağılım gösterip göstermediğini ortaya koymak için, gözlem sayısının yeterli olduğu ($n>50$) durumlarda sıklıkla tercih edilen Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi kullanılmış ve değişkenlerin normal dağılıma uyum sağladığı görülmüştür ($p=0,972$; $p>0,05$). Ölçümün güvenilirliğini ölçmek için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısından (Tablo 5), faktöriyel yapının ortaya konması için açıklayıcı faktör analizinden, ortaya çıkan faktöriyel yapının geçerliği için doğrulayıcı faktör analizinden yararlanılmıştır (Şekil 1). Araştırmaya katılan sağlık bilişimi çalışanlarının tanımlayıcı özellikleri için ortalama, standart sapma, yüzde, frekans gibi tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır (Tablo 1 ve Tablo 2). Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel araç olarak IBM SPSS 21 ve IBM Amos paket programları kullanılmıştır.

3.5. Veri Toplama Aracı

Kesitsel, niceliksel bir alan araştırması niteliğinde olan araştırma verilerini toplamak için, sosyo demografik özelliklere ilişkin tanımlayıcı sorular ile McElroy ve arkadaşları tarafından (McElroy vd., 2019) siberkondriyi çok boyutlu olarak ölçmeye yönelik geliştirilen 12 maddelik Kısa Form Siberkondri Ciddiyet Ölçeği kullanılmıştır. Kullanılan ölçek 5'li Likert (1=Asla, 2=Nadiren, 3=Ara Sıra, 4=Sıklıkla, 5=Her Zaman) tipindedir. Veriler 01.01.2022-01.07.2022 tarihleri arasında çevrimiçi anket (Google Forms) aracılığı ile toplanmıştır. Ölçek 4 bileşenden oluşan çok boyutlu bir ölçüm aracıdır: (1) zorlama: yoğun çevrimiçi aramalar nedeniyle kullanıcıların günlük yaşamlarının kesintiye uğramasını; (2) aşırılık: İnternette aşırı veya tekrar tekrar tıbbi bilgi arama davranışını; (3) sıkıntı: olumsuz çevrimiçi aramaların neden olduğu uykusuzluk ve depresyon gibi psikolojik duyguları; (4) güven arayışı: tıp uzmanları gibi diğer kaynaklardan güvence arama davranışını ifade etmektedir (Marino, 2020).

IV. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Araştırma kapsamında alınan ve kamu hastanelerinde çalışan katılımcıların %69,8'i erkek (n=150) ve çoğu (n=113) evlidir. Çalışanların %48,8'i üniversitelerin 4 yıllık fakülte ve yüksekokullarından mezundur. Çalışanların %34,9'u bilgisayar teknikeri olarak çalışmalarını sürdürürken, en düşük orana sahip meslek grubu bilgisayar mühendisliğidir (%7,4). Katılımcıların gelir seviyesine bakıldığında, en yüksek oranın orta gelir seviyesine (%75,8) sahip olduğu göze çarpmaktadır. Tüm katılımcıların ortalama olarak 33,6±8,6 yaşında olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmaya Katılanların Sosyo-Demografik Bulguları

		n	%
Cinsiyet	Kadın	65	30,2
	Erkek	150	69,8
Medeni Durum	Bekar	102	47,4
	Evli	113	52,6
Gelir	Çok Düşük	8	3,7
	Düşük	19	8,8
	Orta	163	75,8
	Yüksek	23	10,7
	Çok Yüksek	2	0,9
Eğitim	İlk Öğretim-Orta Öğr.	8	3,7
	Lise	33	15,3
	Ön Lisans	30	14,0
	Lisans	105	48,8
	Lisansüstü	39	18,1
Meslek	Bilgisayar Mühendisi	42	19,5
	Bilgisayar Programcısı	47	21,9
	Bilgisayar Teknikeri	75	34,9
	Yazılım Mühendisi	16	7,4
	Diğer	35	16,3
		Ort.	S.S.
Yaş		33,6	8,6

Araştırmaya katılanların internet aracılığıyla sağlık ile ilgili herhangi bir konuya ilişkin sergiledikleri arama alışkanlıkları incelendiğinde (Tablo 2); bireylerin çoğunun (%92,1) işyerinde internet erişimi bulunmaktadır. Bu kişiler günde ortalama 3,3 ±1,1 saat internette vakit geçirmektedir. Bu kişilerin %75,3'ünün herhangi bir nedenle doktor muayenesine gitmeden önce sağlıkları ile ilgili konuyu internette aradıkları görülmektedir. Doktor muayenesinden sonra ise bu oran %56,7'ye düşmektedir. Bu

kişilerin %69,8'i internetin doktor kadar bilgili olmadığını düşünmektedir. Sağlık ilgili kişileri internette aramaya iten konuların sıklıkla hastalık ve tedavi (%27,4) olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Araştırmaya Katılanların Bilgi Teknolojileri Kullanımına Yönelik Tanımlayıcı Bulguları

İnternet Arama Davranışları		n	%
İnternet Erişimi	Evet	198	92,1
	Hayır	17	7,9
Doktora Gitmeden İnternet Araması Yapan	Evet	162	75,3
	Hayır	53	24,7
Doktora Gittikten Sonra İnternet Araması Yapan	Evet	122	56,7
	Hayır	93	43,3
İnternetin Doktorlar Kadar Bilgili Olduğunu Düşünenler	Evet	65	30,2
	Hayır	150	69,8
İnternette Aranılan Konu	Hastalık	24	11,2
	Diyet	23	10,7
	Tütün Kullanımı	7	3,3
	Alkol Kullanımı	3	1,4
	Genel Sağlık	9	4,2
	Tedavi	13	6,0
	Hastalık, Tedavi ve Diyet	52	24,2
	Hastalık ve Tedavi	59	27,4
	Hastalık ve Diyet	5	2,3
	Diğer	20	9,3
		Ort.	S.S.
İnternette Geçirilen Ortalama Süre		3,3	1,1

4.2. CSS-12'nin Yapı Geçerliliği

Bu araştırma kapsamında ölçeği oluşturan faktöriyel yapının orijinali ile uyumlu faktör yüklerine sahip olup olmadığını belirlemek üzere açımlayıcı faktör analizi bakılmıştır. Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) yapılmadan önce verilerin faktör analitik modeli ile modellenilebilirliğini doğrulamak için Kaiser Meyer Olkin (KMO) ve Bartlett's küresellik testi ile kontrolü sağlanmıştır (Tablo 3). Bulunan KMO örneklem yeterlik ölçütü=0,87; 0,80 ile 0,90 arasında olduğu için veri kümesinin mükemmel düzeyde faktörlenebilir olduğu görülmektedir (p<0,001) (Ul Hadia vd., 2016).

Tablo 3. KMO Örneklem Yeterlilik Testi ve Bartlett Küresellik Testi

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği		0,872
Bartlett's Küresellik Testi	Ki-Kare	1156,940
	S.d.	66
	p	0,000

Siberkondri Ciddiyet Ölçeğinin 12 maddelik kısa formu Elroy ve arkadaşları tarafından yapılan açımlayıcı faktör analizi ile 4 faktör altında toplanmıştır (Tablo 4). Bu çalışmada ölçek, aslına uygun olarak, özdeğeri 1'den büyük olan ve maddeler arası korelasyonu 0,20 ile 0,50 arasında olan tüm maddeler, Varimax faktör rotasyon yöntemleri kullanılarak 4 boyut altında toplanmıştır. Bu 4 boyutun toplam varyansı açıklama yüzdesi %72,37'dir. Aşırılık boyutunun %24,5, Sıkıntı boyutunun %22,2, Güven Arayışı boyunun %15,34 ve Zorlama boyutunun %10,23 oranında toplam varyansı açıkladığı görülmüştür.

Tablo 4. Standardize Edilmiş Faktör Yükleri

Maddeler	Boyutlar			
	Aşırılık	Sıkıntı	Güven Arayışı	Zorlama
S1	0,768			
S3	0,742			
S6	0,698			
S4		0,694		
S8		0,683		
S9		0,674		
S5			0,670	
S11			0,644	
S12			0,638	
S2				0,632
S7				0,536
S10				0,564

Ekstraksiyon Yöntemi: Temel Bileşen Analizi.

Araştırma ölçeğinin boyutlarına ilişkin ortalamalara (Tablo 5) bakıldığında, Kısa Form Siberkondri Ciddiyet Ölçeğinin “Aşırılık” boyutu en yüksek ortalamaya sahiptir (Ort.: 9,63±3,21). Boyutlara yönelik ölçümün güvenilirliği Cronbach (α)= 0,80 olarak hesaplanmıştır. Birçok kaynağa göre bu katsayı bir ölçümün güvenilirliği için yeterli kabul edilebilir sınırlar dahilinde bulunmaktadır (Barbaranelli vd., 2015; Barke vd., 2016; Doğan, 2010).

Tablo 5. Siberkondri Boyutları ve Maddelerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Boyut	Açıklama	Maddeler	Ort.	S.S.	Cronbach (α)
Aşırılık	Artan tekrarlayan aralamalar	1, 3, 6	9,63	3,21	0,80
Sıkıntı	Arama sonucu stres sıkıntı	4, 8, 9	6,86	2,65	
Güven Arayışı	Bireyleri profesyonel tıbbi tavsiye almaya yönlendiren aramalar	5, 11, 12	6,69	2,92	
Zorlama	Çevrimiçi/çevrimdışı yaşamın diğer yönlerine müdahale eden web aramaları	2, 7, 10	4,77	2,33	

Ölçeği oluşturan faktör yapıları arasındaki ilişkinin gücünü ortaya koymak üzere yapılan korelasyon analizi (Tablo 6) ile anlamlı ilişkilerin pozitif yönlü ve alt düzeyde olması faktörlerin birbirinden bağımsız olduğu aynı zamanda bir ölçeğin boyutlarını oluşturacak pozitif ilişki gücüne sahip olduğu bilgisini vermektedir.

Tablo 6. Faktörler Arası İlişki

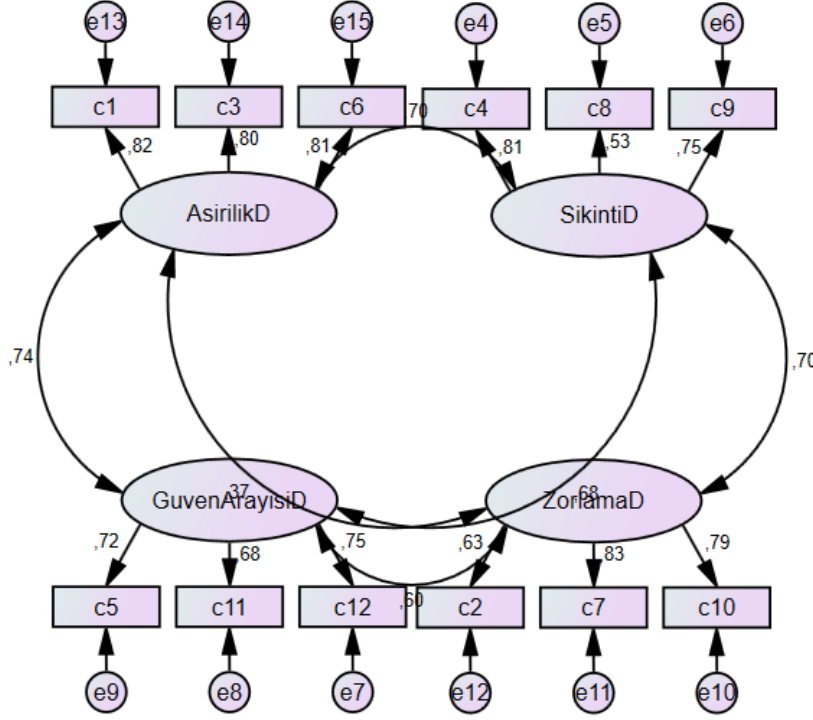
		Aşırılık	Sıkıntı	Güven Arayışı	Zorlama
Aşırılık	Pearson's r,	1	0,387*	0,392*	0,316*
Sıkıntı	Pearson's r,	0,387**	1	0,428*	0,433*
Güven Arayışı	Pearson's r,	0,292*	0,228*	1	0,371**
Zorlama	Pearson's r,	0,316*	0,333**	0,371*	1
	N	215	215	215	215

*p<0,05

Son olarak, faktör yapısının çalışma kapsamında geçerliğini ortaya koymak üzere yapılan DFA bulgularına göre; dört faktör ve 12 madde ile açıklanan modelin (Şekil 1) analiz bulgularına bakıldığında; örtük değişkenler ile maddeler arasında anlamlı görülen t değerleri ve hata varyanslarına rastlanmamış ve modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($\chi^2/sd=2,064$; $p<0,001$; e

RMSEA=0,071; GFI=0,929; AGFI=0,915; CFI=0,954; NFI= 0,916; TLI=0,937; IFI=0,955; RFI=0,915). Modelde faktörler arasında orta ve yüksek düzeyde ilişki olduğu görülmektedir (Şekil 1). Yol diyagramında (Şekil 1) katsayıların 0,53'ten büyük olduğu ve anlamlı olduğu görülmektedir. Sonuç olarak, 4 faktörlü modelin veri ile uyumlu ve kabul edilebilir olduğu görülmektedir.

Şekil 1. Kısa Form Siberkondri Ciddiyet Ölçeği (CSS-12) Doğrulayıcı Faktör Analizi



V. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnternet kullanımının yaygınlaşması ile kişilerin internette sağlıklarıyla ilgili bilgi arayışına girmeleri daha da yaygın bir hale gelmektedir. Sağlıklarıyla ilgili normal arama yapanlarla, kişide psikolojik bir rahatsızlığı tetikleyecek şekilde arama yapanları ayırt edebilmenin, bu davranışları sergileyen hastalarla ilgilenen sağlık profesyonelleri ve araştırmacılar açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Mc Elroy ve arkadaşları (2019) tarafından geliştirilen “aşırılık”, “sıkıntı”, “güven arayışı” ve “zorlama” olmak üzere dört boyuttan ve 12 ifadeden oluşan Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin en kısa formu olan, CSS-12 olarak ifade edilen ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilirliğinin test edilmeye çalışıldığı bu çalışmanın sonucunda CSS-12'nin Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu görülmüştür. CSS-12, Türkçe yapılması planlanan Siberkondri çalışmalarında kişilerin Siberkondri Ciddiyet Düzeylerini belirlemede kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir araçtır. Bu alanda çalışma yapmak isteyen araştırmacılara CSS-12'nin Türkçe versiyonunu kullanmaları önerilmektedir. Bu çalışma ile ayrıca ilk defa CSS-12'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yetişkin bireylerle test edilmiştir. Böylece kavramın gelecekteki çalışmalarda daha geniş popülasyonlardan elde edilen sonuçlarla değerlendirilerek, daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunulacağı düşünülmektedir.

Etik Kurul İzni: Araştırmanın etik yönden uygunluk izni Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 04.02.2020 tarih ve 03 sayılı kurul toplantısında 60116787-020/12296 karar numarası ile alınmıştır.

KAYNAKÇA

- Apay, S. E., Gürol, A., Özdemir, S., & Seval, U. (2020). The reliability and validity of the cyberchondria severity scale for the Turkish students. *Cukurova University Faculty of Education Journal*, 49(1), 430-450.
- Bajcar, B., Babiak, J., & Olchowska-Kotala, A. (2019). Cyberchondria and its measurement. The Polish adaptation and psychometric properties of the Cyberchondria Severity Scale CSS-PL. *Polish Psychiatry*, 53(1), 49-60.
- Barbaranelli, C., Lee, C. S., Vellone, E., & Riegel, B. (2015). The problem with cronbach's alpha comment on sijtsma and van der ark (2015). *Nursing Research*, 64(2), 140-145.
- Barke, A., Bleichhardt, G., Rief, W., & Doering, B. K. (2016). The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German validation and development of a short form. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(5), 595-605.
- Batigun, A. D., Gor, N., Komurcu, B., & Erturk, I. S. (2018). Cyberchondria Scale (CS): Development, Validity and Reliability Study. *Dusunen Adam-Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 31(2), 148-162.
- Brown, R. J., Skelly, N., & Chew- Graham, C. A. (2019). Online health research and health anxiety: A systematic review and conceptual integration. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(2), e12299.
- Çetin, İ., & Özhanlı, Y. (2018). Cerrahi hastalarının sağlık bilgisine ulaşmada internet kullanım özellikleri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 44-49.
- Doğan, T. (2010). Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin (SGKÖ) Türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 39(39), 151-159.
- Doherty-Torstrick, E. R., Walton, K. E., & Fallon, B. A. (2016). Cyberchondria: Parsing health anxiety from online behavior. *Psychosomatics*, 57(4), 390-400.
- Fergus, T. A. (2013). Cyberchondria and intolerance of uncertainty: Examining when individuals experience health anxiety in response to internet searches for medical information. *Cyberpsychology Behavior and Social Networking*, 16(10), 735-739.
- Fergus, T. A. (2014). The Cyberchondria Severity Scale (CSS): An examination of structure and relations with health anxiety in a community sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 504-510.
- Makarla, S., Gopichandran, V., & Tondare, D. (2019). Prevalence and correlates of cyberchondria among professionals working in the information technology sector in Chennai, India: A cross-sectional study. *Journal of postgraduate medicine*, 65(2), 87.
- Marino, C., Fergus, T. A., Vieno, A., Bottesi, G., Ghisi, M., & Spada, M. M. (2020). Testing the Italian version of the Cyberchondria Severity Scale and a metacognitive model of cyberchondria. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(4), 581-596.
- Mathes, B. M., Norr, A. M., Allan, N. P., Albanese, B. J., & Schmidt, N. B. (2018). Cyberchondria: Overlap with health anxiety and unique relations with impairment, quality of life, and service utilization. *Psychiatry Research*, 261, 204-211.

- McElroy, E., Kearney, M., Touhey, J., Evans, J., Cooke, Y., & Shevlin, M. (2019). The CSS-12: Development and validation of a short-form version of the Cyberchondria Severity Scale. *Cyberpsychology Behavior and Social Networking*, 22(5), 330-335.
- McElroy, E., & Shevlin, M. (2014). The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 259-265.
- Muse, K., McManus, F., Leung, C., Meghreblian, B., & Williams, J. M. G. (2012). Cyberchondriasis: fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the Internet. *Journal of anxiety disorders*, 26(1), 189-196.
- Norr, A. M., Allan, N. P., Boffa, J. W., Raines, A. M., & Schmidt, N. B. (2015). Validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS): Replication and extension with bifactor modeling. *Journal of Anxiety Disorders*, 31, 58-64.
- Selvi, Y., Turan, S. G., Sayin, A. A., Boysan, M., & Kandeger, A. (2018). The Cyberchondria Severity Scale (CSS): Validity and reliability study of the Turkish version. *Sleep and Hypnosis (Online)*, 20(4), 241-246.
- Silva, F. G. D., Andrade, R., Silva, I., & Cardoso, A. (2016). Cross-cultural adaptation of the Cyberchondria severity scale for Brazilian Portuguese. *Trends In Psychiatry And Psychotherapy*, 38, 90-95.
- Starcevic, V. (2017). Cyberchondria: challenges of problematic online searches for health-related information. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(3), 129-133.
- Starcevic, V., & Berle, D. (2013). Cyberchondria: Towards a better understanding of excessive healthrelated internet use. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(2), 205-213.
- Tuğtekin, U., & Tuğtekin, E. B. (2021). Siberkondri Ciddiyet Ölçeği'nin kısa formunun Türkçeye uyarlanması ve öğretmen adaylarının aşırı çevrim içi bilgi arama davranışları. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(6), 1747-1762.
- TÜİK, (2021). Hanehalkı Bilişim Teknolojileri İstatistikleri [Basın bülteni]. Erişim adresi: [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2021-37437](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2021-37437) Erişim Tarihi: 14.07.2022
- Ul Hadia, N., Abdullah, N., & Sentosa, I. (2016). An easy approach to exploratory factor analysis: marketing perspective. *Journal of Educational and Social Research*.
- Uzun, S.U. (2016). *Pamukkale Üniversitesi çalışanlarında siberkondri düzeyi ve etkileyen etmenler* [Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi]. Pamukkale Üniversitesi.
- Uzun, S. U., & Zencir, M. (2021). Reliability and validity study of the Turkish version of cyberchondria Severity Scale. *Current Psychology*, 40(1), 65-71.
- Vismara, M., Varinelli, A., Pellegrini, L., Enara, A., & Fineberg, N. A. (2022). New challenges in facing Cyberchondria during the COVID-19 pandemic. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 101156.
- Yazıcıoğlu, Y., & Erdoğan, S. (2004). SPSS uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara: Detay Yayıncılık.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

SAĞLIK ALANINDA VERİ ZARFLAMA ANALİZİ VE MALMQUIST TOPLAM FAKTÖR VERİMLİLİK İNDEKSİ İLE ETKİNLİK ÖLÇÜMÜ: TÜRKİYE VE AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİ'NDE BİR UYGULAMA ¹

İlayda GÜZEL ^{*}
Ömer GİDER ^{**}

ÖZ

Türkiye, Avrupa Birliği'ne (AB) girmeyi kararlılıkla hedefleyen bir ülke olarak sağlık alanında ilerleme kaydetmeli ve sağlık göstergelerini iyileştirmelidir. Bunun amacı müreffeh bir toplum haline gelmektir. Bu nedenle, AB'ye üye ülkelerin sağlık sistemlerinin etkinlik düzeyleri, referans ülkelerin belirlenmesi ve Türkiye'nin sıralamadaki yerinin belirlenmesi açısından önemlidir. Çalışmanın amacı, Türkiye ve Avrupa Birliği ülkelerinin sağlık alanındaki etkinlik skorlarına ulaşmak ve bu skorların zaman içindeki değişimini ortaya koymaktır. Bu amaçlarla 2010-2019 yılları için ayrı ayrı Veri Zarflama Analizi uygulanarak ülkelerin toplam teknik etkinlik ve saf teknik etkinlik değerleri elde edilmiştir. Bu iki analiz sonucu elde edilen etkinlik skorlarından hareketle ülkelerin ölçek etkinlikleri hesaplanmıştır. Her iki model (CCR ve BCC) için de yapılan analizde etkin ülke sayısının 2010'dan 2019 yılına kadar giderek düştüğü görülmüştür. CCR ve BCC etkinlik skorlarına bakıldığında, her iki modele göre de 1'den küçük değere sahip olan (etkin olmayan) ülkelerin hem global hem de lokal olarak etkin olmadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Diğer bir ifade ile ülkelerin sağlık alanındaki göreceli olarak etkin olmama sebepleri, etkin olmayan sağlık hizmeti sunumu (saf teknik etkinlik) ve içinde buldukları dezavantajlı koşullardır (ölçek etkinliği). Ülkelerin etkinlik skorlarında zamanla ortaya çıkan değişimin belirlenebilmesi için ise Malmquist Toplam Faktör Verimlilik İndeksi kullanılmıştır. Bu analizin sonuçlarına bakıldığında ise Fransa, Yunanistan, Macaristan'ın 6 yıl ile en fazla gelişme gösteren ülkeler olduğu görülmektedir. İndeksleri olumlu yönde değişen ülkelerde, artışın kaynağı genellikle teknolojik gelişimdir.

Anahtar Kelimeler: Etkinlik analizi, Veri Zarflama Analizi, Malmquist Toplam Faktör Verimlilik İndeksi, sağlık göstergeleri.

MAKALE HAKKINDA

¹ Bu çalışma, İlayda GÜZEL'in 24.06.2019 tarihinde savunduğu "Türkiye ve Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerin Seçilmiş Sağlık Göstergelerinin Veri Zarflama Analizi ile Değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tezi temel alınarak hazırlanmıştır.

*Arş. Gör., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, iguzel@windowslive.com, <https://orcid.org/0000-0001-5672-0814>

** Prof. Dr., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, omergider@mu.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0002-0838-8754>

Gönderim Tarihi: 11.10.2022

Kabul Tarihi: 15.02.2023

Atıfta Bulunmak İçin:

Güzel, İ. & Gider, Ö. (2023). Sağlık alanında Veri Zarflama Analizi ve Malmquist Toplam Faktör Verimlilik İndeksi ile etkinlik ölçümü: Türkiye ve Avrupa Birliği Ülkeleri'nde bir uygulama. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 219-236

EFFICIENCY MEASUREMENT WITH DATA ENVELOPMENT ANALYSIS AND MALMQUIST TOTAL FACTOR PRODUCTIVITY INDEX IN THE HEALTH FIELD: AN APPLICATION IN TURKEY AND THE EUROPEAN UNION COUNTRIES ¹

Ilayda GUZEL *
Omer GIDER **

ABSTRACT

As a country that resolutely aims to join the European Union (EU), Turkey should make progress in the field of health and improve its health indicators. The aim of this is a becoming prosperous society. For this reason, the efficiency levels of the health systems of the member states of the EU are important in terms of determining the reference countries and determining the place of Turkey in the ranking. The aim of the study is to reach the health efficiency scores of Turkey and European Union countries and to reveal the change in these scores over time. For these purposes, countries' total technical efficiency and pure technical efficiency values were obtained by applying Data Envelopment Analysis separately for the years 2010-2019. Based on the efficiency scores obtained from these two analyses, the scale efficiency of the countries was calculated. As a result of the analysis for both models (CCR and BCC), it was seen that the number of efficient countries decreased gradually from 2010 to 2019. When the CCR and BCC efficiency scores are examined, it is concluded that the countries (those with a value less than 1) are not efficient both globally and locally. In other words, the reasons why countries are relatively ineffective in the field of health are: ineffective health service delivery (pure technical efficiency) and their disadvantaged conditions (scale efficiency). Malmquist Total Factor Productivity Index was used to determine the change in the efficiency scores of the countries over time. Looking at the results of this analysis, it is seen that France, Greece, and Hungary are the countries that have shown the most development with 6 years. In countries with positive indices, the source of the increase is usually technological development.

Keywords: Efficiency analysis, Data Envelopment Analysis, Malmquist Total Factor Productivity Index, health indicators.

ARTICLE INFO

¹This study is based on Ilayda Guzel's master's thesis, "An Evaluation of the Selected Health Indicators in Turkey and in the Member States of the European Union with Data Envelopment Analysis", which was defended on 24.06.2019.

*Res. Assist., Mugla Sıtkı Kocman University, iguzel@windowslive.com

 <https://orcid.org/0000-0001-5672-0814>

**Prof., Mugla Sıtkı Kocman University, omergider@mu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0838-8754>

Received: 11.10.2022

Accepted: 15.02.2023

Cite This Paper:

Guzel, I. & Gider, O. (2023). Efficiency measurement with Data Envelopment Analysis and Malmquist total factor productivity index in the health field: An application in Turkey and the European Union countries. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 219-236

I. GİRİŞ

Türkiye'nin, batıya entegrasyonu sağlamak ve Avrupa ile Türkiye arasında ortaklık kurmak amacıyla girişimler başlatması 1963 yılında Ankara Antlaşması'nın imzalanmasına ile olmuştur. Bu tarih itibarıyla Karma Protokol başta olmak üzere sonraki dönemlerde yapılan diğer anlaşmalar Türkiye'nin tam üyelik girişimlerini hazırlamıştır. Türkiye'nin aday ülke olması ve katılım ortaklığı süreci 1999 yılında başlamıştır. 2005 yılında müzakerelerin başlaması Türkiye ile Avrupa Birliği ilişkilerinde dönüm noktası olarak görülmektedir. Günümüze kadar toplamda 16 fasıl müzakerelere açılmış, bir tanesi geçici olarak kapatılmıştır. Türkiye, Avrupa Komisyonu (2016) İlerleme Raporunda da değinildiği gibi üç fasılın daha açılabilmesi için hazırlıklarına devam etmektedir. Ülkenin sağlık sistemi ve nüfusun sağlık statüsü göstergelerinde ivme yakalaması, Avrupa Birliği (AB) hedefi için gelişim göstermesi gereken konulardandır. Amacın müreffeh bir toplum olduğu düşünüldüğünde Avrupa Birliği'ne üye ülkelerin sağlık sistemleri, etkinlik düzeyleri de referans alınabilecek ülkeleri belirlemek ve/veya nerede olduğumuzu bilmek açısından önemlidir.

Literatürde yer alan sağlık alanındaki Veri Zarflama Analizi (VZA) çalışmalarının ülkedeki hastaneler, sağlık kurumlarındaki klinikler/ bölümler ve ülkeler bazında uygulandığı görülmüştür. İller bazında hastanelerin analiz edildiği uygulamalara ilk örnek olan çalışmada Şahin (1999), Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin buldukları illere göre karşılaştırmalı olarak görel verimliliklerini analiz etmiş ve verimsiz kullanılan kaynaklar ile ilgili karar vericilere önerilerde bulunmuştur. Hastanelerin kliniklerinin analiz edildiği çalışmalar da bulunmaktadır (Androutsou vd., 2011). Ülkeler bazında yapılan araştırmalara bakıldığında ise, genel olarak belirli uluslararası örgütlere üye olan ülkelerin KVB (Karar Verme Birimi) olarak seçilerek onlar arasına bir etkinlik analizi yapıldığı görülmektedir. Bu çalışmalar arasında Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organization for Economic Cooperation and Development [OECD]) ülkeleri üzerine yapılan çalışmaların sayısı fazladır (Afonso ve Aubyn, 2006; Hadad vd., 2013; Kocaman vd., 2012; Şenol vd., 2019; Tokatlıoğlu ve Ertong, 2020).

Avrupa ülkeleri de VZA yöntemi ile karşılaştırılmaktadır (Asandului vd., 2014; Gómez-Gallego vd., 2021). Türkiye'de ilk kez makro düzeyde AB ölçeğinde sağlık sistemleri karşılaştırması ise Yıldırım (2005) tarafından yapılmıştır. Çalışmada, AB'ye üye ve aday ülkelerin sağlık sistemleri karşılaştırılarak verimlilik performansları ölçülmüştür. Türkiye ve AB ülkelerinin etkinliklerinin incelendiği çalışmalar da bulunmaktadır (Timor ve Lorcu, 2010; Teleş vd., 2018).

Malmquist Toplam Faktör Verimliliği analizi kullanılarak ülke karşılaştırmalarına dayalı olan çalışmalar da yapılmıştır. Buna bir örnek olarak BRICS-MT ve G20 Ülkelerinin sağlık sistem performanslarının ölçüldüğü çalışmalar verilebilir (İlgün vd., 2019; Konca ve Demirci, 2019). Sağlık hizmetleri ve kurumları bakımından spesifik KVB'ler de seçilmiştir. Örneğin, Naldöken ve Çıraklı (2019) acil servislerin; Yüksel ve Yiğit (2020) Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerin etkinliklerini ölçmüşlerdir.

VZA ve Malmquist Toplam Faktör Verimliliği analizini bir arada uygulayan çalışmalar incelendiğinde ise, Türkiye'de bankacılık, otomotiv, eğitim, üretim gibi farklı alanlarda yapılan birçok çalışmaya rastlanmıştır (Lorcu, 2010; Aktaş ve Avcı, 2017; Atan ve Şahin, 2017). Sağlık alanındaki çalışmaların farklı düzeylerde yapıldığı görülmüştür. Türkiye'de hastaneler bazında etkinlik ölçen çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Sülkü, 2011; Kandemir, 2016; Berk ve Çerçioğlu, 2019). Ülkeler bazında olup spesifik olarak birinci basamak sağlık hizmetleri özelindeki uygulamalara da rastlanmaktadır (Giuffrida, 1999; Rays, 2021; Trakakis vd., 2021).

Makro düzeydeki çalışmalara bakıldığında, OECD ülkeleri (Demirci vd., 2019); Asya ülkeleri (Şengün ve Yiğit, 2021) ve AB ülkeleri (Şener, 2013) için yapılan analizler bulunmaktadır.

AB ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık alanındaki etkinliklerini iki analizi birlikte kullanarak retrospektif olarak en güncel verilerle uygulayan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmanın, bugünün sağlık

ekonomisi literatürüne katkı sağlaması ve sağlık yönetimi alanındaki politika üreticilere makro veri sunması nedeniyle önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırma ile, en güncel veriler kullanılarak 2010-2019 yılları arasındaki (10 yıllık dönemde) Türkiye ve AB'ye üye ülkelerin (toplam 29 ülke) sağlık alanındaki etkinliklerinin birbirleriyle karşılaştırmalı olarak belirlenerek etkin olmayanların etkin olmama nedenlerinin belirlenmesi, etkinlik değerlerindeki yıllar içindeki değişimin ortaya çıkarılması ve sonuçların sağlık ekonomisi çerçevesinde değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

Gün geçtikçe endüstriyel alanın genişlemesi ve organizasyonların daha kompleks hale gelmesi, üretim fonksiyonlarının, girdi-çıkıtı sayılarındaki artış sonucunda parametrik yöntemler yetersiz kalmıştır. Bunun sonucunda geliştirilen non-parametrik yöntemlerden biri de VZA'dır. Bu yöntem, üretim sürecinde çok sayıda girdi ve çığıtıya sahip olan ve homojenlik özelliği gösteren birden fazla KVB'nin teknik etkinliklerinin görel olarak ölçülmesinde kullanılan, doğrusal programlama temeline dayalı bir yöntemdir (Ramanathan, 2003: 5; Sherman, 1984: 925).

Üretim sürecinde girdiler çığıtlara dönüştürülür. Bir KVB'nin kullandığı m girdiden i. girdi x_i ve üretilen s çığıttan da y. çığıtı y_r ile gösterildiği durumda VZA'da çok sayıda girdi ve çığıtı tek bir ağırlıklı girdi ve çığıtıya dönüştürülür. Aşağıda matematiksel olarak gösterilen toplam girdi ve çığıtının oranlanmasıyla bir KVB'nin girdileri çığıtlara dönüştürmedeki etkinliği elde edilir (Tütek vd., 2016: 231-232):

$$\begin{aligned} \sum_{i=1}^m v_i x_i & \quad (v_i = i. \text{girdinin ağırlığı}) \\ \sum_{r=1}^s u_r y_r & \quad (u_r = r. \text{çığıtının ağırlığı}) \end{aligned} \quad \text{Etkinlik} = \frac{\sum_{r=1}^s u_r y_r}{\sum_{i=1}^m v_i x_i}$$

VZA'daki ilk model Charnes, Cooper ve Rhodes (CCR Modeli) tarafından (1978) ortaya konulmuştur. Bu modelde herhangi bir KVB'nin etkinliğinin ölçümü her KVB için benzer oranların 1'e eşit veya 1'den küçük olması şartına bağlı olan (kısıtlar) ağırlıklı çığıtların ağırlıklı girdilere oranının maksimum olması ile elde edilmektedir ve ölçüğe göre sabit getiri (Constant Return to Scale-CRS) varsayımına dayanmaktadır.

Banker, Charnes ve Cooper (1984) tarafından geliştirilen ve CCR modelinin dualine konvekslik kısıtının eklenmesi ile elde edilen BCC modeli ise, ölçüğe göre değişken getiri (Variable Return to Scale-VRS) varsayımı altında etkinlik hesaplar. CCR Modeli ile "toplam teknik etkinlik" (TTE); BCC Modeli ile "saf teknik etkinlik" (STE) ortaya çıkarılır. TTE değerinin STE değerine bölünmesiyle Ölçek Etkinliği (ÖE) elde edilir. (Ramanathan, 2003: 78-80; Cingi ve Tarım, 2000: 19; Cooper vd., 2007: 153).

Araştırmanın evreni Almanya, Avusturya, Belçika, Bulgaristan, Birleşik Krallık, Çekya, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Kıbrıs, Hırvatistan, Hollanda, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, Letonya, Litvanya, Lüksemburg, Macaristan, Malta, Polonya, Portekiz, Romanya, Slovakya, Slovenya ve Yunanistan ve Türkiye'dir. Bu ülkeler araştırmadaki KVB'ler olarak belirlenmiştir. Dyson ve diğerlerine (2001: 248) göre, KVB sayısının girdi ve çığıtı sayılarının çarpımının iki katı olması gerekmektedir. Cooper ve diğerlerine (2007) göre ise KVB (n), girdi (m) ve çığıtı (s) sayıları $n > \max [3(m + s), m \times s]$ şeklinde olmalıdır. KVB ve değişkenler bu koşula uygun olarak seçilmiştir.

VZA, değişken seçiminde araştırmacıya nispeten esneklik sağlamaktadır. Seçim literatüre dayandırılarak yapılmıştır (Yıldırım, 2005; Afonso ve Aubyn, 2006; Timor ve Lorcu, 2010; Hadad vd., 2013; Kocaman vd., 2012; Sinimole, 2012; Mut vd., 2019). Girdi değişkenleri olarak ülkelerin kişi başı sağlık harcamaları (\$), GSYİH'dan sağlığa ayrılan pay (%), hekim sayısı (yüz bin kişiye düşen), hemşire sayısı (yüz bin kişiye düşen); çıktı değişkenleri olarak ise bebek ölüm hızı (binde- tersi), doğumda beklenen yaşam süresi (ortalama yaşam süresi- yıl) analiz için seçilmiştir. VZA'da, girdi ve çıktıların izotonik oldukları varsayılmaktadır. Bunun anlamı, girdilerin artışının verimliliği azaltması, aynı şekilde çıktılardaki artışın verimliliği artırmasıdır. Bebek ölüm hızı (çıktı olarak) için durum böyle değildir. Yani non-izotonik bir özellik gösteren bebek ölüm hızına ait değerlerin tersi alınarak analize dâhil edilebilmektedir (Scheel, 2001; Dyson vd., 2001; Lewis ve Sexton, 2004; Spinks ve Hollingsworth, 2005: 6).

Bebek ölüm hızı, doğumda beklenen yaşam süresi, hekim ve hemşire sayısı değişkenlerine ait veriler EuroStat veri tabanından; GSYİH'dan sağlığa ayrılan pay DSÖ veri tabanından; kişi başı sağlık harcaması verisi Küresel Sağlık Harcamaları Veri Tabanı'ndan (Global Health Expenditure Database) elde edilmiştir. Eksik veriler için en yakın geçmiş yılın verisi kullanılmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Veri Setine İlişkin Bilgiler

Değişkenler	Temel Veri Kaynakları*	Ülke Verileri
<i>Kişi başı sağlık harcamaları</i>	Küresel Sağlık Harcamaları Veri Tabanı (Global Health Expenditure Database) ¹	Verilerin tamamına ulaşılmıştır.
<i>GSYİH'dan sağlığa ayrılan pay</i>	WHO ²	Verilerin tamamına ulaşılmıştır.
<i>Hekim sayısı³</i>	EuroStat	Danimarka, Portekiz**, Slovakya**, İsveç'in 2019 verisi için 2018 verisi; Lüksemburg ve Polonya'nın 2018 ve 2019 verileri için 2017 verisi kullanılmıştır.
<i>Hemşire sayısı⁴</i>	EuroStat	Birleşik Krallık, Danimarka, İrlanda ve İsveç'in 2019 verileri için 2018 verisi; Lüksemburg ve Polonya'nın 2018 ve 2019 verileri için 2017 verisi; Finlandiya'nın 2015-2019 verileri için 2014 verisi; Polonya'nın 2012 verisi için 2011 verisi kullanılmıştır.
<i>Bebek ölüm hızı</i>	EuroStat	Birleşik Krallık'ın 2019 verisi için 2018 verisi kullanılmıştır.
<i>Doğumda beklenen yaşam süresi</i>	EuroStat	Birleşik Krallık'ın 2019 verisi için 2018 verisi kullanılmıştır.

¹ Kaynak: <https://www.apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.

² Kaynak: www.apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en.

³ Hollanda'nın 2010-2013 ve Birleşik Krallık'ın 2019 verileri OECD'den alınmıştır** (<https://doi.org/10.1787/4355e1ec-en>). Portekiz ve Slovakya'nın 2010-2018 verileri için kaynak: [www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-\(per-10-000-population\)](http://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-(per-10-000-population))

Yunanistan ve Türkiye verilerinin tamamı için kaynak**: www.data.oecd.org/healthres/doctors.htm#indicator-chart.

⁴ Fransa, Slovakya, İrlanda, Portekiz ve Türkiye verilerinin tamamı; Hollanda'nın 2010-2013 verileri için: OECD (2022): Nurses (indicator) (<https://doi.org/10.1787/283e64de-en>).

*Verilere 1 Ocak 2022-25 Şubat 2022 tarihleri arasında erişilmiştir.

**Veriler yüz bin kişiye düşen hekim sayısına çevrilmiştir.

Veriler CCR ve BCC Modellerine göre girdi odaklı olarak analiz edilmiştir. Girdi odaklı modelin seçilmesinin nedeni, çalışmada sağlık alanına ait verilerin kullanılması nedeniyle girdi değişkenlerinin artış/azalışlarına imkân varken; çıktı değişkenlerini oluşturan verilere müdahalenin zor olmasıdır. CCR

ve BCC modellerinin ikisinin de analiz için seçilmesi ise ölçek etkinliğini hesaplamada bu etkinlik skorlarının kullanılması gerekliliğindedir.

Etkinlik ölçümüne “zaman” boyutu da eklenerek etkinlik değerlerinin zaman içindeki değişimlerinin ölçülmesi için MTFV indeksi geliştirilmiştir. KVB’lerinin iki zaman periyodu arasındaki değişim değerleri olan Malmquist değişim indeksleri (Mİ); Mİ>1 ise t döneminden t+1 dönemine olan ilerleme, Mİ<1 ise t döneminden t+1 dönemine olan gerileme şeklinde yorumlanmaktadır (Yalçın vd., 2005: 180). MTFV, iki KVB arasındaki veya bir KVB’nin iki zaman periyodu arasındaki verimlilik farklarını tanımlamaktadır. Färe ve arkadaşları (1994: 71) tarafından yapılan aşağıdaki matematiksel gösterime bakıldığında, MTFV değişim teknik etkinlik ile teknolojik değişimin çarpımlarından elde edilmektedir:

$$M_0(x^{t+1}, y^{t+1}, x^t, y^t) = \frac{D_0^{t+1}(x^{t+1}, y^{t+1})}{D_0^t(x^t, y^t)} \times \sqrt{\left[\left(\frac{D_0^t(x^{t+1}, y^{t+1})}{D_0^{t+1}(x^{t+1}, y^{t+1})} \right) \left(\frac{D_0^t(x^t, y^t)}{D_0^{t+1}(x^t, y^t)} \right) \right]}$$

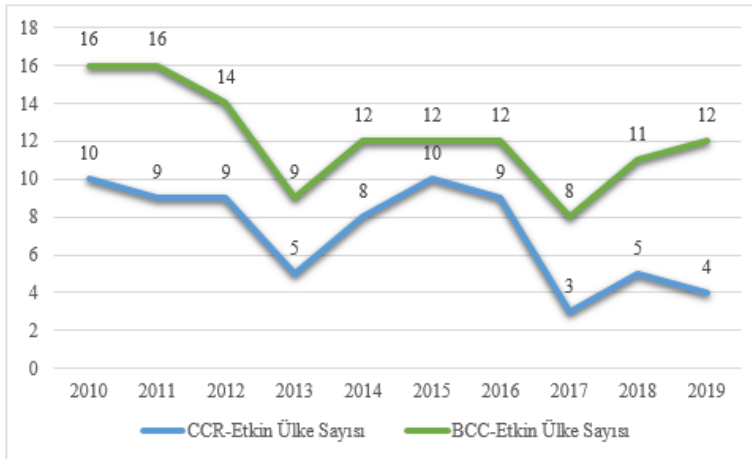
VZA’ya benzer şekilde girdi ve çıktı odaklı olarak hesaplanabilmektedir. MTFV ile ortaya çıkarılan verimlilik değişimlerinin nedeni; teknik etkinlikteki ve teknolojideki değişmeye dayandırılmaktadır (Färe vd., 1994). VZA ile birlikte MTFV indeksinin kullanılması, yapılan etkinlik ölçümüne dinamik bir yaklaşım kazandırmıştır. Bu nedenle bu çalışmada, VZA ve MTFV indeksi bir arada kullanılmıştır.

VZA, 29 KVB’nin girdi ve çıktı değişkenlerine ait veriler her yıl ayrı ayrı olacak şekilde EMS 1.3 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Teknik etkinlikteki değişme (TED), teknolojik değişme (TD) ve toplam faktör verimliliğindeki değişme (TFVD) indekslerinin hesaplanmasında ise, Coelli (1996) tarafından geliştirilen DEAP 2.1 paket programı kullanılmıştır.

III. BULGULAR

VZA kapsamında yapılan CCR analizine göre, en fazla etkin ülke sayısına sahip yıl olan 2010 ve 2015 yıllarında 10 ülke (%34,48) toplam teknik etkin olarak bulunmuştur. 2017 yılı ise, 3 ülke (%10,34) ile en az sayıda ülkenin etkin bulunduğu yıldır. BCC analizine göre ise, etkin ülke sayısının 16 ülke (%55,17) ile en fazla olduğu yıllar 2010 ve 2011 yıllarıdır (Şekil 1).

Şekil 1.Yıllara Göre Etkin Olan Ülke Sayısı



Yıllar içerisinde etkin ülke sayısının bazı yıllarda artsa da genel olarak bakıldığında düşüş trendinde olduğu görülmektedir (Şekil 1). BCC skorlarının CCR skorlarından daha düşük çıkmasının nedeni ölçeğe göre getiri türlerinden kaynaklanmaktadır.

Analiz sonucunda, ülkelerin toplam teknik etkinlik (TTE) (CCR modeli ile) ve saf teknik etkinlik (STE) (BCC modeli ile) ve ölçek etkinliği skorları elde edilmiştir (Tablo 2). CCR ve BCC etkinlik

skorlarının ikisi de 1 olan KVB'ler ($\eta \square * CCR = \eta \square * BCC = 1$) optimal ölçek büyüklüğünde üretim yapmaktadırlar. Ölçek etkinliği skoru 1 olan KVB'ler ise, "ölçeğe göre sabit getiri altında" faaliyette bulunmaktadır.

Tablo 2. Ülkelerin Yıllara Göre Etkinlik Skorları

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Avusturya	<i>CCR</i>	0,596	0,634	0,649	0,538	0,580	0,682	0,668	0,503	0,633	0,534
	<i>BCC</i>	0,638	0,694	0,708	0,605	0,645	0,683	0,673	0,671	0,706	0,651
	<i>ÖE</i>	0,936	0,914	0,916	0,889	0,899	0,999	0,994	0,749	0,897	0,820
Belçika	<i>CCR</i>	0,747	0,811	0,696	0,779	0,754	0,745	0,811	0,780	0,743	0,765
	<i>BCC</i>	0,870	0,912	0,868	0,854	0,904	0,875	0,898	0,925	0,906	0,934
	<i>ÖE</i>	0,859	0,889	0,802	0,912	0,834	0,852	0,904	0,844	0,820	0,819
Bulgaristan	<i>CCR</i>	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	<i>BCC</i>	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	<i>ÖE</i>	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Hırvatistan	<i>CCR</i>	0,769	0,780	0,836	0,768	0,746	0,809	0,785	0,686	0,699	0,712
	<i>BCC</i>	0,776	0,782	0,837	0,774	0,751	0,816	0,788	0,695	0,703	0,716
	<i>ÖE</i>	0,991	0,998	0,998	0,993	0,993	0,992	0,996	0,987	0,994	0,995
Kıbrıs	<i>CCR</i>	1,000	1,000	0,935	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,958	0,832
	<i>BCC</i>	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	<i>ÖE</i>	1,000	1,000	0,935	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,958	0,832
Çekya	<i>CCR</i>	1,000	0,853	0,954	0,741	0,838	0,887	0,841	0,714	0,733	0,719
	<i>BCC</i>	1,000	0,863	0,955	0,748	0,855	0,892	0,855	0,720	0,741	0,723
	<i>ÖE</i>	1,000	0,989	0,999	0,990	0,980	0,995	0,984	0,992	0,989	0,994
Danimarka	<i>CCR</i>	0,668	0,682	0,585	0,628	0,585	0,594	0,673	0,573	0,556	0,621
	<i>BCC</i>	0,670	0,692	0,685	0,669	0,691	0,710	0,737	0,676	0,652	0,723
	<i>ÖE</i>	0,997	0,985	0,854	0,938	0,846	0,837	0,912	0,847	0,852	0,860
Estonya	<i>CCR</i>	1,000	1,000	1,000	1,000	0,989	1,000	1,000	0,809	1,000	1,000
	<i>BCC</i>	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,820	1,000	1,000
	<i>ÖE</i>	1,000	1,000	1,000	1,000	0,989	1,000	1,000	0,987	1,000	1,000
Finlandiya	<i>CCR</i>	0,991	1,000	0,740	0,951	0,801	0,849	0,979	0,668	0,675	0,676
	<i>BCC</i>	1,000	1,000	0,849	0,956	0,847	1,000	1,000	0,709	0,781	0,862
	<i>ÖE</i>	0,991	1,000	0,872	0,995	0,945	0,849	0,979	0,941	0,864	0,784
Fransa	<i>CCR</i>	0,675	0,736	0,633	0,694	0,677	0,664	0,716	0,753	0,747	0,762
	<i>BCC</i>	0,977	1,000	1,000	0,940	1,000	0,974	0,957	1,000	1,000	1,000
	<i>ÖE</i>	0,691	0,736	0,633	0,739	0,677	0,681	0,748	0,753	0,747	0,762
Almanya	<i>CCR</i>	0,639	0,643	0,560	0,586	0,566	0,541	0,581	0,581	0,566	0,577
	<i>BCC</i>	0,700	0,700	0,688	0,627	0,657	0,623	0,637	0,654	0,627	0,647
	<i>ÖE</i>	0,912	0,918	0,814	0,934	0,862	0,869	0,912	0,889	0,904	0,892
Yunanistan	<i>CCR</i>	1,000	1,000	1,000	0,871	1,000	1,000	1,000	0,905	1,000	1,000
	<i>BCC</i>	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	<i>ÖE</i>	1,000	1,000	1,000	0,871	1,000	1,000	1,000	0,905	1,000	1,000
Macaristan	<i>CCR</i>	0,812	0,767	0,832	0,734	0,760	0,851	0,856	0,698	0,823	0,819
	<i>BCC</i>	0,819	0,777	0,837	0,752	0,770	0,857	0,866	0,718	0,828	0,824
	<i>ÖE</i>	0,991	0,987	0,994	0,976	0,987	0,993	0,989	0,972	0,994	0,993
İrlanda	<i>CCR</i>	0,841	0,877	0,766	0,850	0,804	0,792	0,897	0,792	0,810	0,849
	<i>BCC</i>	1,000	1,000	0,975	0,963	0,954	0,961	0,963	0,968	0,958	1,000
	<i>ÖE</i>	0,841	0,877	0,785	0,882	0,843	0,824	0,931	0,819	0,846	0,849
İtalya	<i>CCR</i>	0,903	0,973	0,870	0,652	0,770	0,907	0,895	0,679	0,751	0,774
	<i>BCC</i>	1,000	1,000	1,000	0,973	0,998	0,973	0,992	0,970	1,000	1,000
	<i>ÖE</i>	0,903	0,973	0,870	0,671	0,772	0,931	0,902	0,700	0,751	0,774
Letonya	<i>CCR</i>	1,000	0,872	0,981	1,000	1,000	1,000	1,000	0,764	0,955	0,875
	<i>BCC</i>	1,000	0,885	0,993	1,000	1,000	1,000	1,000	0,793	0,963	0,882
	<i>ÖE</i>	1,000	0,985	0,988	1,000	1,000	1,000	1,000	0,963	0,993	0,992
Litvanya	<i>CCR</i>	0,864	0,764	1,000	0,854	0,840	0,816	0,760	0,743	0,753	0,730
	<i>BCC</i>	0,875	0,782	1,000	0,879	0,872	0,834	0,791	0,773	0,773	0,748
	<i>ÖE</i>	0,987	0,977	1,000	0,971	0,964	0,978	0,960	0,962	0,975	0,976

Tablo 2. Ülkelerin Yıllara Göre Etkinlik Skorları - devamı

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Lüksemburg	CCR	0,935	0,901	1,000	0,952	1,000	1,000	1,000	0,960	0,927	0,930
	BCC	0,974	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	ÖE	0,959	0,901	1,000	0,952	1,000	1,000	1,000	0,960	0,927	0,930
Malta	CCR	0,721	0,644	0,635	0,571	0,585	0,545	0,534	0,515	0,538	0,574
	BCC	0,939	0,899	0,877	0,860	0,878	0,914	0,922	0,886	0,896	0,972
	ÖE	0,768	0,717	0,724	0,664	0,666	0,596	0,579	0,582	0,601	0,590
Hollanda	CCR	0,730	0,744	0,635	0,681	0,647	0,648	0,693	0,669	0,651	0,658
	BCC	0,908	0,920	0,872	0,825	0,846	0,840	0,828	0,827	0,812	0,824
	ÖE	0,804	0,809	0,728	0,826	0,765	0,771	0,836	0,808	0,801	0,799
Polonya	CCR	1,000	1,000	1,000	0,917	0,971	1,000	1,000	0,946	0,955	0,975
	BCC	1,000	1,000	1,000	0,936	0,983	1,000	1,000	0,958	0,968	0,984
	ÖE	1,000	1,000	1,000	0,980	0,987	1,000	1,000	0,987	0,986	0,991
Portekiz	CCR	1,000	0,816	0,688	0,597	0,650	0,784	0,704	0,561	0,563	0,605
	BCC	1,000	0,816	0,759	0,635	0,687	0,785	0,735	0,701	0,628	0,759
	ÖE	1,000	1,000	0,907	0,940	0,947	1,000	0,959	0,800	0,897	0,798
Romanya	CCR	0,991	1,000	1,000	0,994	1,000	1,000	1,000	0,820	0,765	0,777
	BCC	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,849	0,794	0,807
	ÖE	0,991	1,000	1,000	0,994	1,000	1,000	1,000	0,966	0,963	0,964
Slovakya	CCR	0,698	0,687	0,663	0,623	0,690	0,703	0,673	0,666	0,674	0,673
	BCC	0,717	0,691	0,670	0,633	0,700	0,713	0,679	0,679	0,683	0,682
	ÖE	0,973	0,993	0,989	0,985	0,986	0,986	0,991	0,981	0,986	0,987
Slovenya	CCR	1,000	1,000	1,000	0,930	1,000	1,000	1,000	0,962	1,000	0,936
	BCC	1,000	1,000	1,000	0,953	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	ÖE	1,000	1,000	1,000	0,975	1,000	1,000	1,000	0,962	1,000	0,936
İspanya	CCR	0,864	0,906	0,814	0,672	0,789	0,986	0,936	0,700	0,752	0,765
	BCC	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	ÖE	0,864	0,906	0,814	0,672	0,789	0,986	0,936	0,700	0,752	0,765
İsveç	CCR	0,921	0,917	0,617	0,614	0,668	0,611	0,666	0,664	0,703	0,714
	BCC	1,000	1,000	0,791	0,713	0,781	0,755	0,758	0,794	1,000	1,000
	ÖE	0,921	0,917	0,780	0,862	0,855	0,808	0,879	0,836	0,703	0,714
Türkiye	CCR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	BCC	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	ÖE	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Birleşik Krallık	CCR	0,786	0,817	0,753	0,823	0,789	0,781	0,844	0,831	0,810	0,811
	BCC	0,978	1,000	1,000	0,970	1,000	0,954	0,973	0,988	0,965	0,945
	ÖE	0,803	0,817	0,753	0,848	0,789	0,818	0,867	0,841	0,839	0,858

KVB'ler için BCC modeline göre etkinken (STE=1), CCR modeline göre etkin olmama (TTE<1) durumu da söz konusudur. Bu durumdaki KVB'ler lokal olarak etkin faaliyet gösterirken; global anlamda etkin faaliyet göstermemektedirler. Buradan yapılacak çıkarım KVB'nin ölçek etkinliğine sahip olmaması nedeniyle TTE'e sahip olamadığıdır. Birleşik Krallık 2011, 2012 ve 2014; Finlandiya 2010, 2015 ve 2016; Fransa 2011, 2012, 2014, 2017-2019; İrlanda 2010 ve 2011, 2019; İtalya 2010-2012, 2018 ve 2019; İsveç 2010, 2011, 2018 ve 2019; Lüksemburg 2011, 2013 ve 2017-2019; Estonya 2014; Kıbrıs 2018 ve 2019; Yunanistan ise 2013 ve 2017; Romanya 2010 ve 2013; Slovenya 2017 ve 2019 yıllarında bu durumdadır.

CCR v BCC modellerine göre yapılan analizlerde etkin olmayan ülkelere ait referans kümelerine ulaşılmış ve etkin ülkeler için ise kaç kez referans kümede yer aldıkları bulgusuna ulaşılmıştır. En az sayıda ülkenin etkin olarak bulunduğu 2017 yılı analizine göre, BCC Modelinde etkin olmayan 21 ülkenin referans kümesinde yer alan ülkeler yoğunluk değerleriyle birlikte Tablo 3'teki gibidir.

Tablo 3. Ülkelerin Referans Kümeleri

KVB No*	Ülke	Referans Ülkeler ve Yoğunluk Değerleri
1	Avusturya	5 (0,32) 12 (0,05) 26 (0,38) 28 (0,25)
2	Belçika	10 (0,27) 18 (0,48) 25 (0,08) 28 (0,16)
3	Bulgaristan	2
4	Hırvatistan	5 (0,21) 28 (0,79)
5	Kıbrıs	20
6	Çekya	5 (0,40) 28 (0,60)
7	Danimarka	5 (0,07) 10 (0,22) 18 (0,22) 26 (0,13) 28 (0,36)
8	Estonya	5 (0,49) 28 (0,51)
9	Finlandiya	5 (0,33) 18 (0,34) 25 (0,28) 28 (0,05)
10	Fransa	7
11	Almanya	5 (0,02) 10 (0,16) 18 (0,33) 25 (0,24) 28 (0,24)
12	Yunanistan	3
13	Macaristan	5 (0,27) 28 (0,73)
14	İrlanda	5 (0,07) 10 (0,15) 18 (0,55) 26 (0,17) 28 (0,06)
15	İtalya	5 (0,21) 12 (0,00) 26 (0,78) 28 (0,01)
16	Letonya	3 (0,02) 5 (0,20) 28 (0,78)
17	Litvanya	5 (0,34) 28 (0,66)
18	Lüksemburg	8
19	Malta	5 (0,10) 26 (0,72) 28 (0,18)
20	Hollanda	5 (0,06) 10 (0,46) 18 (0,16) 26 (0,12) 28 (0,21)
21	Polonya	5 (0,21) 28 (0,79)
22	Portekiz	5 (0,62) 12 (0,05) 26 (0,13) 28 (0,20)
23	Romanya	3 (0,01) 5 (0,07) 28 (0,92)
24	Slovakya	5 (0,17) 28 (0,83)
25	Slovenya	3
26	İspanya	8
27	İsveç	5 (0,27) 10 (0,41) 18 (0,19) 26 (0,13) 28 (0,01)
28	Türkiye	21
29	Birleşik Krallık	5 (0,07) 10 (0,48) 18 (0,14) 28 (0,30)
*Ülkelerin karar verme birimi numaralarını ifade etmektedir.		

Etkin olan ülkenin satırındaki sayı bu ülkelerin kaç ülkenin referans kümesinde yer aldığını göstermektedir. Analizler sonucunda ülkelerin girdi ve çıktı değişkenlerine ait artık değerlere (slacks) ulaşılmıştır. Yine 2017 yılı için girdi değişkenlerindeki artık değerler Tablo 4'te gösterilmektedir.

Tablo 4. Girdi Değişkenlerine Ait Artık Değerler

	CCR				BCC			
	g_1^*	g_2^*	g_3^*	g_4^*	g_1^*	g_2^*	g_3^*	g_4^*
Avusturya	1290,75	0,08	0	15,32	1337,48	0	0	0
Belçika	2430,24	3,51	0	579,85	0	3,01	0	71,63
Hırvatistan	90,45	0	5,2	174,58	92,74	0	5,81	178,14
Çekya	366,56	0	27,25	270,14	370,55	0	27,96	273,45
Danimarka	2349,47	0,92	0	286,45	1072,7	0	0	0
Estonya	274,75	0,05	0	134,45	278,53	0,03	0	137,36
Finlandiya	1627,37	0,43	0	546,73	61,94	0	0	148,24
Fransa	2069,91	3,64	0	500,99				
Almanya	1821,1	1,62	0	455,84	0	0,69	0	0
Yunanistan	255,23	2,41	316,09	0				
Macaristan	34,73	0,06	0	165,54	35,92	0,02	0	171,99
İrlanda	2412,61	0,48	0	639,17	0	0	0	226,99
İtalya	897,33	0,6	0	49,29	465,38	0	0	0
Letonya	0	0	20,71	76,5	0	0	24,02	83,59
Litvanya	62,64	0	92,79	260,78	69,36	0	98,63	275,91
Lüksemburg	4175,59	0	34,66	811,19				
Malta	445,64	0,07	0	178,96	0	0,01	0	206,77
Hollanda	1670,62	1,85	0	434,88	0	0	0	95,36
Polonya	170,72	1,58	0	207,74	172,98	1,59	0	211,03
Portekiz	181,3	0	19,39	33,16	55,43	0	0	0
Romanya	0	0	45,05	345,14	0	0	48,14	359,91
Slovakya	221,45	0	11,54	115,7	227,22	0	12,47	119,54
Slovenya	767,59	2,32	0	562,26				
İspanya	737,5	0,97	0	56,67				
İsveç	2749,42	1,74	0	357,32	1235,7	0	0	0
Birleşik Krallık	2188,34	3,34	0	365,56	666,61	1,74	0	0

* g_1 , g_2 g_3 ve g_4 sırasıyla girdi değişkenlerini ifade etmektedir.

Malmquist İndeksi (Mİ) analizi 2010-2019 döneminde 29 ülke için her yıl ayrı ayrı olacak şekilde yapılmıştır. Bir KVB'de belli bir zaman periyodunda önceki yıla göre yaşanan değişimler aşağıdaki gibi yorumlanmaktadır (Ateş ve Esmer, 2013):

- TED>1 ise, KVB etkin üretim sınırını yakalama etkisini geliştirmiştir.
- TD>1 ise, KVB etkin üretim sınırında faaliyet gösterirken, teknolojik gelişmeler sonucunda üretim faaliyetini bu sınırın daha da üzerine taşımıştır. Bu durumda üretim sınırı yukarı kaymıştır.
- TED ve TD=1 ise, KVB'de teknik ve teknolojik gelişmede bir değişiklik yaşanmamıştır.
- TED<1 ise, KVB etkin üretim sınırında faaliyette bulunmamaktadır. Ayrıca teknik etkinlikte gerileme yaşanmıştır.
- TD<1 ise, KVB teknolojik gerileme kaynaklı olarak etkin üretim sınırından daha da uzaklaşmıştır.

VRS varsayımına göre ve girdi odaklı olarak yapılan Mİ analiziyle elde edilen TED, TD ve MTFVD indeksi sonuçları sırasıyla Tablo 5'te yer almaktadır.

Tablo 5. Malmquist İndeksi (Mİ) Sonuçları

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Avusturya	TED	0,945	0,939	0,975	0,982	0,952	1,042	0,972	0,993	1,042
	TD	2,158	1,57	1,356	1,263	1,261	1,121	1,172	1,140	1,055
	MTFVD	2,039	1,475	1,322	1,240	1,200	1,168	1,139	1,132	1,099
Belçika	TED	1,006	1,012	1,009	0,992	1,014	0,992	1,006	0,993	0,989
	TD	1,988	1,474	1,311	1,250	1,167	1,154	1,133	1,117	1,111
	MTFVD	2,000	1,492	1,323	1,240	1,183	1,145	1,140	1,108	1,099
Bulgaristan	TED	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,759	0,986
	TD	1,839	1,553	1,247	1,125	1,413	1,105	1,047	1,280	1,085
	MTFVD	1,839	1,553	1,247	1,125	1,413	1,105	1,047	0,971	1,070
Hırvatistan	TED	0,966	0,964	1,160	0,963	0,940	1,034	0,986	0,983	1,024
	TD	2,094	1,512	1,333	1,263	1,261	1,121	1,172	1,140	1,055
	MTFVD	2,022	1,458	1,546	1,216	1,185	1,159	1,155	1,121	1,08
Kıbrıs	TED	0,937	0,940	0,928	0,989	0,980	1,061	0,979	0,962	1,017
	TD	2,158	1,570	1,356	1,263	1,261	1,121	1,172	1,140	1,055
	MTFVD	2,021	1,476	1,258	1,249	1,235	1,190	1,147	1,097	1,073
Çekya	TED	0,920	0,948	0,889	1,006	1,005	1,054	0,971	0,936	1,012
	TD	2,158	1,57	1,356	1,263	1,261	1,121	1,172	1,140	1,055
	MTFVD	1,985	1,489	1,205	1,271	1,267	1,181	1,137	1,068	1,067
Danimarka	TED	0,965	1,009	1,018	0,999	1,023	0,996	0,916	0,987	1,000
	TD	2,079	1,474	1,311	1,250	1,167	1,154	1,133	1,117	1,111
	MTFVD	2,006	1,487	1,335	1,249	1,193	1,150	1,038	1,102	1,111
Estonya	TED	1,008	0,951	0,953	0,973	0,912	1,027	0,951	0,973	1,046
	TD	2,158	1,570	1,356	1,263	1,261	1,121	1,172	1,140	1,055
	MTFVD	2,175	1,494	1,291	1,229	1,150	1,152	1,115	1,109	1,104
Finlandiya	TED	1,007	0,990	0,992	0,981	1,001	1,028	0,811	0,997	1,040
	TD	1,988	1,474	1,311	1,250	1,167	1,154	1,152	1,140	1,055
	MTFVD	2,002	1,46	1,3	1,227	1,167	1,186	0,935	1,136	1,097
Fransa	TED	0,994	1,015	1,014	1,000	1,025	1,008	1,076	1,007	0,992
	TD	1,988	1,474	1,311	1,250	1,167	1,154	1,133	1,117	1,111
	MTFVD	1,976	1,495	1,329	1,250	1,196	1,163	1,219	1,124	1,102
Almanya	TED	0,982	1,000	0,986	0,973	1,021	1,000	0,994	0,993	0,981
	TD	2,036	1,474	1,311	1,250	1,167	1,154	1,133	1,117	1,111
	MTFVD	1,999	1,473	1,292	1,216	1,191	1,154	1,126	1,109	1,090
Yunanistan	TED	0,967	1,059	1,037	1,029	1,062	0,977	1,053	1,112	1,021
	TD	2,155	1,465	1,304	1,236	1,138	1,179	1,066	0,995	1,083
	MTFVD	2,085	1,552	1,352	1,273	1,209	1,152	1,122	1,106	1,106
Macaristan	TED	0,923	1,008	1,020	0,959	0,980	1,021	1,010	1,018	1,086
	TD	2,157	1,537	1,270	1,294	1,311	1,121	1,172	1,140	1,055
	MTFVD	1,991	1,550	1,295	1,241	1,284	1,144	1,183	1,161	1,145
İrlanda	TED	0,980	1,001	1,027	0,957	1,006	0,990	0,949	1,016	1,082
	TD	1,988	1,474	1,311	1,250	1,167	1,154	1,152	1,140	1,055
	MTFVD	1,948	1,475	1,346	1,196	1,174	1,143	1,093	1,158	1,141
İtalya	TED	0,942	0,954	0,984	0,979	0,967	1,041	0,981	0,987	1,054
	TD	2,085	1,570	1,356	1,263	1,249	1,129	1,172	1,140	1,055
	MTFVD	1,963	1,498	1,335	1,237	1,207	1,176	1,149	1,125	1,112
Letonya	TED	0,919	1,004	1,024	0,922	0,964	0,964	0,946	0,952	0,991
	TD	1,889	1,547	1,264	1,296	1,317	1,126	1,187	1,140	1,055
	MTFVD	1,737	1,553	1,295	1,195	1,269	1,085	1,122	1,085	1,046
Litvanya	TED	0,973	0,987	1,008	0,979	0,908	1,018	1,000	0,978	0,982
	TD	1,905	1,570	1,339	1,263	1,264	1,121	1,172	1,140	1,055
	MTFVD	1,855	1,551	1,349	1,236	1,148	1,141	1,172	1,115	1,036
Lüksemburg	TED	1,066	1,046	0,993	1,006	0,979	1,059	0,964	0,981	1,037
	TD	1,903	1,570	1,356	1,263	1,261	1,121	1,172	1,140	1,055
	MTFVD	2,029	1,642	1,347	1,271	1,235	1,187	1,129	1,119	1,094

Tablo 5. Malmquist İndeksi (Mİ) Sonuçları - devamı

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Malta	<i>TED</i>	0,872	0,963	0,970	0,934	0,995	1,003	0,981	0,997	1,129
	<i>TD</i>	1,852	1,527	1,339	1,258	1,194	1,153	1,153	1,133	1,055
	<i>MTFVD</i>	1,616	1,471	1,299	1,174	1,187	1,156	1,131	1,129	1,192
Hollanda	<i>TED</i>	0,951	0,980	0,999	0,966	1,010	1,008	0,979	0,989	0,988
	<i>TD</i>	1,663	1,424	1,311	1,250	1,167	1,154	1,133	1,117	1,111
	<i>MTFVD</i>	1,582	1,396	1,309	1,208	1,179	1,163	1,109	1,104	1,098
Polonya	<i>TED</i>	0,993	0,996	1,014	0,971	1,019	0,973	1,027	1,008	1,000
	<i>TD</i>	1,660	1,390	1,311	1,250	1,167	1,154	1,133	1,117	1,111
	<i>MTFVD</i>	1,649	1,384	1,329	1,214	1,189	1,122	1,163	1,125	1,111
Portekiz	<i>TED</i>	0,956	0,963	1,010	0,996	0,955	1,032	0,985	0,975	1,040
	<i>TD</i>	1,721	1,447	1,325	1,263	1,261	1,121	1,172	1,140	1,055
	<i>MTFVD</i>	1,645	1,393	1,337	1,258	1,203	1,157	1,154	1,112	1,097
Romanya	<i>TED</i>	1,000	1,000	1,000	1,000	0,991	0,968	0,846	0,914	1,020
	<i>TD</i>	1,652	1,252	1,016	1,210	1,357	1,110	1,184	1,140	1,055
	<i>MTFVD</i>	1,652	1,252	1,016	1,210	1,345	1,075	1,001	1,042	1,076
Slovakya	<i>TED</i>	0,975	0,930	0,989	1,077	0,966	0,994	1,024	0,996	1,015
	<i>TD</i>	1,648	1,385	1,268	1,220	1,243	1,121	1,172	1,140	1,055
	<i>MTFVD</i>	1,607	1,289	1,254	1,314	1,200	1,115	1,200	1,136	1,071
Slovenya	<i>TED</i>	0,980	0,999	0,983	0,949	1,008	0,948	0,980	0,983	0,974
	<i>TD</i>	1,488	1,274	1,201	1,183	1,127	1,131	1,122	1,114	1,111
	<i>MTFVD</i>	1,458	1,272	1,181	1,123	1,137	1,072	1,100	1,095	1,083
İspanya	<i>TED</i>	0,922	0,956	0,993	0,987	0,989	1,017	0,995	0,971	1,028
	<i>TD</i>	1,584	1,331	1,218	1,173	1,140	1,109	1,107	1,099	1,043
	<i>MTFVD</i>	1,460	1,273	1,210	1,157	1,128	1,127	1,101	1,068	1,072
İsveç	<i>TED</i>	0,740	0,957	0,996	0,984	1,012	0,987	1,034	0,996	1,000
	<i>TD</i>	1,554	1,271	1,156	1,139	1,085	1,088	1,079	1,072	1,073
	<i>MTFVD</i>	1,150	1,216	1,151	1,120	1,098	1,074	1,115	1,068	1,073
Türkiye	<i>TED</i>	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	<i>TD</i>	1,420	1,214	1,141	1,138	1,137	1,064	1,062	1,065	1,027
	<i>MTFVD</i>	1,420	1,214	1,141	1,138	1,137	1,064	1,062	1,065	1,027
Birleşik Krallık	<i>TED</i>	0,994	1,020	1,011	0,988	1,019	1,007	0,999	0,997	0,976
	<i>TD</i>	1,381	1,183	1,115	1,099	1,047	1,050	1,041	1,034	1,036
	<i>MTFVD</i>	1,373	1,206	1,128	1,086	1,066	1,057	1,040	1,031	1,011

Mİ sonuçlarının yer aldığı tabloya bakıldığında, ülkelerin belli yıllarda önceki yıllara göre bakıldığında teknik etkinlik değerlerindeki değişimin 1'den büyük olduğu ($TED > 1$), yani etkin üretim sınırlarını yakalama etkilerini geliştirdikleri görülmektedir. Fransa, Yunanistan, Macaristan 6 yıl ile en fazla gelişme gösteren ülkelerdir. Bulgaristan ilk 7 dönem boyunca, Danimarka ve Polonya son dönemde, Almanya 2 dönem, Fransa 2013-2014 döneminde, Romanya ilk 4 dönem boyunca, Litvanya 2016-2017 döneminde ve Türkiye analiz edilen her döneminde $TED = 1$ olduğundan herhangi bir gelişme göstermemiştir.

Ülkelerin teknolojik değişimlerine bakıldığında ise, bu değer de 1'den büyük olduğu ($TD > 1$) ülkeler için etkin üretim sınırında faaliyet gösterdikleri, gelişen teknolojiyle birlikte üretim faaliyetini

bu sınırın daha da üzerine taşıdıkları söylenebilir. Bu ülkelerde üretim sınırları yukarı kaymıştır. TED ve TD'nin 1 olduğu ülkelerde teknik ve teknolojik olarak gelişme görülmemektedir.

Sonuçlar incelendiğinde, TFVD indeksleri olumlu yönde değişen (TFVD>1) ülkelerde etkinlik artışının kaynağının genellikle teknolojik gelişim olduğu görülmektedir. TD'de herhangi bir ilerleme olmamasına rağmen, teknolojik değişim ile birlikte toplam faktör verimlilikleri artmıştır.

IV. TARTIŞMA

Türkiye'nin AB ile ilişkilerinin zaman zaman gündeme gelmesi, devam eden projeler, yapılan yatırımlar ve teşviklerin devam etmesi AB üye ülkelerinin sağlık alanındaki etkinliklerinin incelenmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Bu çalışmada seçilen sağlık göstergeleri ile Türkiye'nin sağlık alanındaki görece etkinlikler bakımından AB'ye üye ülkeler arasındaki yerinin görülmesi amaçlanmıştır.

KVB ve yıl ölçütleri bakımından benzer çalışmalar incelenmiştir. Asandului ve diğerleri (2014), 30 Avrupa ülkesinin sağlık sistemi etkinliklerini 2010 yılı verilerini analiz ettikleri çalışmalarında, hekim sayısı yatak sayısı ve kamu sağlık harcamalarının GSMH'ya oranını girdi değişkenleri; doğumdan beklenen yaşam süresi, sağlıklı yaşam beklentisi (health adjusted life expectancy-HALE) ve bebek ölüm hızını çıktı değişkenleri olarak belirlemişlerdir. Aynı yılın verileri ile yapılan BCC analizi sonuçlarına göre 28 AB üyesi ülke için Kıbrıs, Bulgaristan, Romanya, İsveç ve Malta benzer şekilde iki çalışmada da etkin çıkmıştır; farklı olarak bu çalışmada Çekya, Estonya, Finlandiya Yunanistan, İrlanda, İtalya, Polonya, Portekiz ve Türkiye de etkin ülkelerdir. Ayrıca Asandului ve diğerleri (2014) çalışmalarında Romanya ve Birleşik Krallık'ı da etkin ülke olarak bulmuşlardır.

Teleş ve diğerleri (2018) çalışmalarında 2014 verileri ile yaptıkları analizde, Avrupa Birliği üye ve aday ülkelerinin (36) sağlık alanındaki etkinliklerini ölçmeyi amaçlamışlardır. Çalışmada, kullanılan girdi değişkenlerine ek olarak yatak sayısı değişkenini; çıktı değişkenlerine ek olarak ortalama yatış süresi (tersi) ve ana ölüm oranı (tersi) değişkenlerini kullanmışlardır. Girdi değişkeni olarak bir fark da GSYİH'dan sağlığa ayrılan payın kullanılmamış olmasıdır. Girdi odaklı BCC yöntemi ile analiz yapılmış olup tam bağlantı yöntemi kullanılarak KVB'ler kümelendirilmiştir. KVB sayısının fazla olması ve homojenlik yaratmak adına kümelere ayırma gereği görülmüştür. Bu çalışmada sadece üye ülkeler ve Türkiye KVB olarak alındığından kümeleme analizi gibi bir yöntem ihtiyacı duyulmamıştır. Bulgular incelendiğinde etkin olan ve olmayan 17 ülke için aynı sonuca ulaşıldığı görülmüştür. Etkin ülkelere bakıldığında 16 ülkenin bulunduğu kümede yer alan Türkiye ile birlikte 9 ülke etkin olduğu görülmektedir. Herhangi bir kümeleme yapılmaksızın 2014 yılı verileri ile yapılan BCC Modelinin uygulandığı bu çalışmadaki analizin sonuçları ile kıyaslandığında iki çalışmada da benzer şekilde, Kıbrıs, Yunanistan, Letonya, Lüksemburg, Slovenya ve İspanya, Birleşik Krallık ve Türkiye etkindir. Farklı sonuçlara ulaşılan (etkin olma ve olmama açısından) ülkelerin etkinlik skorlarına bakıldığında Estonya, İrlanda, İtalya ve Polonya, Teleş ve diğerlerinin (2018) çalışmasındaki skora çok yakın skora (1'e yakın değerler) sahiptirler. Çalışmada Türkiye 15 ülke ile birlikte birinci gruptadır. Etkin ülke sayısının daha yüksek çıkması gruplarda yer alan KVB sayılarının değişken sayısına göre daha düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Türkiye'nin referans ülke olduğu etkin olmayan ülkelere bakıldığında, Teleş ve diğerlerinin (2018) çalışmasındaki 7 ülkeden 4'ü (Litvanya, Macaristan, Slovakya ve Hırvatistan) aynı ülkelerdir. Yaptığımız analiz sonucunda, Türkiye'nin 14 ülkeye referans ülke olması Avrupa Birliği üyeleri ve Türkiye'nin birlikte değerlendirilmesi kaynaklıdır. Farkın temel nedeni, Teleş ve diğerlerinin (2018) çalışmasında AB ülkeleri ve AB'ye aday ülkelerin kümelendirilerek analiz edilmesidir. Diğer neden ise, değişkenlerdeki farklılıklardır. Bu farklılara rağmen, benzerlikler olduğu da yapılan kümelendirme analizini değerlendirmek açısından önemlidir.

Gómez-Gallego ve diğerleri (2021) tarafından yapılan çalışmada geleneksel VZA ile bulanık VZA sonuçları karşılaştırılmıştır. Avrupa Birliği ülkelerinin sağlık alanındaki etkinliklerine ulaşmak için kullanılan girdi değişkenleri toplam sağlık harcamaları, toplam doktor sayısı ve toplam yatak sayıları; çıktı değişkenleri ise yaşam beklentisi, çocuk sağ kalım oranı ve bireyler tarafından algılanan sağlık

durumlarıdır. Bunlara ek olarak iki tür VZA yöntemi arasındaki farkları açıklamak için makroekonomik veriler (Gini katsayısı, kişi başı gayrisafi milli hâsıla, ekonomik özgürlük) de kullanılmışlardır. Araştırmanın bulgularına bakıldığında 8 ülkenin etkin oldukları görülmektedir. 2017 için yapılan analiz sonuçlarındaki etkin ve etkin olmayan ülkeler incelendiğinde 19 ülke için aynı, 9 ülke için farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bunun nedeninin değişken seçimindeki farklılıklar, bu çalışmada Türkiye'nin analize dâhil edilmesi olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışma ile aynı KVB'lere ait (AB ülkeleri ve Türkiye) veriler ile analiz yapılan çalışmalar incelendiğinde, Şener (2013) tarafından ise VZA ile MTFV indeksi bir arada kullanılarak 2007-2010 yıllarına ait veriler analiz edilmiştir. Seçilen değişkenlere bakıldığında, bu çalışma ile kıyaslandığında bu çalışmadaki değişkenlere ek olarak diş hekimi sayısı, yatak sayısı, yetişkin ölüm oranı değişkenleri kullanılmış; GSYİH yerine Gayri Safi Milli Hâsıla kullanılmış (kişi başı olarak); ayrıca doğumda beklenen yaşam süresi değişkeni kullanılmamıştır.

Çalışmanın sahip olduğu kısıtlılıklar, VZA'nın yöntem olarak sahip olduğu dezavantajlarla paraleldir. Analiz için sınırlı sayıda değişkenin seçilmesi gerekliliği sağlık alanındaki etkinlik analizi için bir sınırlamadır. Ülkelerin refah düzeyleri yüksek olduğunda sağlık çıktıları ile birlikte yapılan yatırımların, kullanılan teknolojinin de etkisiyle girdileri de yükselmekte bu durum da etkin olmamalarına yol açmaktadır. Diğer bir sınırlılık ise, bir KVB'nin etkinliğinin diğer KVB'lerin kullandığı girdi ve ürettiği çıktıya bağlı olmasıdır. Tüm bu sınırlılıklar dolayısıyla analiz bulgularının mutlak etkinliği değil, göreceli etkinliği belirlemeye yönelik olduğu göz önünde tutulmalıdır.

V. SONUÇ

Hem CCR ve hem BCC modellerine göre yapılan analiz sonucunda, etkinlik skorlarına göre Avusturya, Belçika, Hırvatistan, Danimarka, Almanya, Macaristan, Malta, Hollanda, Slovakya 10 yıl için de global ve lokal olarak etkin değillerdir. Bir diğer ifade ile, sağlık alanında (göreceli olarak) etkin olmamaları, sağlık hizmeti sunumunda etkin olmamalarından (STE) ve dezavantajlı koşullarda bulunmalarından (ÖE) kaynaklanmaktadır. ÖE ile STE karşılaştırılarak KVB'lerin etkin olmamalarındaki en temel nedenlerine ışık tutulmaktadır; bunun yanında girdi-çıkıtı değişkenlerinin miktar veya kombinasyonları ile ilgili operasyonel ölçekte gerçekleştirilecek teknik problemlerin de meydana gelebileceği atlanmaması gereken bir konudur (Lee, 2009: 11161).

Sağlık alanında (göreceli) etkin ülke sayısı yıllar içerisinde azalmaktadır. Bu düşüşün temel sebeplerinden birisi, analizin (VZA) temel prensibi ile de bağlantılı olarak girdi değişkenleri olarak analize dâhil edilen kişi başı sağlık harcamaları ve ülkelerin GSYİH'lerinden sağlığa ayırdıkları payların zamanla artmasına karşın; çıktı değişkenlerindeki artışın daha az bir oranda gerçekleşmiş olmasıdır. Türkiye, 10 yıl için de göreceli olarak teknik, saf teknik etkin ve ölçek etkindir. Bunun sebebi ise girdilerinde, özellikle de kişi başı sağlık harcaması ve yüz bin kişiye düşen hekim ve hemşire sayısındaki yetersizliklere rağmen çıktıların nispeten yüksek değerlerde olmasıdır. Etkinlik, matematiksel olarak tanımlandığında aynı miktarda çıktıyı en az girdi kullanarak üretmek olsa da seçilen değişkenler dışında birçok değişken ve faktörden etkilenmektedir. Malmquist Toplam Faktör Verimlilik analiziyle zaman içindeki etkinlik değişiminin nedenlerine ilişkin bilgi elde edilmeye çalışılmıştır. VZA ile analiz edilen yılların hepsi veya çoğunda etkin çıkan Bulgaristan, Kıbrıs, Estonya, Türkiye gibi ülkelerin MTFV indekslerine bakıldığında gelişim gösterme konusunda sınırlı oldukları görülmüştür. İki yöntemin bir arada kullanılmasının önemi bu noktada ortaya çıkmaktadır. Buradan anlaşılacağı üzere etkinliğe etki eden çok sayıda faktör bakımından yıllar bazında daha detaylı değerlendirilmelidir.

Sağlık, yapılan yatırımların geri dönüşünün zaman aldığı bir hizmet türü olarak nitelendirilmektedir. Yatırımların toplum sağlık statüsü göstergelerine ait verilere yansımaları yılları bulmaktadır. Ülkelerde sağlık alanında önemli dönemeçler olarak nitelendirilebilecek sağlık reformları yapılmaktadır. Bu reformların yapısal özellik göstermeleri sistemi derinden etkilemektedir. Ülkemizde de 2003 yılında hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda sağlık insan gücü ile ilgili olarak bir bileşen bulunmakla birlikte istihdam konusuna nicelik olarak minimal bir artış olarak yansıdığı görülmektedir

(OECD, 2023). Sağlık hizmetlerinde kısa vadede etkinliği arttırmada sağlık insan gücüne yönelik politikalar önemli olup; çalışma koşullarının iyileştirilmesi, ücret politikası, vardiyalı sağlık hizmeti sunumu gibi kararlar bunlar arasında sayılabilir. Sağlık insan gücü planlamalarında etkinlik artırma hedefi göz önünde bulundurularak yapılacak bu düzenlemelerin uygulanması halinde toplumsal sağlık statüsünde iyileşmeler yaratılabileceği düşünülmektedir.

Sağlık alanındaki göstergelere ait veriler kullanılarak yapılan etkinlik analizleri giderek gelişmektedir. Bu çalışma, Avrupa Birliği'ne üye ülkeler ve Türkiye'nin en güncel verileri kullanılarak yapılmıştır ve sağlık alanındaki görece teknik etkinlik ölçümü açısından geliştirilmeye açıktır. Ülkelerin etkinliklerinin yıllar içerisinde değişim yaratması öncesinde yapılmış olan yapısal reformlar, ekonomik koşullar gibi konjonktürel etkiler ile bağlantılı olabilir. Bu nedenle, etkinlik skorları yorumlanırken kişi başına düşen GSYİH, istihdam, işsizlik oranları gibi temel bazı ekonomik göstergeler kullanılması göstergeler arasındaki ilişkiler bakımından anlamlı olabilir. Son olarak, sağlık ekonomisi perspektifiyle bakıldığında, sağlık hizmeti talep edenler açısından yapılacak değerlendirmede hizmetten memnuniyet etkinlikteki artışın hizmet kalitesinde bir iyileşme yaratıp yaratmaması konusu tartışmalıdır. Bununla birlikte, bu alanda yapılan bu çalışmalar sağlık hizmetleri performansı konusundaki ülke karşılaştırmalarında genel bir kanı elde edilmesini sağlamaktadır.

Etik Kurul İzni: Çalışma kapsamında analiz edilen veriler açık veri kaynaklarından elde edildiği için etik kurul iznine gerek bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

- Afonso, A., & St Aubyn, M. (2006). Relative efficiency of health provision: A DEA approach with non-discretionary inputs. *ISEG-UTL Economics Working Paper*, (33).
- Aktaş, M., & Avcı, T. (2017). Performance comparison of the participating banking on a country basis. *International Journal of Social Science Research*, 6(2), 66-82.
- Androutsou, L., Geitona, M., & Yfantopoulos, J. (2011). Measuring efficiency and productivity across hospitals in the regional health authority of Thessaly, in Greece. *Journal of Health Management*, 13(2), 121-140.
- Asandului, L., Roman, M., & Fatulescu, P. (2014). The efficiency of healthcare systems in Europe: A data envelopment analysis approach. *Procedia Economics and Finance*, 10, 261-268.
- Atan, S., & Şahin, E. (2017). Türkiye ile bazı OECD ülkelerinin elektrik üretim sektörleri için verimlilik ve etkinliklerinin karşılaştırmalı analizi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(3), 845-867.
- Ateş, A., & Esmer, S. (2013). *VZA Malmquist Toplam Faktör Verimlilik Endeksi: 2009 küresel finans krizinin Türk konteyner terminallerine etkisi*. II. Ulusal Lojistik ve Tedarik Zinciri Kongresi Bildiriler Kitabı.
- Avrupa Komisyonu. (2016). *Komisyon Çalışma Dokümanı- Türkiye Raporu Ekindeki Komisyon Tarafından Avrupa Parlamentosuna, Konseye, Ekonomik ve Sosyal Komiteye ve Bölgeler Komitesine Sunulan Bildirim AB Genişleme Politikasına İlişkin 2016 Bildirimi*. https://www.ab.gov.tr/files/5%20Ekim/son__2016_ilerleme_raporu_tr.pdf
- Banker, R. D., Charnes, A., & Cooper, W. W. (1984). Some models for estimating technical and scale inefficiencies in Data Envelopment Analysis. *Management Science*, 30(9), 1078-1092.

- Berk, E., & Çerçioğlu, H. (2019). The productive efficiency of the Turkish health care sector based on provincial panel data. *Journal of the Faculty of Engineering and Architecture of Gazi University*, 34(2).
- Charnes, A., Cooper, W., & Rhodes, E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operational Research*, 2(6), 429-444.
- Cingi, S., & Tarım, A. (2000). Türk banka sisteminde performans ölçümü: DEA-Malmquist TFP endeksi uygulaması. *Türkiye Bankalar Birliği, Araştırma Tebliği Serisi*, 1, 1-34.
- Coelli, T. J. (1996). *A guide to DEAP version 2.1: A Data Envelopment Analysis (computer) program, Working Paper No. 8*. Centre for Efficiency and Productive Analysis Department of Econometrics University of New England.
- Cooper, W. W., Seiford, L. M., & Tone, K. (2007). *Data Envelopment Analysis: A comprehensive text with models, applications, references and DEA-Solver software*. Springer.
- Demirci, Ş., Yetim, B., & Konca, M. (2019). OECD ülkelerinde uzun dönemli bakım hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(1), 305-313.
- Dyson, R. G., Allen, R., Camanho, A. S., Podinovski, V. V., Sarrico, C. S., & Shale, E. A. (2001). Pitfalls and protocols in DEA. *European Journal of Operational Research*, 132(2), 245-259.
- Färe, R., Grosskopf, S., Norris, M., & Zhang, Z. (1994). Productivity growth, technical progress, and efficiency change in industrialized countries. *The American Economic Review*, 84(1), 66-83. <http://www.jstor.org/stable/2117971>
- Giuffrida, A. (1999). Productivity and efficiency changes in primary care: A Malmquist Index approach. *Health Care Management Science*, 2(1), 11-26.
- Gómez-Gallego, J. C., Gómez-Gallego, M., García-García, J. F., & Faura-Martinez, U. (2021). Evaluation of the efficiency of European health systems using Fuzzy Data Envelopment Analysis. *Healthcare*, 9(1270), 1-14.
- Hadad, S., Hadad, Y., & Simon-Tuval, T. (2013). Determinants of healthcare system's efficiency in OECD countries. *The European Journal of Health Economics*, 14(2), 253-265.
- İlgün, G., Konca, M., & Çakmak, C. (2019). Milenyumda BRICS-MT ülkelerinin sağlık harcamaları performansı: Yıllara göre karşılaştırmalı bir analiz. *Sayıştay Dergisi*, (112), 93-105.
- Kandemir, M. (2016). *Ankara'daki hastanelerin etkinliğinin iki aşamalı Veri Zarflama Analizi ile incelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Kocaman, A. M., Mutlu, M. E., Bayraktar D., & Araz, M. (2012). OECD ülkelerinin sağlık sistemlerinin etkinlik analizi. *Endüstri Mühendisliği Dergisi*, 23(4), 14-31.
- 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.
- Lee, C. C. (2009). Analysis of overall technical efficiency, pure technical efficiency and scale efficiency in the medium-sized audit firms. *Expert Systems with Applications*, 36(8), 11156-11171.

- Lewis, H. F. & Sexton, T. R. (2004). Data Envelopment Analysis with reverse inputs and outputs. *Journal of Productivity Analysis*, 21, 113-132.
- Lorcu, F. (2010). Malmquist Toplam Faktör Verimlilik Endeksi: Türk otomotiv sanayi uygulaması. *Istanbul University Journal of the School of Business Administration*, 39(2), 176-289
- Mut, S., Kutlu, G., & Turgut, M. (2019). Türkiye'de sağlık alanında Veri Zarflama Analizi yöntemi kullanılarak yapılan makalelerin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(1), 207-244.
- Naldöken, Ü., & Çıraklı, Ü. (2019). Türkiye'de acil servislerin toplam faktör verimliliklerinin Malmquist İndeksi ile ölçülmesi. *BMIJ*, 7(4), 1870-1887.
- Ramanathan, R. (2003). *An introduction to Data Envelopment Analysis: A tool for performance measurement*. Sage Publications.
- Rays, Y. E. (2021). Data Envelopment Analysis and Malmquist Index application: Efficiency of primary health care in Morocco and Covid-19. *Turkish Journal of Computer and Mathematics Education (TURCOMAT)*, 12(5), 971-983.
- Scheel, H. (2001). Undesirable outputs in efficiency valuations. *European Journal of Operational Research*, 132, 400-410.
- Sherman, H. D. (1984). Hospital efficiency measurement and evaluation-empirical test of a new technique. *Medical Care*, 22(10), 922-938.
- Sinimole, K. R. (2012). Evaluation of the efficiency of national health systems of the members of World Health Organization. *Leadership in Health Services*, 25(2), 139-150.
- Spinks, J., & Hollingsworth, B. (2005). *Health production and the socioeconomic determinants of health in OECD countries: The use of efficiency models*. Monash University Centre for Health Economics.
- Sülkü, S. N. (2011). Performansa dayalı ek ödeme sisteminin kamu hastanelerinin verimliliği üzerine etkileri. *Maliye Dergisi*, 160, 242-268.
- Şahin, İ. (1999). Sağlık kurumlarında göreceli verimlilik ölçümü: Sağlık Bakanlığı hastanelerinin illere göre karşılaştırılmalı verimlilik analizi. *Amme İdaresi Dergisi*, 32(2), 123-145.
- Şener, C. (2013). *Veri Zarflama Analizi ve Malmquist Endeksi ile Avrupa Birliği ülkelerinin sağlık performanslarının incelenmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Şengün, İ., & Yiğit, V. (2021). Asya ülkeleri sağlık sistemi verimliliğinin parametrik olmayan yöntemler ile analizi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 12(29), 299-316.
- Şenol, O., Kişi, M., & Eroymak, S. (2019). OECD ülkelerinin sağlık göstergelerini veri zarflama analiz yöntemiyle karşılaştırılması. *Journal of Suleyman Demirel University Institute of Social Sciences*, (35), 277-293.
- Teleş, M., Çakmak, Ç., & Konca, M. (2018). Avrupa Birliği döngüsündeki ülkelerin sağlık sistemleri performanslarının karşılaştırılması. *Yönetim ve Ekonomi*, 25(3), 811-835.
- Timor, M., & Lorcu, F. (2010). Türkiye ve Avrupa Birliği'ne üye ülkelerin sağlık sistem performansının kümeleme ve Veri Zarflama Analizi ile karşılaştırılması. *Yönetim*, 21(65).

- Tokatlıoğlu, Y., & Ertong, C. B. (2020). OECD ÷lkelerinin sağlık sekt÷rlerinin etkinliğinin Veri Zarflama Analizi ile değerlendirilmesi. *TESAM Akademi Dergisi*, 7(1), 251-276.
- Trakakis, A., Nektarios, M., Tziaferi, S., & Prezerakos, P. (2021). Total productivity change of Health Centers in Greece in 2016-2018: a Malmquist Index data envelopment analysis application for the primary health system of Greece. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 19(1), 72.
- T÷tek, H. H., G÷m÷šođlu Ő., & Özdemir, A. (2016). *Sayısal yöntemler- yönetsel yaklaşım*. Beta Yayım Basım.
- OECD. (2023). *Health resources: Physicians by categories*. <https://stats.oecd.org>.
- Yalçınar, K., Atan, M., & Boztosun, D. (2005). Finansal oranlarla hisse senedi getirileri arasındaki ilişki. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (27), 176-187.
- Yıldırım, H. H. (2005). Avrupa Birliği'ne üye ve aday ÷lke sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı performans analizi: Veri Zarflama Analizi'ne dayalı bir uygulama. *Milli Prod÷ktivite Merkezi-Verimlilik Dergisi*, (4), 9-46.
- Yüksel, O., & Yiğit, V. (2020). Malmquist Toplam Faktör Verimlilik Endeksi: Ağız ve diş sağlığı merkezlerinde bir uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4), 466-474.

DERLEME MAKALESİ

COVID-19 PANDEMİSİNİN HASTANELERDEKİ İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ UYGULAMALARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Seda AYDAN *
Havva CEYLAN **

ÖZ

COVID-19 pandemisi, pek çok ülkede ciddi sorunlara ve sonuçlara neden olmuştur. Pandemi, iş kayıplarına ve işten çıkarmalara yol açmış, çalışma ve yaşam biçimlerinde değişikliklere neden olmuştur. COVID-19'un neden olduğu çalışma koşullarındaki değişiklikler farklı pek çok sektörde yaşanmış ve bunun sonucu olarak, insan kaynakları (İK) uzmanlarının uygulaması gereken; çalışan güvenliği ve sağlığı, yeni iş düzenlemelerinin uygulanması, çalışanların moralinin ve bağlılığının desteklenmesi, işten çıkarmaların ele alınması gibi birçok stratejik karar söz konusu olmuştur. Sağlık kurumlarında ise, bu durum çok daha çarpıcı şekilde gelişmiştir. Pandemi nedeniyle sağlık çalışanlarına olan ihtiyacın giderek artması ve buna bağlı olarak iş yoğunluğunun artması, hastalık riskine maruz kalmaları ve kendileri ve ailelerinin ciddi risklerle karşı karşıya kalmaları gibi nedenlerle hastanelerde insan kaynaklarına yönelik alınması gereken çok daha fazla stratejik karar söz konusu olmuştur. Bu çalışmanın amacı, COVID-19 pandemisinin hastanelerdeki İnsan Kaynakları Yönetimi (İK) uygulamaları üzerinde nasıl bir etkiye sahip olduğunu değerlendirmektir. Ayrıca, hastaneler için gelecek dönemde yaşanabilecek salgınlar ve krizlere yönelik İKY kapsamında izlenebilecek stratejilerin değerlendirilmesi de amaçlanmaktadır. Çalışmada pek çok İKY fonksiyonunun pandeminin etkisi doğrultusunda şekillenebileceği ve bu fonksiyonlar kapsamında pandemiye yönelik uygulamaların gerçekleştirilebileceği ve bu şekilde hastanelere katkı sağlayabileceği değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, insan kaynakları yönetimi, pandemi.

MAKALE HAKKINDA

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

<https://orcid.org/0000-0003-1221-6768>

**Yüksek Lisans Öğrencisi., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, havvaceylann12@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8087-2746>

Gönderim Tarihi: 04.02.2022

Kabul Tarihi: 10.01.2023

Atıfta Bulunmak İçin:

Aydan, S., & Ceylan, H. (2023). COVID-19 Pandemisinin Hastanelerdeki İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamaları Üzerindeki Etkileri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 237-254

THE IMPACT OF THE COVID-19 PANDEMIC ON HUMAN RESOURCES MANAGEMENT PRACTICES IN HOSPITALS

Seda AYDAN *
Havva CEYLAN **


ABSTRACT

COVID-19 pandemic has caused serious problems and consequences in many countries. The pandemic has led to job losses and layoffs, and has caused changes in working and lifestyles. Changes in working conditions caused by COVID-19 have been experienced in many different sectors, and as a result, many strategic decisions have been made, such as employee safety and health, implementing new work regulations, promoting employee morale and loyalty, and addressing layoffs which human resources (HR) specialists should apply. In health institutions, this situation has developed more dramatically. Due to the increasing need for healthcare workers because of the pandemic and the resulting increase in workload, exposure to disease risks and the fact that they and their families face serious risks, there have been many more strategic decisions to be taken regarding human resources in hospitals. The aim of this study is to evaluate the impacts of the COVID-19 pandemic on Human Resources Management (HRM) practices in hospitals. In addition, it is also aimed to evaluate the strategies that can be followed within the scope of HRM for future epidemics and crises for health institutions. In the study, it has been evaluated that many HRM functions can be shaped in line with the effect of the pandemic and that applications for the pandemic can be carried out and thus contribute to the hospitals.

Keywords: COVID-19, human resource management, pandemic.

ARTICLE INFO

* Assoc. Prof. Dr., Hacettepe University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Health Care Management, sedaaydan@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-1221-6768>

** Postgraduate student., Hacettepe University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Health Care Management, havvaceylann12@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-8087-2746>

Received: 04.02.2022

Accepted: 10.01.2023

Cite This Paper:

Aydan, S., & Ceylan, H. (2023). COVID-19 Pandemisinin Hastanelerdeki İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamaları Üzerindeki Etkileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(1): 237-254

I. GİRİŞ

COVID-19 pandemisi, Türkiye dahil olmak üzere pek çok ülkede ciddi sorunlara ve sonuçlara neden olmuştur. Pandemi, küresel ekonomiyi olumsuz yönde etkilemiş, iş kayıplarına ve işten çıkarmalara yol açmış, çalışma ve yaşam biçimlerinde değişikliklere neden olmuştur. Pandeminin geniş çaptaki etkisi göz önünde bulundurulduğuna mevcut ve gelecekteki etkilerinin sosyal ve beşerî bilimlerden tahmini önemli bir hale gelmektedir. Pandeminin etkileri bu bağlamda değerlendirildiğinde süreçlerin daha etkin yönetilmesi ve kaynakların daha etkin planlanmasında katkı sağlayacaktır (İlhan, 2020).

COVID-19'un neden olduğu çalışma koşullarındaki değişiklikler farklı pek çok sektörde yaşanmış ve bunun sonucu olarak, insan kaynakları (İK) uzmanlarının uygulaması gereken; çalışan güvenliği ve sağlığı, yeni iş düzenlemelerinin uygulanması, çalışanların moralinin ve bağlılığının desteklenmesi, işten çıkarmaların ele alınması gibi birçok stratejik karar söz konusu olmuştur. Çalışanları yeni bir ortamda yönetme ihtiyacıyla birlikte İnsan Kaynakları Yönetimi (İKY) bu kargaşanın merkezinde yer almıştır (Adikaram vd., 2021). Sağlık kurumlarında ise, bu durum çok daha çarpıcı şekilde gelişmiştir. Pandemi nedeniyle sağlık çalışanlarına olan ihtiyacın giderek artması ve buna bağlı olarak iş yoğunluğunun artması, hastalık riskine maruz kalmaları ve kendileri ve ailelerinin ciddi risklerle karşı karşıya kalmaları gibi nedenlerle sağlık kurumlarında insan kaynaklarına yönelik alınması gereken çok daha fazla stratejik karar söz konusu olmuştur.

Sağlıkta yaşanan olumsuz olaylar insanların sağlığını tehdit etmekle birlikte, işletmelerin varlıklarını ve faaliyetlerini de olumsuz etkilemektedir. COVID-19 pandemisi, tüm dünyayı etkisi altına alarak, çok sayıda işletmenin faaliyetlerini durma noktasına getirmiştir. Bu durumun, İKY faaliyetlerinde de çeşitli değişimlere neden olacağı düşünülmektedir. Bu süreç içerisinde ve ilerleyen dönemler için İKY'nin mevcut durumu ve ilgili durumlara göre yapılması gerekenler oldukça önemlidir (Akbaş Tuna ve Çelen, 2020). COVID-19'un çeşitli örgütlerde çalışanlar, çalışma hayatı ve İKY uygulamaları üzerindeki etkilerini inceleyen çeşitli çalışmalar (Akbaş Tuna ve Çelen, 2020; Al Mala, 2020; Awu, 2021; Balcı ve Çetin, 2020; Calderon Hernandez vd., 2021; Elayan, 2021; Gigauri, 2020a; Hamouche, 2021; İlhan, 2020; Jain vd., 2022; Kara, 2020; Küçük, 2021; Tekinalp ve Şahinöz, 2021; Monellon ve Vargas, 2021; Przytuła vd., 2020; Wamundila vd., 2022) olmakla birlikte, sağlık kurumlarında İKY uygulamaları üzerindeki etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışmaya (Tursunbayeva, 2021; Yusefi vd., 2022) rastlanmıştır. Bu çalışmanın amacı, COVID-19 pandemisinin hastanelerdeki İKY uygulamaları üzerinde nasıl bir etkiye sahip olduğunu değerlendirmek ve bu dönemde değişen İKY uygulamalarını incelemektir. Ayrıca, hastaneler için gelecek dönemde yaşanabilecek salgınlar ve krizlere yönelik İKY kapsamında izlenebilecek stratejilerin değerlendirilmesi de amaçlanmaktadır.

II. SAĞLIK KURUMLARINDA İKY VE ÖNEMİ

İKY, insan kaynaklarının edinimi, geliştirilmesi, kullanımı ve bakımına odaklanan, insanları işyerinde tutmaya yönelik modern bir yaklaşımdır. İş sürekliliğini ve iş-yaşam dengesini sağlamak için kriz sırasında İKY'nin örgütlerdeki insanları yönetmesi gerekmektedir (Keerthana ve Nisha, 2021; Monellon ve Vargas, 2021). Tüm örgütlerde olduğu gibi sağlık örgütlerinin de verimli şekilde çalışabilmesi için, bu yapının önemli bir parçası olan sağlık insan gücünün etkili yönetilebilmesi ve ondan en iyi şekilde yararlanılması gerekmektedir (Aydan, 2020).

İnsan sermayesi, örgütü başarılı olmaya iten temel unsur olması nedeniyle tüm örgütlerde en önemli varlıktır (Jain vd., 2022). Sağlık sektörünün emek yoğun olması, doğrudan insan hayatı ile ilgili olması ve bu nedenle hatanın kabul edilemez olması, kaliteyi sağlık çalışanları tarafından sunulan hizmetin belirliyor olması gibi pek çok neden sağlık çalışanlarını sağlık kurumlarının en önemli kaynağı haline getirmektedir. Diğer taraftan, sağlık kurumlarını etkileyen pek çok faktörün bulunması, uzmanlaşma seviyesinin yüksek olması, değişen çevreyle birlikte sürekli eğitim ihtiyacının olması, ekip çalışmasının önemli yer tutması, yoğun ve stresli bir ortama sahip olması ve önemli riskler taşıması gibi nedenlerle sağlık kurumlarında İKY en önemli fonksiyonlardan biridir. Sağlık

kurumlarında İKY politikasının amacı; sağlık çalışanlarını işe almak, örgüte çekmek, örgütte tutmak, yetkin çalışan yetiştirmek ve sürekli öğrenen bir sağlık örgüt kültürü oluşturmaktır (Aydan, 2020; Manimaran ve Senthil Kumar, 2016).

Sağlık sektöründe çok sayıda ekonomik, politik, teknolojik ve sosyal değişim yaşanmakta olup, bu değişimler hızlı bir şekilde ortaya çıkmaktadır. İletişimde, tıpta ve sayısız diğer yaşam alanında olağanüstü ilerlemelere yol açan bu değişimler, aynı zamanda ciddi tehditleri de ortaya çıkarabilmektedir (Fried ve Fottler, 2015). Sağlık kurumlarının bu tehditlerden en az şekilde etkilenmesi için, tüm unsurlarıyla bu değişimleri izlemesi ve gerekli önlemleri alması gerekmektedir. Çevresel ve teknolojik değişimler doğrultusunda, kurumun amaç, hedef ve stratejileri yanında, ihtiyaç duyulan insan kaynağının nicelik ve niteliği ile insan kaynaklarına yönelik uygulamalar da farklılık gösterecektir (Aydan, 2020).

Dünyadaki çoğu ülkenin sağlık sisteminde, İKY'ye artan bir ilgi söz konusudur. İK, temel sağlık sistemi girdilerinden biridir ve sistemin göstereceği performans ve sunacağı faydalar büyük ölçüde hizmeti sunmaktan sorumlu kişilerin bilgi, beceri ve motivasyonlarına dayanmaktadır. Sağlık sistemini başarılı kılmak için, İK ile hizmet sunumunda kullanılan fiziksel kaynaklar arasındaki uyumun sağlanması son derece önemlidir. Bununla birlikte, farklı sağlık hizmeti sunucuları arasındaki uyumun sağlanması da önemlidir (World Health Organization [WHO], 2000).

Sağlık endüstrisindeki teknolojik değişiklikler eğitilmiş sağlık profesyonellerine ve yöneticilere olan ihtiyacı artırmaktadır. Bunun ötesinde, sağlık İK artan iş yükü ile yoğun ve stresli çalışmayı gerektiren bir baskı altındadır. Sağlık yöneticilerinden, çoğu zaman stresli ve hareketli İK yönetmeleri ve işte tutmaları beklenmektedir. Ayrıca, günümüzde çalışanlar daha fazla kişisel gelişim ihtiyacına da sahip olma eğilimindedir. Sağlık sistemi yeni yetkinlikler gerektirmekte ve yapılacak işler değişmektedir. Sağlık profesyonellerinin rolü, teknolojideki, sağlık hizmetlerindeki ve yetkinlik gereksinimlerindeki değişikliklerin bir sonucu olarak gelişmeye devam etmektedir. Bu nedenlerle, sağlık kurumlarında etkili iş tasarımı, eğitim ve performans yönetimi mekanizmalarının iyi bir şekilde geliştirilmesi ve yürütülmesi gerekmektedir (Fried ve Fottler, 2015).

Diğer taraftan, günümüzde, İKY hasta sağlığını ve memnuniyetini en üst düzeye çıkarma yönünde sağlık çalışanlarının davranışlarını teşvik etmede giderek daha önemli hale gelmiştir. Hasta memnuniyeti bakım kalitesinin bir göstergesi olması nedeniyle kritik bir sağlık hizmeti sonucu olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle, hastane yönetiminin hasta memnuniyetini nasıl sağladığı ve artırdığı önemli bir konudur. Hastane çalışanları ile hastalar arasındaki yakın temas ve etkileşimler göz önüne alındığında, çalışanlarının yönetimi, sağlık bakım kalitesinin hastalar tarafından nasıl algılandığının önemli bir belirleyicisi olmaktadır (Opell vd., 2017).

Sağlık sektöründe maliyetleri en aza indirirken, kaliteli hasta bakımını, esnekliği, güvenilirliği, duyarlılığı ve hasta memnuniyetini en üst düzeye çıkarmak için İKY süreçleri gereklidir (Ramadevi vd., 2016). Sağlık sektörü reformunun bir parçası olarak, hizmet sunucuların potansiyelinden en iyi şekilde faydalanılması ve disiplinler arası ekip çalışması ile hasta hizmetlerinin daha iyi bir şekilde koordine edilmesi önerilmektedir. Bu da sağlık hizmetlerinde etkili bir İKY gerektirmektedir (Kabene vd., 2006).

III. COVID-19 PANDEMİSİNİN İKY UYGULAMALARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

COVID-19, bireyler, şehirler, ekonomiler, ülkeler ve kıtalar üzerinde önemli etkiler yaratmıştır (Caligiuri vd., 2020). Deloitte Global İnsan Kaynakları Trendleri Raporu (2021)'nda COVID-19 pandemisinin, tüm dünya örgütlerini, insanî ve ekonomik etkilerin ortasında, farklı radikal çalışma ve yönetim şekilleri uygulamaya zorladığı, örgütlerin ani ve öngörülmeyen bir krize yanıt vermek zorunda kaldıkları belirtilmiştir (Deloitte, 2021). Yöneticiler çok kısa bir süre içinde, kimin işte kalması ve kimin eve gitmesi gerektiği, insanların dijital alana nasıl ve nereye taşınabileceği ve

önceliklerin neler olduğu ve bu önceliklerin çalışanlara en iyi nasıl iletileceği gibi birçok karar vermek zorunda kalmışlardır (Caligiuri vd., 2020).

Kısa zamanda tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemisi ile ekonomik, sosyal ve fiziksel alandaki değişimler neticesinde işin içeriğinde, çalışma şeklinde yaşanan tüm değişimler çalışanlarda da yeni bir değişim alanı yaratmıştır (Küçük, 2021). Bu dönemde, pek çok örgütte personel seçiminden eğitime, çalışma düzenlerinden iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarına İKY fonksiyonlarının çoğunda yeni düzenlemelere ihtiyaç duyulmuştur. İK uygulayıcılarının kriz zamanlarında örgütsel performansı iyileştirmeye yönelik uygulamaları desteklemede merkezi bir rol oynayabileceği vurgulanmaktadır (Gunnigle vd., 2019; Küçük, 2021).

COVID-19 pandemisi, hastalığın ortaya çıkardığı yeni zorluklarla birlikte kurum ve işletmelerde İKY'nin önemini daha fazla ortaya çıkarmıştır. Bu dönemde, özellikle yüksek iş kaybı, belirsiz bir gelecek ve maaş kesintisi olasılığı ile çalışanların her zamankinden daha fazla desteklenmesi gerekmiştir. Bunun neticesinde işverenler, yeni zorluklarla karşılaşabilecek doğru İK stratejisini elde etmek için İK departmanlarına daha fazla ihtiyaç duymuştur (Al Mala, 2020). COVID-19, örgütlerin İKY fonksiyonunu yeniden düşünmesi ve yeniden şekillendirmesini ve örgütsel amaç ve hedefleri gerçekleştirmek için ellerinden gelenin en iyisini yapmasını zorunlu kılmıştır. Bunun sonucu olarak İK birimleri, pandemi ile ortaya çıkan zorlukları ele almak ve fırsatları yakalamak zorunda kalmıştır (Lasanthika ve Tennakoon, 2021).

Lasanthika ve Tennakoon (2021)'nin çalışmasına göre; iletişim yolunu değiştirmek, dijital uçurumu aşmak, belirsizliği ortadan kaldırmak, infodemiye yönetmek ve tedbirli olmak pandemi kaynaklı İK zorluklarının başında sayılmıştır. Çalışmada ayrıca, İK profesyonelleri, COVID-19 döneminde yetenekleri arayıp bulmanın, yeteneği zenginleştirmenin ve güveni beslemenin zorlayıcı olduğunu ifade etmişlerdir. Diğer taraftan pandeminin, elektronik İKY'yi benimsemek, teknolojinin gelişimine öncülük etmek ve yeni yetenekleri geliştirmek gibi İK fırsatlarını ortaya çıkardığı belirtilmektedir. Azizi ve diğerleri (2021) çalışmalarında, COVID-19 krizinin zorluklarını dile getirirken, daha iyi çalışma koşulları, yetenek yönetimi ve esneklik yaratarak iş yerinde çalışanların memnuniyetini, üretkenliğini, motivasyonunu, değişime uyumunu, refahını ve sağlığını artırmak için örgüt yöneticileri tarafından kullanılması gereken İKY stratejilerini ana hatlarıyla ele almıştır.

Jain ve diğerleri (2022) pandeminin İKY üzerindeki etkisini inceledikleri çalışmaları neticesinde İK'nın rolünün artırıldığı ve örgüt politikalarının uzaktan çalışma durumuna uyacak şekilde yeniden tanımlandığını tespit etmiştir. Monellon ve Vargas (2021) COVID-19'un İKY üzerinde iş-yaşam dengesine müdahale, çalışan refahı ve teknik uygulamalar açısından önemli bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, İK departmanlarının İK stratejilerini gelişen sorunlara uyarlamak için hızlı bir şekilde yanıt vermesi gerektiğini ileri sürmüşlerdir.

İK departmanının rolü, tüm örgütlerde her zaman önemli olmuştur, ancak ani başlayan COVID-19 salgınının çalışanların işlerini yapma biçimlerini büyük ölçüde etkilemesi İK'nın rolünü yepyeni bir düzeye yükseltmiştir. COVID-19'dan önce, İK politikaları ve uygulamaları, insanları ağırlıklı olarak iş yerinde yönetmek için tasarlanmıştı. Ancak pandeminin başlamasıyla tüm çalışanları evden çalıştırmak İK ekipleri için zorlu bir süreç olmuştur. İK ekiplerinin bir yandan örgütün faaliyetlerini sürdürmesine destek olurken diğer yandan çalışanların pozitif katkısını sürdürmek ve kritik COVID-19 dönemini atlatmak için evden çalışma, sosyal mesafe ve çalışanları her zamankinden daha fazla destekleme gibi yeni çalışma gereksinimlerine uyum sağlayacak şekilde politika ve uygulamalarını yeniden tanımlamaları ve şekillendirmeleri gerekmiştir (Jain vd., 2022). Kısacası, COVID-19 pandemisi, İK yöneticilerini yeni normale uyum sağlamadaki rollerini yeniden gözden geçirmeye zorlamıştır. İKY, hem örgütlerin hem de personelin yeni zorluklara uyum sağlamasını, yeni durumlarla başa çıkmasını ve aynı zamanda işgücünün refahını ve örgütün genel sürdürülebilirliğini sağlamakla görevlidir (Monellon ve Vargas, 2021).

Gigauri (2020b)'nin çalışmasının bulguları, pandemi döneminde İK'nın çalışanları uzaktan çalışma becerilerini güncellemelerine yardımcı olarak desteklediğini, esnek çalışma saatleri belirlediğini ve performans yönetimiyle ilgili daha az katı politikalar benimsediğini göstermektedir. Gigauri (2020b) zorlukların üstesinden gelmek ve değişikliklere uyum sağlamak için çalışan ilişkilerinin ve örgüt kültürünün temellerini atmak amacıyla tüm örgütler için İK'nın stratejik bir odak noktası olması gerektiğini belirtmiştir.

Wamundila ve diğerleri (2022) COVID-19'un Zambiya'daki örgütlerdeki İKY işlevleri üzerindeki etkisini değerlendirmiştir. Bu değerlendirmede İKY'nin örgüt tasarımı ve geliştirme, eğitim ve geliştirme, ödül yönetimi, çalışan ilişkileri ve performans yönetimi işlevlerini ele almışlardır. 94 İK yöneticisi üzerinde yapılan çalışma sonuçlarına göre; incelenen tüm İKY fonksiyonlarının COVID-19'dan etkilenmiş olmasıyla beraber, bunlar arasında Eğitim ve Gelişim ve Performans Yönetimi işlevlerinde önemli olumsuz etki ortaya konmuştur.

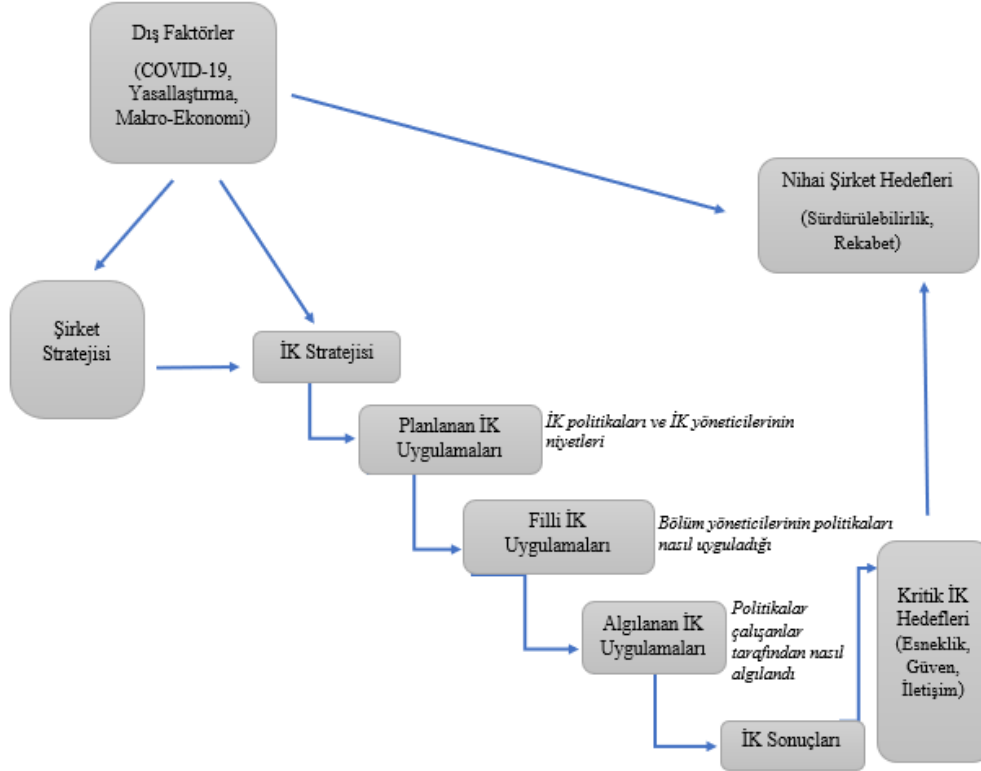
COVID-19 döneminde İK profesyonellerinin önündeki en büyük zorluklardan biri, sanal çalışma ortamında kriz zamanlarında çalışanların duygusal sağlıklarını nasıl koruyacaklarını bilmelerinin gerekmesidir (Jain vd., 2022). Yöneticiler artık pandeminin bir sonucu olarak iş ve sosyal ortamda meydana gelen büyük değişikliklere uyum sağlama ve bunlarla baş etme konusunda çalışanlarına yardımcı olmak zorundadır (Monellon ve Vargas, 2021). İK profesyonellerinin karşılaştığı önemli sorunlardan bir diğeri, COVID-19'un neden olduğu farklı zorluklara uyum sağlamak için yeni bir İK stratejisi uygularken yeni uygulamaların tüm çalışanlara uygun olmamasıdır. Örneğin, birçok aile, COVID-19 pandemisi nedeniyle okulların kapatıldığı dönemde çocuklarla evde kalmak ile çocukları evdeyken işe gitmek veya uzaktan çalışmayı yönetmek arasında büyük zorluklarla karşılaşmıştır. Dolayısıyla uygulanan İK stratejileri herkes için ideal olamayabilir. COVID-19 pandemisi nedeniyle çalışanların karşılaşılabileceği farklı koşullara yönelik İK strateji ve uygulamalarının gerçekleştirilmesinde esnekliğin önemi vurgulanmalıdır (Al Mala, 2020).

İK profesyonelleri pandemi dönemi boyunca; İK politikalarını ve uygulamalarını yönetmek, evde altyapı oluşturmaya destek sağlamak, personelin duygusal sağlığını korumak gibi rol ve sorumluluklar üstelenmek durumunda kalmıştır. Ancak, COVID-19 sonrasında da İK profesyonellerinin karşılaştığı ve karşılaşacağı diğer bazı zorluklar olduğu belirtilmektedir. Bunlar arasında; çalışanların iş yerlerine geri dönmelerini sağlamak için güvenlerini kazanmak ve aynı zamanda güvenli ve hijyenik bir çalışma ortamı sağlamak yer almaktadır (Jain vd., 2022). COVID-19, İK iş uygulamalarının çalışanları yeni duruma uyarlamak ve iş amaçlarına devam etmek için yeni kurallar, politikalar ve araçlar getirmesini sağlamıştır. Buna göre, pandemiden bir yıl önce bile yapılan tüm stratejiler ve planlar gözden geçirilmeli, değiştirilmeli, yeniden şekillendirilmelidir. COVID-19 sonrası İKY'deki gelecek eğilimleri değerlendiren Przytuła ve diğerleri (2020)'nin çalışmasında da COVID-19'dan sonra İK için en büyük zorlukların; iş yeri ve iş içeriğinin yeniden yapılandırılması, işe alım, seçim ve performans değerlendirmesi için daha ileri teknoloji uygulanması, ekip üyeleri arasında güven ve aidiyet duygusu oluşturmanın yanı sıra yöneticilerden daha fazla ilgi, takdir ve motivasyona ihtiyaç duyacak olması olarak sıralanmıştır. Ayrıca, uygulamaların ruh sağlığını ve iyiliği geliştirmeye yönelik olarak revize edilmesi gerekmektedir. Pandeminin yöneticilerden ve çalışanlardan yeni yetkinlikler gerektirecek olması nedeniyle, yeniden beceri kazanma ve yeniden eğitim en çok beklenen yaklaşımlar arasında sayılmaktadır (Przytuła vd., 2020).

Al Mala (2020), artan işsizlik oranı, maaş kesintisi, COVID-19'un çalışanlar üzerindeki psikolojik etkisi, uzaktan çalışmayı yönetme, çalışma saatleri, çalışanlar arasındaki gerginlikler ve sosyal mesafe gibi COVID-19 pandemisinin neden olduğu farklı sorunları ele almıştır. Çalışma bulgularına göre, dünyadaki istikrarsız ekonomi, belirsizlik ve artan işsizlik oranı korkusu nedeniyle finansal güvenlik çalışanlar için kişisel sağlık ve aile sağlığından daha fazla endişe vericidir. Bu durum, özellikle kötü sağlık durumuna neden olan koronavirüs salgını nedeniyle çalışmayı bırakan çalışanlar arasında ruh sağlığı sorununa yol açmaktadır (Al Mala, 2020).

Al Mala (2020)'nin çalışması sonucunda elde edilen ve Şekil 1'de sunulan model, COVID-19 pandemisi ve makro ekonomik faktörler gibi dış faktörlerin örgüt ve İK stratejisi üzerindeki rolünü ve bu stratejiler ile kritik İK amaçları ve nihai örgüt amaçları arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, yeni düzenlemeler, makro ekonomi, çalışanların ruh sağlığı, finansal güvenlik başta olmak üzere COVID-19'un neden olduğu yeni zorluklar, sadece İK stratejisini değil aynı zamanda örgüt stratejisini de planlarken dikkate alınması gereken en önemli faktörlerdir.

Şekil 1. COVID-19 Pandemisi ve Dış Faktörlerin Örgüt ve İK Stratejisi Üzerindeki Rolü



Kaynak: Al Mala (2020)

COVID-19 pandemisi ile birçok sektörde fiziki işyerleri kapanmış, çalışanlar işlerini işin türüne göre ve mümkün olması durumunda işyeri dışından ve evden yapmaya başlamıştır. Bu durumda iş düzeni ve çalışma süreleri gibi pek çok durumda değişiklik söz konusu olmuş ve yeniden düzenlenmesi gerekmiştir (Balcı ve Çetin, 2020). Dolayısıyla, pandemi işletmelerin İKY uygulamaları üzerinde önemli değişikliklere yol açmıştır. Bu değişikliklerden bazıları genel olarak işe alım süreçlerinin online platformlarda gerçekleştirilmesindeki artış, uzaktan veya esnek çalışma modeline geçiş, eğitimlerin sanal olarak sürdürülmesi, çalışanlarına yönelik motivasyon ve memnuniyeti artırıcı faaliyetlerin ve kariyer takibinin önemini artırması şeklinde sıralanabilir (Kılıç Kırılmaz, 2021). Nitelikli işgücünün elde tutulmasını sağlamak için ücret, kariyer planlaması, moral ve motivasyon uygulamalarının son derece önemli olduğu, özellikle örgütlerin çalışanlarını elde tutabilmek adına pandemi döneminde kariyer planlama programları uygulamalarını yeniden düzenlenmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır (Akbaş Tuna ve Çelen, 2020). Geleneksel çalışma ortamından uzaktan çalışma ortamına geçiş zorlukları da beraberinde getirmiştir. Uzaktan çalışma, örgütlerin çalışma saatleri, izin imkanları, ücretlendirme, performans değerlendirme vb. ile ilgili çevrimiçi araçlara dayalı yeni çalışma politikaları geliştirmelerini gerekli kılmıştır (Anjum vd., 2022).

IV. COVID-19 PANDEMİSİNİN HASTANELERDEKİ İKY UYGULAMALARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

COVID-19 nedeniyle alınan tedbirler, mesafe kuralları ve kapanmalar bazı sektörleri doğrudan etkilerken bazı sektörlerde dolaylı olarak etkisini göstermiştir (Küçük, 2021). Birçok sektör gibi sağlık sektörü de pandemiye hazırlıksız yakalanmıştır. Pandeminin beraberinde getirdiği belirsizlikler, özellikle hastanelerde organizasyon eksikliklerini ortaya çıkarmıştır. Benzer faktörler sağlık insan gücü için iş yükünü artırmış, sağlık çalışanları bu süreçte fiziksel ve ruhsal olarak olumsuz etkilenmiştir (Tekinalp ve Şahinöz, 2021). COVID-19 pandemisiyle birlikte, pek çok sektörde ekonomik nedenlerle ve azalan taleple birlikte işten çıkarmalar yaşanırken, bunun aksine pandemiyle ilişkili olan sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç artmış ve bunun sonucu olarak sağlık çalışanları başta olmak üzere diğer kaynaklara olan ihtiyaç da artmıştır. Dolayısıyla, pandemiye yönetmek için gereken ek hizmet sunum ihtiyaçlarını dengelemek küresel olarak sağlık sistemlerine önemli zorluklar getirmektedir (WHO, 2020a).

Sağlık çalışanlarının çoğu pandemi koşullarında çalışmaya devam etmişlerdir (Çalışır ve İnal, 2021). Sağlık hizmetlerinin bir kısmı uzaktan sunulabilir nitelikte olmakla birlikte, pandemi döneminde bunu sağlayacak sistemlerin ve alt yapının hazır olmaması nedeniyle sağlık çalışanlarının çoğunun evden çalışması mümkün olmamıştır. Hastanelerde yürütülen bilişim ve eğitim gibi bazı hizmetler ise evden yürütülebilir olmakla beraber bu hizmetler yönetimin değerlendirmesi ve kararına göre evden çalışarak yürütülebilmektedir. Özel bir hastane örneğinde, COVID-19 enfeksiyonu için -hamileler, ek hastalığı olanlar, 65 yaş üstü çalışanlar gibi- yüksek risk grubundaki çalışanlara evden çalışma, periyodik çalışma, yıllık izin ve ücretsiz izin, emeklilik imkânları gibi yöntemlerle kolaylık sağlandığı belirtilmiştir (Özel, 2021).

Sağlık çalışanları hem pandemiye yönelik müdahalenin temel bir bileşenidir hem de mesleki maruziyetleri nedeniyle enfeksiyon ve ruh sağlığı etkilerine karşı en savunmasız kişiler arasındadır. Düşük personel sayıları, özellikle hemşire-hasta oranları, sağlık bakım ortamlarında patojenlerin yayılması ve salgın riskinin artmasına yol açabilmektedir. Sağlık sistemi uygulamalarını garanti altına almak için stratejik işgücü planlaması, desteği ve kapasitenin geliştirilmesi gereklidir. Pek çok ülke, personel yetersizliği, personelin yanlış dağıtımı ve ihtiyaçların ve becerilerin yanlış uyumlaştırılması dahil olmak üzere önceden var olan sağlık işgücü sorunlarıyla karşı karşıyadır (WHO, 2020b). Sağlık paydaşlarının, planlama, organizasyon, performans izleme, ödüllendirme ve kontrol dahil olmak üzere sağlıkta insan kaynağı politikası, yönetimi ve planlamasına yönelik düzenlemeler yapması gerektiği aşikardır. Bu konular, COVID-19 pandemisinin uzun süreli etkisi ve sağlık personelinin tükenmesini önleme gerekliliği göz önünde bulundurulduğunda ayrı bir öneme sahiptir (Dinić vd., 2020).

Pandemi, sağlık çalışanlarının temel hizmetleri sunma ve artan ihtiyaçları karşılama konusundaki mevcudiyetini ve kapasitesini daha da etkilemiştir. Hastanelerde sağlık çalışanlarının COVID-19 boyunca karşılaştığı zorluklar, yeterli kişisel koruyucu ekipmanın ve diğer temel ekipmanın eksikliği, enfeksiyon ve karantina, sosyal ayrımcılık, dışlanma, saldırılar ve aile üyelerine bakmak için ikili sorumluluğu içerebilmektedir. Bu kapsamda pandemi, yeterli miktarda iyi eğitilmiş, desteklenmiş ve motive olmuş sağlık çalışanını işe almak, elde tutmak ve korumak için bir temel olarak sağlık iş gücüne sürdürülebilir yatırım ve insana yakışır çalışma koşullarına duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır (WHO, 2020b).

Pandemi sürecinde sağlık işgücünün ulusal, bölgesel ve örgüt düzeylerinde planlanması, işe alınması, eğitimi, dağıtımı, korunması, gerekli ekipmanla donatılması ve yönetiminden sorumlu karar vericiler ve yöneticiler için sağlık politikası seçeneklerinin sunulması gerekli olmuştur. Müdahaleler, sağlık çalışanlarını korumayı ve desteklemeyi, kapasite oluşturmayı ve rolleri optimize etmeyi, mevcut sayıyı iyileştirmeyi ve dağıtımı rasyonelleştirmeyi, politika ve düzenlemeleri gözden geçirmeyi ve güçlendirmeyi ve eşitliğin dikkate alınmasını sağlamayı kapsamalıdır (WHO, 2020b).

COVID-19 döneminde hastanelerdeki İKY fonksiyonlarının her biri ayrı bir önem arz etmektedir. Bunlardan biri olan İK planlaması, özellikle hasta sayısında ani bir artış olması durumunda yeterli insan gücünü sağlamada oldukça önemlidir (Wu vd., 2020). COVID-19 ile artan hasta sayısına göre bir İK planlaması yapmak bu süreçte oldukça önemlidir. COVID-19 döneminde sağlık kuruluşlarının çalışmalarını düzenlemek için Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan rehberde “sağlık çalışanlarının hastalanma olasılığı göz önüne alınarak iş gücü planlaması yapılmalıdır” ifadesi kullanılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

Bu süreçte diğer önemli İKY fonksiyonu ise eğitim olmuştur. Daha önce bilinmeyen bir hastalıkla karşı karşıya olunması bir kriz ortamına neden olmuştur. Kriz ortamlarında belirsizliği yönetmek en büyük zorluk olarak belirtilmektedir (Wu vd., 2020). Toplum yanında sağlık çalışanları da daha önce karşılaşmamış bir hastalıkla yüz yüze olmaları nedeniyle bu dönemde birçok belirsizlikle karşı karşıya kalmıştır. Tüm dünyadan sağlanan bilgilerin doğru şekilde derlenerek sağlık çalışanlarına aktarılması önemli olmuştur. Bu konuda en önemli örneklerden bazıları; sağlık personelinin COVID-19 tedavisi, bulaşma riskini en aza indirecek önlemler, aşının saklanması ve uygulanması gibi konularda eğitilmesidir. Ayrıca, pandemi nedeniyle çalışanlar arasında artan stres ve kaygı nedeniyle stres yönetimi programları önem kazanmıştır. Bu programların sanal olarak uyarlanması ve yürütülmesi gerekmiştir. Bunun dışında, COVID-19 ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumu ve uygulamalarında ortaya çıkan her tür değişime sağlık çalışanlarının ayak uydurmasına sağlayacak gerekli eğitimlerin verilmesi gerekmiştir. Örneğin dijitalleşme, salgın sırasında iş faaliyetlerini mümkün kılmak için bir araç olarak görülmüş ve önemi artmıştır (Gigauri, 2020a; Jain vd., 2022).

Karakuş ve Avşar (2022)'in COVID-19 döneminde inceledikleri bir devlet hastanesinde pandeminin başlamasıyla birlikte personelin hiçbir hizmet içi eğitim almaya fırsat kalmadan COVID-19 hastalarına hizmet vermeye başladığı belirtilmiştir. Ancak ileriki süreçlerde online eğitimler başlamış, uzaktan sağlık eğitim sistemi kurulmuş ve sisteme eğitim videoları yüklenerek personelin izlemesi istenmiştir. Pandemi döneminde incelenen özel bir hastanedeki örnekte ise bilgilendirme ve farkındalık çalışmaları kapsamında; alanlarda afiş, bilgisayar masaüstleri ve eğitim videoları yoluyla hem hastaların hem de hastane çalışanlarının COVID-19 enfeksiyonu ve korunma yöntemleri konusunda farkındalığının artırılmaya çalışıldığı aktarılmıştır (Özel, 2021).

Çin'deki bir hastanede ise tıbbi bilgisi olmayan idare personeli, lojistik birimi, güvenlik ve kantin personeli, temizlik personeli ve düşük eğitimli sağlık personelinin salgınla mücadelede oldukça zayıf olması nedeniyle önlem olarak yaygın bir şekilde görsel içerikli eğitimler verilmeye başlandığı aktarılmıştır. Bunun yanı sıra rehberlik ve psikolojik destek ve danışmanlık sağlanmıştır (Yang vd., 2020).

Wu ve diğerleri (2020) de çalışmalarında COVID-19 tedavi hastanesi olarak atanmış olan Shantou Merkez Hastanesi'ndeki hemşirelik uygulamalarını incelemiştir. Buna göre, hastanede hemşirelerin yönetimine ilişkin bazı değişiklikler yapılmış ihtiyacı doğmuştur. Hastanede özel COVID-19 servisleri kurulmuş ve bu servislerde gerekli lojistik ve olası enfeksiyonları en aza indirmek için katı kurallar belirlenmiştir. Ayrıca, başhemşire tarafından yönetilen enfeksiyon bölümü, acil servis, yoğun bakım ünitesi ve solunum bölümü başhemşirelerinden oluşan teknik destek ekibi kurulmuş ve tüm gereksinimleri karşılamak için eğitim planı hazırlanmıştır. Enfeksiyon kontrol bölümünde çalışan tüm hemşirelere COVID-19 hastane enfeksiyon önleme ve kontrolü, hastane hava temizleme yönetim özellikleri, dezenfeksiyon ve izolasyon için kişisel korunma gereklilikleri gibi kritik eğitimler verilmiştir (Wu vd., 2020).

COVID-19 nedeniyle artan stres, çalışanların iş yerlerine ve hayata ilişkin algılarını değiştirmiştir. Bu nedenle, örgütlerin çalışanların moral düzeyine özellikle önem vermesini gerektirmiştir. İK uzmanları, kendilerini güvende hissetmelerini sağlamak için çalışanların ihtiyaçlarını dikkatle dinlemeli ve yanıtlamalıdır (Anjum vd., 2022). Dolayısıyla, çalışanların örgüt ve İK birimi tarafından desteklenmesi bu süreçteki en önemli İKY fonksiyonu olmuştur. Çok yoğun şekilde çalışmaları gereken, hastalık riskiyle yüz yüze kalan, bunun ötesinde aileleri ve yakınlarıyla hastalığı bulaştırma

riski nedeniyle görüşemeyen ve izin alma veya işten ayrılma gibi konularda çeşitli kısıtlamalara maruz kalan sağlık çalışanları moral ve motivasyona büyük oranda ihtiyaç duymuşlardır. COVID-19 pandemi sürecinde Türkiye’de yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının algılanan stres ve duygusal tükenme düzeylerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur (Türkmen ve Çetin Arslan, 2021). COVID-19 pandemisi sürecinde sağlık çalışanlarının iş stresinin ölçülmesine yönelik başka bir çalışmada sırasıyla mobbing, çalışma süresi, ücret, çalışanların yetersizlikleri ve sorumsuzlukları, aile ilişkileri ve sosyalleşme, İK ve ekipman yetersizliği, hastalanma korkusu, belirsizlik ve ölüm riski, terfi vb. ayrıcalıklar, hastaların tutum ve davranışları ve meslek saygınlığı unsurlarının iş stresini artırdığı belirlenmiştir. Artan iş stresiyle beraber iş tatmini düşmekte, düşen iş tatmini ise sağlık çalışanlarının işte kalma niyetlerini olumsuz etkilemektedir (Çini vd., 2021).

Pandemi sürecinde özellikle hemşirelerin çalışma koşullarının olumsuz etkilenmesinden, hasta bakım ve tedavisinde ön saflarda yer almalarından ve hastalarla daha fazla fiziksel temasta bulunmalarından kaynaklı olarak kaygı puanlarının diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Şahin ve Kulakaç, 2021). Sağlık çalışanlarını mutlu ve örgütlerine sadık tutmayı sağlamak için sosyal ve psikolojik ödüllere odaklanmanın faydalı olabileceği belirtilmektedir (Abdullah vd., 2021). COVID-19 sürecinin incelendiği özel bir hastane örneğinde, çalışanlara psikiyatri uzmanlarınca uzaktan görüşme ve video ile bilgilendirme yoluyla psikolojik ve sosyal destek sağlandığı aktarılmıştır (Özel, 2021).

İKY açısından son derece önemli olan diğer fonksiyon iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması da COVID-19 sürecinde daha fazla önem kazanmıştır. Acil durumlar ile yüzleşmek ve dayanıklı sağlık hizmeti modelleri geliştirmek için, hastaların ve sağlık çalışanlarının güvenliğinde taviz vermeden sürdürülebilir sağlık hizmeti modelleri geliştirmek önemlidir (Plagg vd., 2021). COVID-19 sürecinde çalışanların iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması amacıyla üniversite hastanelerinde halk sağlığı anabilim dalları tarafından “İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi”, “Sağlık Çalışanı COVID-19 İzlem Birimi”, “Sürveyans Birimi” “Çalışan Sağlığı, Güvenliği ve Hakları Birimi” gibi isimlerle yönetsel organizasyon birimleri oluşturulmuştur. Bu birimlerin amaç ve görevleri; üniversite hastanesinde görev yapan bütün sağlık çalışanlarından riskli temaslıları belirlemek, risk değerlendirmesini yapmak, risk düzeyine göre gerekiyorsa karantina sürecini takip etmek, idari izinleri belirlemek, işe dönüşleri takip etmek, hasta çalışanların tanı-tedavi-işe başlama sürecini izlemek, çalışanların konuyla ilgili sağlık eğitimlerini yapmak, başhekimliğe ve hastane pandemi kuruluna salgın yönetimi sürecinde çalışanların korunmasıyla ilgili danışmanlık yapmak, bütün kayıtları tutmak ve düzenli rapor-bilgilendirme yapmaktır (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, 2021). Özellikle pandemi döneminde sağlık çalışanlarının sağlığının özellikle biyolojik risklerin önlenmesi açısından çok önemli olduğu bir kez daha anlaşılmıştır. Bu süreçte hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği birimlerinin rollerinin sağlık hizmetinin sürdürülebilirliği bakımından oldukça önemli olduğu belirtilmektedir (Şahan vd., 2020).

Sağlık personeli için kişisel koruyucu ekipman temininde ve yapılan bağışlarda hastaneler arasında fark olması, adaletli dağılımın olmaması çalışanlarda değersizlik duygusu yaratmış ve kaygı düzeylerini artırmıştır. Dolayısıyla sağlık hizmeti sunumunu COVID-19 sürecinde gerçekleştirebilmek için ekipman temini ve çalışanlara eğitimlerin verilmesi konusu ayrıca önem kazanmıştır. Rotasyonlu bir çalışma sisteminin oluşturulması ile, çalışanların farklı bölümlerindeki işleyişi ve tedavi protokollerini tanımları sağlanarak pandemi gibi dönemlerde farklı birimlerde çalışmanın yaratabileceği stres ve kaygının önüne geçilebileceği belirtilmektedir (Gürer ve Gemlik, 2020).

Pandemi ortamında öncelikli olarak sağlık çalışanlarının bedensel ve psikososyal sağlığının tehlikede olduğu açıktır. Bunun için, çalışanların görev tanımını içeren gerekli tüm tanıtıcı özelliklerinin, çalışma ortamıyla ilgili niteliklerinin, risk faktörlerinin ve koruyucu faktörlerin sistematik ve bütüncül bir çerçevede açıklanması gerekir. Kişisel güvenlik ve bulaştan korunma koşullarının tüm çalışanları kapsayacak düzeyde yapılandırılması, aile koşulları ile ilgili ihtiyaçların toplumsal kaynaklarla karşılanması salgının sebep olabileceği stresle baş etmede etkili araçlar arasında sayılmaktadır (Tuncay vd., 2020).

Pandemi döneminde İran'da hastane yöneticileri üzerinde yapılan çalışmada (Yusefi vd., 2022) COVID-19 sırasında sağlık sektöründe İKY'nin temel zorlukları olarak "organizasyonel zorluklar", "yasal zorluklar" ve "kişisel zorluklar" olmak üzere üç ana başlık araştırılmıştır. Örgütsel zorluklar arasında kısıtlı finansal kaynaklar, iş yükündeki dengesizlik, örgütsel koordinasyon eksikliği, verimsiz insan kaynakları dağılımı, uygulamalı eğitim eksikliği gibi konular yer almaktadır. Kişisel zorluklar ise çalışanların bilgi eksikliği, psikolojik rahatsızlıklar, özgüvenin azalması, tükenmişlik, iş yükünün artması, iş doyumunun azalması, çalışma arkadaşı ve hasta kaybının etkileri ve işyerine karşı güvensizlik duygusu olarak sıralanmıştır. Yasal zorluklar arasında ise, destekleyici hizmetler için protokol eksikliği, uzaktan çalışma için uygun olmayan yaklaşımlar ve talimatlar ve insan kaynakları için alternatif plan ve düzenlemelerin bulunmaması yer almaktadır.

V. COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE SAĞLIK KURUMLARINDA İKY STRATEJİLERİ

COVID-19, yöneticiler ve İKY uygulayıcıları için büyük zorluklar ortaya çıkarmıştır, ancak aynı zamanda örgütlerin gelecekteki eylemlerini yönlendirmelerine yardımcı olabilecek, bilinmeye ve anlaşılmaya değer fırsatlara kapı açmıştır (Hamouche, 2021). Böyle bir krizi tahmin edemeyen çoğu örgüt sorunlar yaşamış ve başarısızlıklarla karşılaşmıştır. Bu durum ise yöneticilerin bundan sonraki adımlarını gelecekteki ihtimalleri düşünerek ve bu çerçevede planlamalar yaparak atmalarını sağlamıştır. İnsan kaynaklarına yönelik stratejiler ise büyük önem arz etmektedir. Örgütlerin birçok mevcut uygulamayı terk edip yenilerine yöneldikleri COVID-19 pandemisi ortamında, bu dönüşümün yansıdığı yönetim uygulamaları alanlarından biri de tüm süreçlerin koordinasyonundaki merkezi rolü nedeniyle İKY olmuştur ve uygulamalarına yönelik çeşitli stratejiler geliştirilmiştir (Küçük, 2021). COVID-19 pandemisi, örgütleri İKY stratejilerini yeniden düşünmeye ve geleneksel İKY modellerinin ötesine geçmeye itmiştir (Hamouche, 2021).

Jain ve diğerleri (2022), İK ekiplerinin COVID-19 pandemisi nedeniyle karşılaştığı zorlukları ele alarak COVID-19 sırasında ve sonrasında yeniden tanımlanmış İK uygulamalarını incelemiştir. Ayrıca, bu değişikliklerin çalışanlar ve organizasyon üzerindeki etkisini ve bu değişikliklerin uzun vadeli uygulama olasılığını da incelemiştir. Çalışmada COVID-19'un İK işlevleri üzerinde hem olumlu hem de olumsuz etkisi olduğu bulunmuştur. Bir yandan, işe alım uzmanları aday havuzunu coğrafi sınırlamanın ötesine genişletmiştir. Ancak öte yandan, çalışma saatlerinin belirsiz olması ve sosyal hayatın olmaması nedeniyle çalışanların sağlığını ve refahını olumsuz etkilediği de belirlenmiştir.

WHO (2020b) COVID-19 pandemi sürecini yönetmek ve temel sağlık hizmetlerini sürdürmek için gerekli işgücünü tasarlamak, yönetmek ve korumak için ulusal, yerel ve örgüt düzeyinde sağlık yöneticileri ve politika yapımcılar için insan kaynaklarına yönelik COVID-19 kılavuzu hazırlamıştır. Kılavuzda; bireysel, yönetim, örgüt ve sistem seviyelerinde öneriler sunulmuştur. Kılavuz şu öğeleri içermektedir:

Sağlık çalışanlarının desteklenmesi ve korunması:

- Kişisel koruyucu ekipmanların kullanımı ve bunlara erişim dahil olmak üzere enfeksiyon önleme ve kontrolü,
- İş sağlığı ve güvenliği dahil, insana yakışır çalışma koşulları,
- Ruh sağlığı ve psikososyal destek,
- Ücret ve teşvikler.

Sağlık işgücü ekiplerinin güçlendirilmesi ve optimize edilmesi:

- Eğitim ve öğretim yoluyla yetkinlikler oluşturmak,
- Rollerini optimize etmek,
- Toplum temelli sağlık çalışanlarından yararlanmak.

Artan kapasite ve stratejik sağlık çalışanı dağıtımı:

- İşe alma ve yeniden yerleştirme yoluyla sağlık çalışanı sayısını artırmak,
- Ortak ağların etkinleştirilmesi,
- Sağlık işgücü dağılımının rasyonelleştirilmesi,
- Yönetilebilir bir iş yükü de dahil olmak üzere destekleyici bir çalışma ortamının sağlanması.

Sağlık sistemi insan kaynaklarının güçlendirilmesi:

- Sağlık alışanı enfeksiyonlarını izlemek de dahil olmak üzere sağlık iş gücü bilgi sistemlerinin iyileştirilmesi,
- Sağlık işgücü ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve planlanması,
- Lisanslama ve düzenleme reformları,
- Yönetişim ve sektörler arası işbirliği mekanizmalarını güçlendirmek.

COVID-19 pandemisi ilerledikçe, kurumsal zindelik (corporate wellness) konusu öncelikli odak noktası olmakla beraber çalışanların zihinsel ve fiziksel sağlığını korumak örgütlerin öncelikleri arasında yerini korumuştur. Zindelik yaklaşımlarını, işin tanımına, işgücüne ve işyerine başarılı bir şekilde entegre eden örgütlerin yüksek performans gösteren çalışanlarıyla sürdürülebilir bir gelecek inşa edeceği belirtilmektedir (Deloitte, 2021). Çalışanların özellikle pandemi dönemi gibi karmaşık bir ortamda çalışmaları gerektiği dönemler için zindeliği işe entegre etmede alınabilecek çeşitli aksiyonlar Tablo 1’de sunulmuştur. Sağlık alışanlarının stresli ve riskli ortamlarda çalışıyor olmaları hastanelerde kurumsal zindelik uygulamalarının önemine işaret etmektedir.

Tablo 1. Zindeliği İşe Entegre Etmek İçin Alınabilecek eşitli Aksiyonlar

	Organizasyonel	Ekip	Bireysel
Kültürel <i>Zindeliği sosyal davranışlara ve normlara dönüştürmek</i>		Zindeliği korumak adına kısa molalar vermek veya yalnızca belirli toplantıları video odaklı yapmak gibi iyi davranışlar belirleyin	Proaktif olun ve zindelik ile ilgili ihtiyaçlarınızı dile getirin
İlişkisel <i>Zindeliği iş arkadaşları arasındaki ilişkilerde teşvik etmek</i>	alışan tercihlerine, çalışma tarzlarına ve kişisel ihtiyaçlarına göre ekipler oluşturun		İş arkadaşlarınız ile sık, proaktif ve tutarlı olarak zindelik ihtiyaçları ve tercihleri konusunda konuşun
Operasyonel <i>Zindeliği yönetim politikalarına, süreçlerine ve programlarına dahil etmek</i>	İş planlamasına, performans yönetimi süreçlerine, liderlik değerlendirmelerine, ödüllendirme ve takdir programlarına zindelik kriterlerini yerleştirin	Ekiplerin kendilerine en uygun zindelik uygulamalarını seçmelerine ve benimsemelerine izin verin	
Fiziksel <i>Zindeliği uygulamaya olanak sağlayacak çalışma alanları sağlamak</i>	alışanların fiziksel, zihinsel ve duygusal zindelik ihtiyaçlarını desteklemek için çalışma ortamları tasarlayın	Ekip iş birliğini ve performansını destekleyecek fiziksel çalışma alanlarından yararlanın	
Sanal <i>Zindelik için yeni teknolojiler ve sanal çalışma alanları tasarlamak</i>		Ekip üyelerini stresli durumlarla başa çıkma konusunda eğitmek için sanal gerçeklik gibi yeni teknolojileri kullanın (Örneğin, kızgın bir müşteriyle iletişim kurma)	Dikkat dağıtıcı unsurların üstesinden gelmeye, farkındalığı artırmaya ve kaygıyı azaltmaya yardımcı olmak için giyilebilir teknolojilerden ve uygulamalardan yararlanın.

Kaynak: Deloitte (2021)

İlhan (2020), özellikle çalışmaya hiç ara vermeksizin faaliyete devam etmenin zorunlu olduğu sektörler açısından mevcut İK uygulamalarında aksiyon alınmasına ivedi ihtiyaç doğduğunu belirtmektedir. Bu özelliği taşıyan sektörlerin başında şüphesiz ki sağlık sektörü gelmektedir. İlhan (2020)'ın COVID-19 beraberinde mevcut İK uygulamalarında ihtiyaç duyulan aksiyonların belirlenmesine yönelik yaptığı çalışmada belirlenen hedefler ise şu şekildedir:

1. COVID-19 öncesindeki İKY uygulamalarının incelenmesi,
2. COVID-19'un mevcut İKY uygulamaları üzerindeki etkilerinin incelenmesi,
3. COVID-19'un etkileri doğrultusunda yönelinen İKY uygulamalarında karşılaşılan sorunların incelenmesi,
4. COVID-19'un etkileri doğrultusunda İKY uygulamalarında ihtiyaç duyulan aksiyonların belirlenmesi,
5. Çalışanların fiziki açıdan sağlık ve iyilik halini en iyi şekilde sağlayacak olan örgütsel müdahale uygulaması yapılması ve müdahalenin etkisinin ölçülmesi ve
6. Çalışanların psikolojik ve sosyal açıdan sağlık ve iyilik halini geliştirecek psikolojik müdahale uygulaması yapılması ve müdahalenin etkisinin ölçülmesi

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

COVID-19 pandemisi öncelikle toplum sağlığının önemini ve değerini bir kez daha anımsatmıştır. Örgütler sağlığı bu denli tehdit edebilecek çeşitli salgın ve krizlere yönelik eylem planlarına sahip olmalıdır. Gelecekteki olası pandemilerin insanlık için önemli bir tehdit olarak algılanarak küresel, kolektif bir hazırlık süreci gerektirmekle birlikte, bu çerçevede örgütler de kendi planlarını hazırlamalıdır (Sungur ve Çakmakçı, 2021). Bu plan içerisinde ise sağlık çalışanları ve doğru şekilde yönetilmeleri büyük önem taşımaktadır. Bu kapsamda gerekli ekiplerin oluşturulması, kilit personelin belirlenmesi, personelin sağlık yönetimi ile ilgili gerekli planlamaların yapılması, sağlık personelinin ihtiyaç duyabileceği temizlik ve dezenfektan malzemeleri ile kişisel koruyucu ekipmanın temin edilmesi ve etkili bir bilgilendirme politikasının izlenmesi önemlidir. Kurum içi iletişim ağının sağlanması, çalışanlara bilgi aktarımı sağlanması, çalışanlara hijyen kurallarının aktarılması ve uygulanması, sağlık önlemleri, sağlık personelinin görevleri ve niteliklerinin planlanması, sağlık personelinin işe alınması ve taahhüt edilmesi, yetkinlik için eğitim verilmesi, sağlık personelinin eğitilmesi, panik durumunda özel iş akışlarının belirlenmesi, sağlık personeli için özel koruyucu önlemler alınması İKY açısından bir salgın öncesinde atılabilecek önemli adımlardır (Alman-Türk Ticaret ve Sanayi Odası, 2021).

Hastanelerde İKY stratejik öneme sahiptir. COVID-19 pandemisinin getirdiği değişiklikler ile birlikte daha fazla ihtiyaç duyulmuş ve önemi daha fazla anlaşılmıştır. COVID-19'un tüm örgütlerdeki İKY üzerinde önemli etkileri olmakla birlikte, bu dönemde sağlık çalışanlarına ilişkin yeni düzenlemelerden, sağlık çalışanlarının stres altında çalışmalarına ve motivasyon gereksinimlerine kadar pek çok nedenle bu etki sağlık sektöründe daha fazla hissedilmiştir.

Pandemi dönemindeki olağanüstü gelişmelere ve değişimlere ayak uydurabilmek için hastanelerde İKY bilimsel uygulamalarının uygulamasına ihtiyaç vardır (Tekinalp ve Şahinöz, 2021). COVID-19 pandemisinin etkisinin uzun süreli olacağı ve bunun neticesi olarak tükenmiş sağlık çalışanlarının sayısının artacağı düşünülmektedir. İKY'nin tüm fonksiyonları bu olumsuz etkileri önlemeye yönelik olarak çalışmalıdır. COVID-19 ortamında İKY'nin fonksiyonlarından biri sağlık kurumlarında elzem özellikte olan, uygun niteliğe sahip insan kaynağının doğru yerde, doğru zamanda konumlandırılması için gerekli planlamayı yapma ve değişimler doğrultusunda gerekli sağlık insan gücünü temin etmektir. Bununla birlikte, sağlık personeline COVID-19 tedavisi, bulaşma riskini en aza indirecek önlemler, aşının saklanması ve uygulanması gibi konularda eğitimin verilmesi İKY'nin diğer bir fonksiyonudur. Stres altında olan çalışanların motive edilmesi ve iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için gerekli tedbirlerin alınması da bu dönemde öne çıkan İKY fonksiyonları olarak görülmektedir. Sağlık kurumlarındaki İK yöneticilerinin bu çerçevede kendilerini geliştirmeleri önem arz etmektedir.

Tekinalp ve Şahinöz (2021) pandemi döneminde sağlık kurumlarındaki İKY faaliyetlerine yönelik bazı öneriler sunmuşlardır. Bunlardan bazıları: Sağlık çalışanlarının motivasyonu ve performansı özellikle pandemi gibi olağanüstü durumlarda artırılması amacıyla bilimsel çalışmalar ve projeler yürütülmelidir. Pandemi ile beraber ortaya çıkan organizasyon ve risk yönetim eksiklikleri ile beraber ihtiyaç duyulan birimlerinin tespiti için acil bir İKY planı oluşturulmalıdır. Pandemi örneğinde olduğu gibi benzer salgınların etkilerini kırmak için proaktif İKY programları tasarlanmalıdır. Pandemi sürecinde riski yönetebilecek kumanda sistemi oluşturulmalı, süreç şeffaf bir kurul tarafından organize edilmelidir.

Opatha (2020) COVID-19 dönemi için tüm örgütlerde kullanılabilecek İKY ile ilişkili öneriler ortaya koymuştur. Bunlar arasında; uzaktan çalışma için çalışanların eğitimine yatırım yapma, işçilerin iyi olma durumuna daha fazla önem verme, işten çıkarmalar yerine maaş kesintileri yapma, seçim sürecinde tıbbi testler yapma, çalışan kaynak grupları oluşturma, hasta çalışanları evde kalmaya teşvik etme ve örgüt tarafından çalışanlar ile ilgili alınan gerekli tüm eylem ve kararları iletme yer almaktadır.

Al Mala (2020) İK departmanının çalışanları elde tutma stratejisinin, İK uygulamalarının karmaşıklığını azaltarak ve esnekliğini artırarak çalışanların psikolojik durumlarını da hesaba katarak, çalışanların endişelerine ve COVID-19'un yeni zorluklarına göre uyarlanması gerektiğini belirtmektedir (Al Mala, 2020). Özellikle COVID-19 döneminde iş talebinin veya iş stresinin çalışanların kuruluşlarına bağlılığı üzerindeki olumsuz etkisini ortadan kaldırmak hedefleniyorsa psikolojik ödüllerin, iş-aile çatışmasının olumsuz etkilerini ortadan kaldırmak hedefleniyor ise sosyal ödüllerin geliştirilmesine odaklanılmalıdır (Abdullah vd., 2021).

Pandemi döneminde tüm örgütlerde değişime ihtiyaç duyan İKY uygulamaları, sağlık sektöründe pandemiye en yakından yaşayan sağlık çalışanları için çok daha önemli hale gelmiştir. Bu çalışmada pandeminin genel olarak hastanelerdeki İKY uygulamaları üzerindeki etkisi incelenmiştir. İleri çalışmalar farklı sağlık meslek grupları için İKY uygulamaları üzerine odaklanabilir.

KAYNAKLAR

- Abdullah, M. I., Huang, D., Sarfraz, M., & Sadiq, M. W. (2021). Service innovation in human resource management during Covid-19: A study to enhance employee loyalty using intrinsic rewards. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-11.
- Adikaram, A. S., Priyankara, H. P., & Naotunna, N. P. (2021). Navigating the crises of Covid-19: Human resource professionals battle against the pandemic. *South Asian Journal of Human Resources Management*, 8(2), 192-218.
- Akbaş Tuna, A., & Çelen, O. (2020). Covid-19 salgın hastalık sürecinin işletmelerin insan kaynakları yönetimi uygulamaları. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 16(30), 2710-2759.
- Al Mala, W. A. (2020). *How COVID-19 changes the hrm practices (adapting one hr strategy may not fit to all)*. <https://ssrn.com/abstract=3736719>
- Alman-Türk Ticaret ve Sanayi Odası (2021). *Şirketler İçin Planlama*. <https://www.dtr-ihk.de/tr/bilgi-koesesi/koronavirues/sirketler-icin-planlama>
- Anjum, N., Rahman, M., & Rahaman, S. (2022). Challenges for HR professionals in the Post-Covid-19 era. *Journal of Business Strategy Finance and Management*, 4(1), 5-11.
- Awu, E. (2021). The impact of Covid-19 pandemic on human resource management and the role changes of HR manager in an organization. *International Journal of Academic and Applied Research*, 5(12), 8-14.

- Aydan, S. (2020). İnsan kaynakları yönetimi ve stratejik insan kaynakları yönetimi. İçinde Keziban Avcı (Ed.), *Sağlık sektöründe insan kaynakları yönetimi*. Gazi Kitabevi.
- Azizi, M. R., Atlasi, R., Ziapour, A., Abbas, J., & Naemi, R. (2021). Innovative human resource management strategies during the COVID-19 pandemic: A systematic narrative review approach. *Heliyon*, 7, e07233.
- Balcı, Y., & Çetin, G. (2020). *Covid-19 pandemisinin Türkiye ekonomisinde istihdam ve çalışma hayatı üzerindeki etkileri: sorunlar ve çözüm önerileri*. İstanbul Ticaret Üniversitesi Yayınları.
- Calderon Hernandez, G., Osorio-Londoño, A. A., & Serna-Gómez, H. M. (2021). *Human resource management in Covid-19 pandemic time*. <https://ssrn.com/abstract=3867826>
- Caligiuri, P., De Cieri, H., Minbaeva, D., Verbeke, A., & Zimmermann, A. (2020). International HRM insights for navigating the COVID-19 pandemic: Implications for future research and practice. *Journal of International Business Studies*, 51, 697-713.
- Çalışır, M., & İnal, V. (2021). *Yeni bir çağın kuyusunda siyasi, iktisadi ve mali açılardan Covid-19 pandemisi*. Sakarya Üniversitesi Yayınları.
- Çini, M. A., Erdirençelebi, M., & Ertürk, E. (2021). COVID-19 pandemi döneminde iş stresinin işte kalma niyetine etkisinde iş tatmininin aracılık etkisi. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 13(3), 2356-2375.
- Deloitte. (2021). *Deloitte global insan kaynakları trendleri araştırması*. <https://www2.deloitte.com/tr/tr/pages/human-capital/articles/2021-global-insan-kaynaklari-trendleri-raporu.html>
- Dinić, M., Milićević, M. Š., Mandić-Rajčević, S., & Tripković, K. (2021). Health workforce management in the context of the COVID-19 pandemic: A survey of physicians in Serbia. *The International Journal of Health Planning and Management*, 6(S1), 92-111.
- Elayan, M. B. (2021). *The impact of Covid-19 on human resource practices*. https://www.researchgate.net/publication/350600331_The_Impact_of_COVID-19_on_Human_Resource_Practices
- Fried, B. J., & Fottler, M. D. (2015). *Human resources in healthcare*. Managing for Success Health Administration Press.
- Gigauri, I. (2020a). Effects of Covid-19 on human resource management from the perspective of digitalization and work-life-balance. *International Journal of Innovative Technologies in Economy*, 4(31), 1-10.
- Gigauri, I. (2020b). Organizational support to HRM in times of the Covid-19 pandemic crisis. *European Journal of Marketing and Economics*, 3(3), 35-47.
- Gunnigle, P., Lavelle, J., & Monaghan, S. (2019). Multinational companies and human resource management in Ireland during recession: A retrospective from a highly globalized economy. *Thunderbird International Business Review*, 61(3), 481-489.
- Gürer, A. & Gemlik, H. N. (2020). Covid-19 pandemisi sürecinde sahada olan sağlık çalışanlarının yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerileri üzerine nitel bir araştırma. *Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi*, 4(2), 45-52.

- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. (2021). *Halk sağlığı bakış açısıyla covid-19, pandeminin ilk yılı. Sağlık politikaları ve istihdam çalışma grubu*. Hipokrat Yayınları.
- Hamouche, S. (2021). Human resource management and the COVID-19 crisis: implications, challenges, opportunities, and future organizational directions. *Journal of Management & Organization*, 1-16.
- İlhan, Ü. D. (2020). Covid-19 ile mücadelede insan kaynakları yönetimi uygulamalarında ihtiyaç duyulan aksiyonların belirlenmesine yönelik örgütsel müdahale yöntemi önerisi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, Special Issue, 288-307.
- Jain, D., Shrivastav, N., & Vijetha, P. S. (2022). Reshaping and redefining of hr practices during and post Covid-19. *Journal of Management & Entrepreneurship*, 16(1), 81-90.
- Kabene, S. M., Orchard, C., Howard, J. M., Soriano, M. A., & Leduc, R. (2006). The importance of human resources management in healthcare: A global context. *Human Resources for Health*, 4(20), 1-17.
- Kara, E. (2020). Covid-19 pandemisi: İşgücü üzerindeki etkileri ve istihdam tedbirleri. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(5), 269-282.
- Karakuş, D., & Avşar, E. (2022). Covid-19 pandemi sürecinde türkiye’de hastanelerde alınan önlemlerin ve uygulamaların incelenmesi ve değerlendirilmesi. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 35, 564-572.
- Keerthana, R., & Nisha, D. B. (2021). Impact of COVID-19 on human resource management in the organization. *International Journal of Aquatic Science*, 12(2), 2431-2440.
- Kılıç Kırılmaz, S. (2021). COVID-19 pandemisinin insan kaynakları yönetimi üzerine etkilerinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Sosyoekonomi*. 29(50), 255-276.
- Küçük, N. (2021). *Pandeminin insan kaynakları yönetimine etkisi*. N Human Danışmanlık. <https://www.nhumandanismanlik.com/post/pandeminin-insan-kaynaklari-yonetimine-etkisi>
- Lasanthika, W.J.A.J.M., & Tennakoon, W.D.N.S.M. (2021). *Human resource management insights in the age of Covid 19*. Proceedings of 6th Interdisciplinary Conference of Management Researchers (6th ICMR), Sabaragamuwa University of Sri Lanka.
- Manimaran, A., & Senthil Kumar, S. A. (2016). Human resource management in the healthcare industry – a literature review. *Journal of Human Resource Management*, 4(6), 124-128.
- Monellon, A. T., & Vargas, D. (2021). New perspectives of HRM in the context of Covid-19 pandemic: the challenges and impact of Covid-19 pandemic on hrm practices. https://www.researchgate.net/publication/352983213_New_Perspectives_of_HRM_in_the_cont_ext_of_COVID-19_Pandemic_The_Challenges_and_Impact_of_COVID-19_Pandemic_on_HRM_practices
- Opatha, H.H.D.P.J. (2022). COVID-19 in Sri Lanka and seven HRM related recommendations against COVID-19. *Asian Journal of Social Sciences and Management Studies*, 7(2), 152-157.
- Oppel, E. M, Winter, V., & Schreyögg, J. (2017). Evaluating the link between human resource management decisions and patient satisfaction with quality of care. *Health Care Manage Rev*, 42(1), 53-64.

- Özel, Y. (2021). Bir özel hastanede COVID-19 pandemi süreci. *Hekim Sözü*, Mayıs-Haziran, 19-20.
- Plagg, B., Piccoliori, G., Oschmann, J., Engl, A., & Eisendle, K. (2021). Primary health care and hospital management during COVID-19: lessons from lombardy. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, 3987-3992.
- Przytuła, S., Strzelec, G., & Krysińska-Kościańska, K. (2021). Re-vision of future trends in human resource management (HRM) after COVID-19. *Journal of Intercultural Management*, 12(4), 70-90.
- Ramadevi, D., Gunasekaran, A., Roy, M., Rai, B. K., & Senthil Kumar, S. A. (2016). Human resource management in a healthcare environment: Framework and case study. *Industrial and Commercial Training*, 48(8), 387-393.
- Sungur, İ. C., & Çakmakçı, İ. M. (2021). Covid-19 pandemisinden alınan dersler. *Hospital Manager Sağlık Profesyonellerinin Dergisi*. <https://www.hospitalmanager.com.tr/covid-19-pandemisinden-alinan-dersler/>
- Şahan, C., Metan, G., Telli Dizman, G., Durusu Tanrıöver, M., & Çalık Başaran, N. (2020). *Türk tabipleri birliği Covid-19 pandemisi 6. ay değerlendirme raporu*. https://www.tb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_6/covid19-rapor_6_Part39.pdf
- Şahin, C. U., & Kulakaç, N. (2021). Exploring anxiety levels in healthcare workers during COVID-19 pandemic: Turkey sample. *Current Psychology*.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2021). *COVID-19 pandemisinde sağlık kurumlarında çalışma rehberi ve enfeksiyon kontrol önlemleri*. Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması. <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/40282/0/covid19-saglikkurumlarindacalismarehberiveenfeksiyonkontrolonlemleripdf.pdf>
- Tekinalp, M., & Şahinöz, T. (2021). Pandemiye insan kaynakları yönetimi. *ODÜ Tıp Dergisi*, 8(2), 23-29.
- Tuncay, F. E., Koyuncu, E., & Özel, Ş. (2020). Pandemiye sağlık çalışanlarının psikososyal sağlığını etkileyen koruyucu ve risk faktörlerine ilişkin bir derleme. *Ankara Medical Journal*, 2, 488-501.
- Tursunbayeva, A. (2021). Human resource management-related responses of health organizations to Covid-19. *Strategic HR Review*, 20(3), 78-83.
- Türkmen, İ., & Çetin Aslan, E. (2021, April 28-30). *COVID-19 pandemisi sürecinde sağlık çalışanlarının algılanan stres ve duygusal tükenme düzeylerinin incelenmesi*. International Black Sea Coastline Countries Scientific Research Symposium – VI, Giresun, Turkey.
- Wamundila, S., Siakalima, D., Nkhowani, J., Musondela, B., & Simui, F. (2022). Impact of COVID-19 on human resource management functions in Zambian organisations. *International Journal of Research and Scientific Innovation*, IX(II), 8-17.
- WHO. (2000). *Health systems: Improving performance*. World Health Organization.
- WHO. (2020a). *Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context: interim guidance*. World Health Organization.

- WHO. (2020b). *Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response Interim guidance*. World Health Organization.
- Wu, X., Zheng, S., Huang, J., Zheng, Z., Xu, M., & Zhou, Y. (2020). Contingency nursing management in designated hospitals during Covid- 19 outbreak. *Annals of Global Health*, 86(1), 70.
- Yang, M., Wang. H., Li. Z., Zhang, Q., Liu, X., He, M., & Gao, S., (2020). Prevention and control of Covid-19 infection in a chinese mental health center. *Frontiers in Medicine*, 7, 356.
- Yusefi, A.R., Sharifi, M., Nasabi, N., Rezabeigi, D. E., & Bastani, P. (2022). Health human resources challenges during COVID-19 pandemic: Evidence of a qualitative study in a developing country. *Plos One*, 17(1), e026887.

DERLEME MAKALESİ

SAĞLIK HİZMETLERİNİ İYİLEŞTİRMEDE ALTERNATİF BİR YAKLAŞIM: DÜRTME

Münevver ŞAHİN *
Nadide Sevil TULÜCE **

ÖZ

Davranışsal iktisat; ekonomi, psikoloji, sosyal bilimler başta olmak üzere sağlık alanında da davranışları iyileştirmeye ve politika geliştirmeye ilham kaynağı oluşturmaktadır. Dürtme uygulamaları, kişinin seçeneklerini ve özgürlüğünü kısıtlamadan, sosyal veya fiziksel çevreyi değiştirerek birey ve sosyal faydayı artırmayı amaçlayan davranışsal müdahalelerdir. Sağlık alanında mevcut süreçlerin karmaşık yapısı bireylerin seçimlerini iyileştirmede seçenekleri ve özgürlükleri kısıtlamadan birtakım müdahaleleri gerektirmektedir. Sağlık alanında süreçlerin iyileştirilmesi hem hastaya verilen tedavi hem de sunulan hizmet kalitesini iyileştirecektir. Tıbbi karar verme süreçlerinde, bilgilerin çerçevesi, seçeneklerin sunulma biçiminde küçük değişikliklerin kullanılması gibi pek çok dürtme müdahalesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Ancak ülkemizde bu kapsamda yapılan çalışma sayısı bir hayli azdır. Davranışsal iktisat ekolü bireylerin iktisadi kararlar alırken birçok nedenle sürekli akılcı/rasyonel davranmadığını, farklı sosyal, kültürel ve psikolojik değişikliklerin etkisinde kaldığını ve iktisat politikalarının da bu etmenler göz önünde bulundurularak planlanmasını gerektiğini ortaya koyar. Bu doğrultuda çalışmanın amacı sağlık alanı özelinde dürtme uygulamalarının neden önemli olduğunu açıklamak ve uygulama pratiklerinin çeşitliliğine vurgu yapmaktır. Çalışma kapsamında kavramsal bir çerçeve çizilerek, sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilebilecek dürtme uygulamalarına Türkiye'den ve dünyadan örnekler verilmiştir. Çalışma sonucunda Türkiye'de sağlık hizmetleri alanında davranışsal müdahale biriminin kurulması ve bu alan ile ilgili deneysel çalışmaların artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dürtme, Davranışsal müdahale, Sağlık, Sağlık hizmetleri.

MAKALE HAKKINDA

*Doktora Öğrencisi., Kayseri Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü, munevver440223@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2964-2800>

**Doç. Dr., Kayseri Üniversitesi, Develi Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, nadidehalici@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-2804-0728>

Gönderim Tarihi: 04.07.2022

Kabul Tarihi: 07.02.2023

Atıfta Bulunmak İçin:

Şahin, M. & Tülüce, N. S. (2023). Sağlık hizmetlerini iyileştirmede alternatif bir yaklaşım: Dürtme. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 255-278

AN ALTERNATIVE APPROACH TO IMPROVE HEALTHCARE: NUDGE

Münevver ŞAHİN *
Nadide Sevil TÜLÜCE **


ABSTRACT

Behavioral economics is an inspiration for improving behavior and developing policies in the field of health, especially in economics, psychology, and social sciences. Nudging practices are behavioral interventions aimed at increasing the individual and social benefit by changing the social or physical environment, without restricting one's options and freedom. The complex nature of current processes in the field of health requires a number of interventions to improve individuals' choices without restricting options and freedoms. Improving the processes in the field of health will improve both the treatment provided to the patient and the quality of services provided. Many nudge interventions can be used in the medical decision-making process, such as framing information, using minor changes in the way options are presented. However, the number of studies conducted in this context in our country is quite low. Behavioral economics cult reveals that individuals do not always act rationally for many reasons while making economic decisions, that they are under the influence of different social, cultural and psychological changes, and that economic policies should be planned considering these factors. In this direction, the aim of the study is to explain why nudging practices are important in the field of health and to emphasize the diversity of practices. Within the scope of the study, a conceptual framework has been drawn and examples of nudging practices that can be evaluated within the scope of health services are given from Turkey and from the world. As a result of the study, it is recommended to establish a behavioral intervention unit in the field of health services in Turkey and to increase experimental studies in this field.

Keywords: Nudge, Behavioral intervention, Health, Health services.

ARTICLE INFO

*Ph.D. Student., Kayseri University Graduate Education Institute, Department of Health Management, munevver440223@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2964-2800>

** Assoc. Prof. Dr., Develi Faculty of Social Sciences And Humanities, nadidehalici@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2804-0728>

Received: 04.07.2022

Accepted: 07.02.2023

Cite This Paper:

Şahin, M. & Tülüce, N. S. (2023). Sağlık hizmetlerini iyileştirmede alternatif bir yaklaşım: Dürtme. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(1): 255-278

I. GİRİŞ

İnsanlar hayatları boyunca sürekli ve sonsuz sayıda karar alırlar. Karar verme insanı insan kılan temel özelliklerden biridir. Geleneksel iktisat bilimi de insanların karar alırken faydacı yaklaşımla bireylerin rasyonel olduğunu varsayar. Neoklasik iktisat, homo economicus¹ kavramına dayandırılmakta ve onun etrafında yapılandırılmaktadır. Ekonomistler başta olmak üzere psikoloji, sosyoloji, antropoloji, tarih ve siyaset bilimi gibi diğer birçok sosyal bilim alanlarında da oldukça tartışılan bir konu olan homo economicus kavramı, insanın gerçekleştirdiği tüm davranışlarda hesaplanmış kişisel çıkarı birincil insan güdüsü olarak kabul eden teorik bir yapıdır. (Urbina ve Ruiz-Villaverde, 2019). Klasik iktisattaki temel varsayımlardan birisi insanı “iktisadi insan” veya “homo economicus” olarak adlandırmaktır. Bu birey aslında gerçek yaşamla doğrudan ilgisi olmayan, rasyonel, faydasını en yüksek seviyeye çıkararak ya da zararını minimize etmeye çalışan adeta bir ütopyadır. Berridge (2002) tarafından bu doğrultuda bir açıklama yapılmış olup, faydayı maksimize etmenin rasyonel yönde bir karar olarak kabul edilebileceği belirtilmiştir (Ayyıldız Ünnü, 2014).

Bireylerin aldıkları kararlarda ve yaptığı seçimlerde rasyonel olduğunu varsayan “rasyonel seçim teorisinin” kökenleri tam olarak net olmasa da Thomas Hobbes'un (1651) siyasal kurumların temel işleyişini bireylerin tercihleri üzerinden açıklamaya çalışması ile başladığı düşünülmektedir. Daha sonra bu yaklaşım, Francis Hutcheson, David Hume, Adam Smith ve daha sonra Jeremy Bentham ve John Stuart Mill gibi isimler tarafından devam ettirilmiştir. Bu çalışmalar, klasik rasyonel seçim teorisi olarak ifade edilen kavramı ortaya çıkarmıştır (Oppenheimer, 2008). Ancak gerçek dünyada yaşanan piyasa ve politik başarısızlıklar, çeşitli krizler bu varsayımın doğru olmadığını düşündürmüştür (Can Kamber, 2018). Zamanla, tercihlerin klasik görüşü ihlal ettiğini gösteren, tutarsız seçim, çerçeveleme etkisi, olasılıksal tercihler gibi rasyonelliğin aslında sınırlı olduğunu gösteren birçok varsayım ortaya atılmıştır (Oppenheimer, 2008). 1978 yılında karar verme ile ilgili çalışmalarında dolayı Simon'ın Nobel Ekonomi Ödülü almasıyla bu alana yönelik dikkatler artmıştır (Yılmaz ve Canbazer, 2020). Kişinin davranışlarının ve seçimlerinin altında yatan nedenleri ortaya koyabilmek için iktisat ve psikolojiyi harmanlayan Daniel Kahneman ve bu alanda deneyler yapan Vernon Smith' e 2002 yılında Nobel Ödülü verilmiştir. Yakın tarihte ise 2017 yılında davranışsal iktisat konusunda lider isimlerden Richard Thaler'e Nobel Ekonomi Ödülünü verilmiştir (Can Kamber, 2018; Yılmaz ve Canbazer, 2020). Bu gelişmeler ışığında, bilim dünyasında sınırlı rasyonellik ve davranışsal iktisat ivmeli bir şekilde önem kazanmıştır.

Simon (1955) insanı; "ekonomik insan" yerine sınırlı bilgi ve beceriye sahip seçici bir organizma (Sınırlı Rasyonellik) olarak ele almayı önermiş, insanı sadece seçim temelli ele almanın gerçek dünyadaki koşullarla çelişkiler ortaya çıkaracağını belirtmiştir. Bu görüşle birlikte davranışsal iktisat konusundaki gelişmeler hızlanmıştır.

Son yıllarda hem ekonomik teoride hem de pratik uygulamalarda davranışsal eğilimlere artış mevcuttur. Karmaşık piyasa davranışlarını açıklamak için büyük bir potansiyele sahip bir bilim olarak davranışsal ekonomi, ana akım tarafından uygulanan klasik ekonomik modelden uzaklaşmıştır (Brzezicka ve Wiśniewski, 2014; Thaler, 2016; Thaler ve Sunstein, 2003). Davranışsal iktisatçılar, homo-economicus'un birtakım eksiklikleri olduğunu ifade etmektedirler. Bu eksiklikler ise; karar sürecinde tam bilginin olmaması, öğrenmenin ihmal edilmesi, insan doğasında bulunan niteliklerin basite indirgenmesi ve insanın tamamıyla rasyonel davrandığının varsayılması (Brzezicka ve Wiśniewski, 2014) şeklinde dört temel nedene dayandırılmaktadır.

Bu sayılan eksiklikler nedeniyle insanın her daim rasyonel kararlar veremeyeceği anlaşılmış ve birtakım müdahalelerle insan davranışlarının yönlendirilebileceği ortaya çıkmıştır (Altıntaş ve Mercan, 2019). Yapılan bu müdahaleler literatürde dürtme (nudge) kavramı ile açıklanmaktadır.

¹ Homo economicus birçok ekonomik teorisinin üzerine inşa edildiği 1836'da John Stuart Mill tarafından ifade edilmeye başlandığı düşünülen mihenk taşı sayılabilecek bir kavramdır (Ng ve Tseng, 2008, s. 267; Lena, 2021, s. 110). Homo economicus; servete sahip olmayı arzulayan, aynı zamanda hazzı en üst düzeye çıkarmaya çalışan kişi anlamına gelmektedir (Persky, 1995: 223; Ng ve Tseng, 2008: 267).

Literatür incelemesi yapılırken Türkiye’de sağlık alanından yapılan dürtme konulu çalışmaların genellikle; organ bağıışı (Serim ve Küçükşenel, 2020; Özdemir, 2019b), sağlıklı besin tüketimi (Eroğlu ve Koyuncu, 2018; Serim ve Küçükşenel, 2020; Yıldız ve Kırımlıoğlu, 2021; Solmaz ve Hatice, 2022), hastane randevu sistemi (Özdemir, 2019b; Bucak vd., 2019) gibi konularla sınırlı kaldığı, sağlık hizmet sunumu (Serim ve Arıkan, 2021) ve sağlıkta kalite özelinde ele alınabilecek dürtme uygulamalarına vurgunun oldukça az sayıda olduğu görülmüştür. Oysaki çok küçük davranış değişiklikleri ile adeta bir kelebek etkisi sağlayan dürtme müdahaleleri ile sağlık hizmetleri sunumunda da oldukça olumlu sonuçlar alınabileceği vurgulanmalıdır. Bu bağlamda bu çalışma dürtme uygulamalarına sağlık hizmetleri özelinde yaklaşmayı, sağlık hizmetleri sunumunda dürtme kapsamında ele alınabilecek örnekler yer vermeyi ve bu konuyu kavramsal düzeyde ele almayı amaçlamaktadır. Dolayısıyla bu çalışmanın güncel ve bir o kadar gelişmeye ihtiyacı olan sağlık alanında dürtme konusunu ele alması açısından önem arz ettiği ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu kapsamda çalışmada; iktisadın temel varsayımları, ekonomik birey, sınırlı rasyonellik kavramı, davranışsal iktisadın gelişimi, liberteryen paternalizm ve dürtme konularına yönelik temel bilgilere yer verildikten sonra sağlık hizmeti alanında dürtme kapsamında ele alınabilecek uygulamalara Türkiye’den ve dünyadan örnekler sunulmuştur.

II. DAVRANIŞSAL İKTİSATA KISA BİR BAKIŞ

Davranışsal iktisat son yıllarda oldukça ilgi gören, psikoloji ve iktisadın harmanlandığı bir alandır. (Thaler, 2016; Tomer, 2007). Davranışsal iktisat, iktisadın açıklayıcı özelliğini gerçekçi psikolojik temellere dayandırarak artırmaktadır (Camerer ve Loewenstein, 2004). Bu alan, klasik iktisattaki bireylerin rasyonel davrandığı varsayımının her koşulda mümkün olmadığını ve klasik iktisadın bir takım eksikliklerini belirtmektedir (Aktan ve Yavuzaslan, 2020). Geleneksel iktisat, bireylerin davranış ve seçimlerinde meydana gelebilecek sistematik hataları açıklayan etmenleri ortaya koyma konusunda yetersiz kalmıştır.

1980’li yıllara kadar klasik ekonomi teorilerine göre rasyonel ekonomik insan fikri hakimdir. Thaler ve Sustein’in (2013); *“eğer iktisat kitaplarına bakarsanız, Homo economicus’un tıpkı Albert Einstein gibi düşünebildiğini, IBM’in Big Blue’su kadar bellek depolayabildiklerini ve Mahatma Gandhi’nin iradesini kullanabildiklerini görürsünüz”* ifadesi ekonomik insana ilişkin çelişkiyi ironik bir şekilde belirtmektedir.

Davranışsal iktisadın temelleri Adam Smith’in (1759) önemli eserlerinden biri olan “The Theory of Moral Sentiments (Ahlaki Duygular Teorisi)” adlı eserine kadar dayanmaktadır (Smith, 1822; Yılmaz ve Canbazer, 2020). Bu eser aslında davranışsal iktisadın ilk örneği olarak kabul görmektedir. Smith, psikolojik faktörlerin insanların davranışları üzerindeki etkilerini incelemiştir. Ancak psikolojinin bilimsel bir alan haline gelmesi 19. yüzyılda gerçekleşmiş (Bakırcı, vd., 2021) olup, tam olarak davranışsal iktisadın bir disiplin haline alması 2. Dünya Savaşı’ndan sonra (Yılmaz ve Canbazer, 2020) meydana gelmiştir.

Davranışsal iktisat ifadesine ilk olarak 1958’de Boulding ve Johnson tarafından yer verildiği belirtilmektedir (Korkmaz, 2022). Adam Smith kişinin davranışlarının psikolojik nedenlerini ortaya koyarak ekonomi ve psikolojiyi harmanlayacak olan yaklaşımlara zemin oluşturmuştur. George Katona (1951) ve Herbert A. Simon (1955) ise birinci kuşak davranışsal iktisadın kurucuları olarak kabul edilmektedir. Davranışsal iktisadın babası olarak tabir edilen George Katona (1951) “Ekonomik Davranışın Psikolojik Analizi” (Psychological Analysis of Economic Behavior) adıyla yayınladığı kitabı iktisat konusunda araştırma yapan araştırmacıların psikoloji faktörünü de mutlaka ele alması gerektiğini vurgulayarak psikoloji biliminin iktisat çalışmalarında yer almasını ifade eden ilk isimlerden biri olmuştur (Aktan ve Yavuzaslan, 2020). Daha sonra Taversky ve Kahneman (1974) ve Thaler (1980) ile devam eden ve genişleyen davranışsal iktisat, iktisadın önemli bir disiplini olarak yerini sağlamlaştırmıştır.

Davranışsal iktisat, insan rasyonalitesindeki sistematik kusur modellerini organizasyonların, pazarların ve politikaların incelenmesine ve mühendisliğine uygulamaktadır. Davranışsal iktisat, mükemmel rasyonalite varsayımını gevşetmenin kaçınılmaz sonucudur. Tam rekabet ve kusursuz bilgi gibi, kusursuz rasyonel varlık varsayımı da ekonomik teoride sınırlayıcı bir durumdur (Camerer, 2006). Davranışsal iktisatın insan davranışlarını dikkate almasından doğan bir başka alan ise davranışsal kalkınma iktisatıdır. Ülkelerin kalkınması için başarılı politikalar belirleyebilmesi son derece önemlidir. Bu noktada davranışsal iktisat, bireylerin bilişsel yanlılıklarının hesaba katılmasını ve buna göre stratejiler belirlemesinin özellikle az gelişmiş ülkelerde kalkınma konusunda önemli faydalar sağlayacağını belirtmektedir (Karagöl, 2020b).

Davranışsal ekonomi 'Homo Economicus' (Econ) u 'Homo Sapiens' (Human) ile değiştirir (Thaler, 2016; Aktan ve Yavuzaslan, 2020). Ekonomi, geleneksel olarak, her bireyin istikrarlı ve tutarlı tercihlerle sahip olduğunu ve bu öncelikleri rasyonel olarak maksimize ettiğini varsaymıştır (Rabin, 1998). Ancak 'Sınırlı rasyonellik' terimi, gerçek dünyadaki ekonomik aktörlerin klasik ve neoklasik teorisinin varsayımlarına benzer şekillerde davranmasını engelleyen insan bilgisi ve hesaplaması üzerindeki tüm sınırlamaları (olası tüm seçenekleri sıralamak için eksiksiz ve tutarlı bir fayda fonksiyonunun olmaması, gelecekteki olayların belirsizliğine karşı tutarlı ve gerçekçi olasılıklar atayamamak ve alternatifleri seçmenin sonuçlarını öngörememe vb.) belirtmek için önerilmiştir (Simon, 1955; 1987). Sınırlı rasyonellik kavramı "insan neden rasyonel değildir?" sorusuna açıklama getiren temel yaklaşımlardan biridir.

"İnsan neden rasyonel değildir?" sorusuna verilen bir başka cevap; insan zihninin sistem 1 ve sistem 2 olarak ikili düşünme biçimine sahip olmasıdır (Serim ve Küçükşenel, 2020; Ticaret Bakanlığı, 2018; Kahneman, 2015). Sistem 1, otomatik, çoğunlukla bilinçsiz, sezgisel ve göreceli olarak hesaplama kapasitesinden bağımsız olarak karakterize edilir. Bu özellikler, etkileşimsel zeka olarak da adlandırılmaktadır. Sistem 2, ise kontrollü işlemenin çeşitli özelliklerini birleştirir ve analitik zeka süreçlerini kapsar (Stanovich ve West, 2000; Kahneman, 2015). Sistem 1'in otomatik düşünme biçimi tercihlerde hatalara yol açmakta ve rasyonel davranış kavramıyla çelişmektedir (Serim ve Küçükşenel, 2020). Geleneksel iktisat teorisinde insanın sadece sistem 2 ile kararlar aldığı varsayılmakta; ancak bu bilginin realiteyi açıklamadığı, insanların çoğunlukla sistem 1 ile karar aldığı, hatta sistem 2 yoluyla alınan kararların dahi sistem 1'e dayandığını belirtilmektedir (Kahneman, 2015; Ticaret Bakanlığı, 2018).

"İnsan neden rasyonel değildir?" sorusu sorulduğunda karşımıza çıkan konulardan bir diğeri fayda maksimizasyonu ve beklenti teorisidir. Beklenen fayda kavramı 1700'lü yıllarda Daniel Bernoulli tarafından yazına kazandırılmıştır (Taşdemir, 2007; Şener, 2015). Ancak bu kavramın bireylerin davranışlarını tam olarak açıklamadığı davranışsal iktisatçılar tarafından gösterilmiş ve Daniel Kahneman ve Amos Tversky tarafından Beklenti (Prospect) Teori'si geliştirilmiştir (Taşdemir, 2007; Şener, 2015; Kahneman, 2015; Ticaret Bakanlığı, 2018). Fayda kavramı bireylerin tüketim kararlarında rasyonel olduğunu ifade ederken (Şener, 2015) belirsizlik koşulları altında bireylerin gözettiği faydanın durumunun değiştiği (Şener, 2015; Ticaret Bakanlığı, 2018) beklenti teorisinin gösterdiği açıklamalardan birisidir. Buna göre beklenti teorisi insanın rasyonel olmadığı varsayımını destekleyen açıklamalardan birisidir.

Yapılan birçok araştırma, insanların bir kez güçlü hipotez veya tahmin oluşturduklarında, bu duruma çelişen yeni bilgilere karşı genellikle çok dikkatsiz olduklarını öne sürmektedir (Rabin, 1998; Thaler ve Sustein, 2013). Örneğin; bir yatırım stratejisinin diğerinden daha kazançlı olduğuna ikna olduğunuzda, stratejinin kusurlu olduğunu gösteren kanıtlara yeterince dikkat etmeyebilirsiniz (Rabin, 1998). Mevcut durum eğilimi veya referans bağımlılığı olarak adlandırılan bu durum insanları rasyonel kararlar almasından uzaklaştıran bir başka engeldir.

Zamanlar arası seçim anlamında insanlar, mevcut tüketime gelecekteki tüketimden çok daha fazla değer veren tutarsız bir davranış sergilerler. Başka bir deyişle, insanların özdenetim sorunları vardır (Thaler ve Sunstein, 2003). Günümüzde Amerikalıların yüzde 61'inin ya aşırı kilolu ya da obez olduğu

bilinmektedir. Obezitenin sağlık üzerindeki olumsuz etkileri göz önüne alındığında, (Thaler ve Sunstein, 2003; 2013) insanların klasik iktisatçıların söylediği gibi rasyonel seçim yaptıklarını söylemek oldukça güçtür.

Çeşitli alanlarda (enerji, eğitim, tasarruf, sağlık vb.) kamusal politikayı yönlendirmek için davranışsal iktisatın kullanımı (Oliver, 2013), son yıllarda dürtme müdahalelerinin olumlu sonuçlarının görülmesi ile birlikte ivmeli bir şekilde artış göstermektedir. Kamuda davranışsal iktisat müdahalelerine son yıllarda artan ilginin muhtemel sebepleri arasında; 2008 ekonomik krizinden sonra mevcut ekonomik düzene alternatif arayışının hızlanması (Oliver, 2013), akademik bilginin günlük pratikte uygulayıcılara fayda sağlayabileceğinin görülmesi (Voyer, 2015), davranışsal iktisat müdahalelerinin, geleneksel yöntemlerden çok daha ilerici bir şekilde değişim sağlayabileceği düşüncesinin ağırlık kazanması (Oliver, 2013; Voyer, 2015) sayılabilmektedir. Bu bağlamda dürtme müdahalelerinin davranışsal iktisata artan ilgiyle paralel olarak arttığı söylenebilmektedir.

2.1. Davranışsal İktisattan ‘Dürtme’ ye Doğru

Homo economicus’un rasyonel olma özelliği daima tartışılmış ve bu konuda bir konsensüs sağlanıncaya kadar tartışılmaya devam edecek gibi görünmektedir. İnsanoğlu, geleneksel iktisat biliminin temel varsayımından çoğunlukla uzak duygularını dikkate alan akılcı olmayan kararlar da verebilmektedir. Bu durumda insanın karar alma sürecini ele alırken yanılmasına sebep olan faktörleri (insana özgü düşünceye dayalı yanlılık ve/veya yanılığarı, sezgiye dayalı kısa yolları, alışkanlıkları, bilişsel cimriliği ve diğer insana ait tüm etmenleri) dikkate almak gerekmektedir.

Bilgiyi çerçeveleyerek veya ince bir takım değişiklikler yaparak seçimi kısıtlamadan bireylerin davranışlarını yönlendirmek mümkündür. Bu kavram dürtme olarak adlandırılmakta (Harrison ve Patel, 2020) ve İngilizce karşılığı olan “nudge” kelime anlamı olarak dirsek ile bir kişiyi hafifçe itmek/itelemek anlamına gelmektedir. Türkçeye de dürtme olarak çevrilen kavram, insanların seçim özgürlüklerine sınırlama getirmeden, belirli seçeneklere karşı nazikçe nasıl yönlendirilebileceklerini ve kararlarını daha iyiye doğru nasıl değiştireceklerini göstermektedir (Thaler ve Sunstein, 2013).

Dürtme kavramına ve uygulamalarına olan ilgi Thaler ve Sunstein’in 2008’de yayınlanan “Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth and Happiness” kitabıyla oldukça artmıştır (Eryaşar ve Gönüllüoğlu, 2021). 2017’de “nudge” konusunda yazılan bu eserin Nobel ödülü almasıyla (*BBC News*, 2017) dürtme kavramına gösterilen ilgi ivme kazanmıştır.

Davranışsal iktisatın ilerlemesinde büyük payı olan Nobel Ödüllü bilim insanı Richard H. Thaler, iktisadı davranışsal olarak ele alarak klasik iktisatın davranışı tamamen göz ardı ettiği varsayımını ortadan kaldırmaktadır. Davranışsal iktisatın yanı sıra klasik iktisat da birer ekonomik birim olan bireylerin davranışlarını araştırmaktadır. Burada karmaşa yaratan nokta, bireylerin davranışları gerçekleştirmelerini açıklayan varsayımların karşıtlığıdır. Klasik iktisat bireyi homo economicus olarak tanımlarken, davranışsal yaklaşım homo sapiens olarak tanımlamaktadır (Serim ve Arıkan, 2021).

Thaler ve Sunstein'e göre, bir dürtme, herhangi bir seçeneğe yasaklama getirmeden veya ekonomik teşviklerini belirgin bir şekilde değiştirmeden insanların davranışlarını öngörülebilir bir şekilde farklılaştıran ve karar verme durumunda olan kişilere farklı seçeneklerin nasıl sunulacağını tasarlayan seçim mimarisinin herhangi bir yönüdür (Hausman ve Welch, 2010; Thaler, 2018). Başka bir ifadeyle seçim mimarı, insanların karar vermesi gereken konu veya konuları düzenleme görevini üstlenmiş kişilerdir. Thaler ve Sunstein (2013) dürtmeler (nudges) kelimesi ile de bir akronim oluşturacak şekilde seçim mimarisini 6 başlık altında ele almıştır. Bunlar: iNcentives (teşvikler), Understand mapping (planlamayı anlamak), Defaults (defolar), Give feedback (uyar, bilgilendir), Expect eror (hatayı bekle), Structure complex choices (karmaşık seçimleri planla) şeklinde sıralanmaktadır. Dürtmeler (nudges) kelimesinin harflerini oluşturan bu kavramlar aslında seçim mimarisinin birey davranışlarını nasıl etkilediğini anlatan bir özet niteliğindedir.

Dürtme teorisinin insan doğasıyla ilgili kabul ettiği başlıca varsayımlar: bireyin, bir konuyla ilgili kendine en fazla kar veya fayda sağlayacak olana odaklandığı, taklit davranışının, bireylerin sıklıkla kullandığı bir davranış türü olduğu, bireylerin, dış görünüşü bir hayli önemseydiği ve bir sorunla ilgili çözüm bulmada kendilerini güçsüz olarak görmeye meyilli olduğu (Altunöz, 2021) şeklinde sıralanabilmektedir.

Davranışsal iktisat ve davranış bilimlerinin yaptığı çalışmalardan elde edilen davranışsal içgörüler (Behavioural Insights-BI)², hükümetlerin vatandaşlarının davranışlarını anlamaya yardımcı olmakta ve uygulanacak çözümlerin politika halinde kapsamlı uygulanabilmesi için önceden test edilmesini sağlamaktadır (OECD, 2020). Davranışsal içgörü ve davranışsal iktisatın kamu politikası oluşturmada kullanılması davranışsal kamu politikası disiplini ortaya çıkarmıştır (Yılmaz ve Canbazer, 2020). Neo-Klasik iktisatın bireylerin daima rasyonel kararlar aldığı görüşüne karşı çıkan iktisat akımları, insan kararlarını yönlendirebilmek için kamu tarafından yapılacak müdahaleleri oldukça önemli bulmaktadırlar. Güncel olarak devletlerin çoğu bireylerin özgürlük haklarını çiğnememek şartıyla davranışları yönlendirebilmek için çeşitli müdahale yöntemlerini kullanmaktadırlar (Altunöz, 2021). Sağlık alanından örnek verilecek olursa; el yıkamanın artırılması, AIDS, tüberküloz ve sıtma gibi bulaşıcı hastalıkların yayılımını önleme, bağışıklama, organ bağışı ve anne sütü konusunda farkındalığın artırılması konularında dürtme ve davranışsal içgörüler yoluyla kamu politikaları oluşturulması (Kılıç, 2020) toplumsal faydayı artırma yolunda önemli uygulamalar arasındadır.

Hükümet nezdinde kurulan ilk davranışsal müdahale birimi İngiltere’de 2010 yılında faaliyete geçirilen Davranışsal İçgörü Timi’dir (The Behavioural Insights Team-BIT). Daha sonra ABD’de (2015) Beyaz Saray bünyesinde faaliyete geçirilen Davranış ve Sosyal Bilimler Timi (White House Behavioral and Social Sciences Team) (Yılmaz ve Canbazer, 2020; Aldemir ve Kaya, 2020) hükümetler nezdinde kurulan davranışsal müdahale birimine verilebilecek önemli örneklerden biridir. Ayrıca çeşitli ülkelerde üniversite çatısı altında çalışmalar yapan davranışsal müdahale takımları ve birimleri bulunmaktadır. Bu kurumlara Kanada’dan; Rotman Davranışsal İktisat Aksiyonu (BEAR), İngiltere’den; Duke Üniversitesine bağlı Center for Advanced Hindsight, ABD’den; The Penn Medicine Nudge Ünitesi, Princeton Üniversitesine bağlı Kahneman-Treisman Davranış Bilimleri ve Kamu Politikaları Merkezi, Chicago Üniversitesine bağlı Behavioral Insights and Parenting Lab gibi pek çok oluşum davranışsal içgörü konusunda çalışmalar yapan bilimsel temelli birimlere örnek gösterilebilmektedir (Özdemir, 2019a).

Türkiye’de davranışsal iktisat alanında ilk deneye dayalı laboratuvar 2009 yılında İstanbul Bilgi Üniversitesi bünyesinde kurulan BELİS (İstanbul Bilgi İktisat Laboratuvarı)’dır (Bilgi Economics Lab Of İstanbul, t.y.). Ülkemizde davranışsal müdahaleler kapsamında ele alınacak önemli girişimlerden bir diğeri Orta Doğu Teknik Üniversitesi tarafından 2015 yılında İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi içerisinde kurulan Davranışsal ve Deneysel Laboratuvar (Behavioral and Experimental Lab)’dır. Bu laboratuvar, bilgisayarlar yardımıyla bireylerin bir karara varma süreçleri hakkında deneysel araştırmalar yapılabilmesi amacıyla kurulmuş ve günümüzde faaliyetlerine devam etmektedir (ODTÜ, 2015). Türkiye’de davranışsal müdahalelerle ilgili kurulmuş en geniş kapsamlı birim 2017’de Ekonomi Bakanlığı bünyesinde “Davranışsal Kamu Politikaları Birimi” adı altında kurulmuştur (Ticaret Bakanlığı, 2018). Daha sonra bu birim Ticaret Bakanlığı’na bağlı “Türkiye Davranışsal Aksiyon Takımı” adı altında işlevlerini yerine getirmektedir (Özdemir, 2019a). Türkiye’de dürtme konusunda faaliyet gösteren organizasyonlardan birisi de Zuhâl Baltaş önderliğinde kurulmuş olan Nudge Network’dür. Bu organizasyon çeşitli eğitim ve çalıştaylarla özel ve kamu kurumlarında uygulamalara katkı vermek ve politika geliştirmelerini sağlamayı amaçlamaktadır (Nudge Network, 2018). Sağlık alanında ise davranışsal müdahale konusunda herhangi bir birim hâlihazırda mevcut

² Davranışsal içgörü (Behavioural Insights), günümüzde dünya genelinde oldukça kullanılır bir kavram haline gelmiştir (Özdemir, 2019a). Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD, 2019) davranışa dayalı içgörüyü; “İnsanların realitede nasıl seçimler yaptığını keşfetmek için psikoloji, bilişsel bilim ve sosyal bilimlerden elde edilen bilgileri ampirik olarak test edilmiş sonuçlarla birleştiren, politika oluşturmaya yönelik tümevarımcı bir yaklaşım” olarak tanımlamaktadır. Davranışsal içgörü yaklaşımı; dürtme (nudge), seçim mimarisi (choice architecture) ve özgürlükçü babacılık (libertarian paternalism) olarak üç temel kavram üzerinde şekillenmektedir (Özdemir, 2019a).

değildir. Ancak 2020 yılında Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı'nda gerçekleştirilen Davranışsal Kamu Politikaları Tanıtım Toplantısı (SB. Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2020) bu konuda önemli bir gelişmedir.

Dürtme uygulamalarının politika yapıcılar tarafından gündeme alınması oldukça önemlidir. Ancak davranışsal kamu politikası ile dürtme aynı anlama gelmemektedir. Dürtme uygulamaları belirli şartlar sağlandığında (özgürlüğü kısıtlayıcı müdahalelerin olmaması, yeterli bilgi edinme, alım gücünün yeterli olması vb.) ve daha çok bireysel kararlar üzerinde etkili olmaktadır (Yılmaz ve Canbazer, 2020). Oysa kamu politikası daha kapsamlı ve toplumsal müdahaleleri içermektedir. Bu noktada kamu politikası çerçevesinde dürtme müdahalelerine alternatif olarak gösterilen Budge (kımıldatma) kavramına (Yılmaz ve Canbazer, 2020) değinmek yerinde olacaktır. Budge (kımıldatma), bireylere genellikle özel sektör tarafından zararlı dışsallık oluşturabilecek olumsuz yönlendirmelere karşı yapılan düzenlemelerdir. Bu bağlamda sigara satışının özendirilmemesi için hükümetlerin yaptığı yasal düzenlemeler (Oliver, 2017) budge konusunda verilen önemli örneklerden biridir. Dürtme ile kıyaslayacak olursak: dürtmeler ağırlıkla içsel olup, bireyin kendi faydasını maksimize etmesini hedeflerken; budge, olumlu dışsallıkları yani toplumsal faydayı maksimize etmektedir (Yılmaz ve Canbazer, 2020). Davranışsal müdahale konusunda dürtmelerin (Nudge) mi yoksa kımıldatmaların (Budge) mi kullanılmasının daha faydalı olacağı tartışmaya açık bir konudur.

2.2. Liberteryen Paternalizm ve Dürtme

Bireylerin maksimum faydayı sağlayacakları seçimleri yapmasında yardımcı olan müdahaleler Dürtme (nudge) kavramıyla açıklanmaktadır. Literatürde bu müdahaleler liberteryen paternalizm yaklaşımıyla çokça ilişkilendirilmekte ve açıklanmaktadır (Altıntaş ve Mercan, 2019; Schnellenbach, 2012; Eğri, 2021). Paternalist kavramı, bir babanın çocuklarına karşı davranış tarzına benzer bir şekilde davranmayı ifade etmektedir (Fotion, 1979; Aycan, 2006). Fotion (1979) paternalizmi; *“Bir devlet, kuruluş, hatta bir kişi, çocuğuna veya çocuklarına karşı babalık yaparken, başka bir devlete, kuruluşa veya bireye göre paternalist hareket ediyor denilmektedir.”* şeklinde tanımlamaktadır.

Dürtme kavramı ise katı paternalizm değil, liberteryen paternalizm ile açıklanmaktadır. Dürtme konusunda gerçekleştirilen politikalar daha çok yumuşak politikalar olarak görülmektedir. Çünkü liberteryen paternalizmde bireyler dürtüldükleri seçenekten vazgeçmekte özgürdür (Thaler ve Sunstein, 2003; Schnellenbach, 2012). Genel anlamda, liberteryen paternalizm, bireylerin bilişsel olarak sınırlı olduğu varsayımından hareketle, bilinçli olarak bir seçim çerçevesi çizilerek bireylerin optimal seçimler yapmaya itilmesini ifade etmektedir. Paternalizmin bu şekilde, liberteryen veya yumuşak (soft) olarak adlandırılmasının nedeni; bireylerin, “hayırsever tasarımcı” tarafından çizilen ve optimal kabul edilen bu seçim çerçevesinden vazgeçme özgürlüğünü elinde tutmasıdır (Schnellenbach, 2012). Liberteryen (yumuşak veya özgürlükçü) paternalizm ile birlikte, günümüzde bireysel ve sosyal faydayı artırmak amacıyla davranışsal müdahaleler yoluyla insan davranışlarının yönlendirilebileceği ve birtakım müdahalelerin kamu politikası haline getirilebileceği düşüncesi ortaya çıkmıştır (Eğri, 2021). Davranışsal içgörü ve davranışsal iktisat gibi liberteryen paternalizm de kamu politikası oluşturmaya dayanak oluşturan önemli kavramlardan biridir.

III. SAĞLIK SEKTÖRÜ VE DÜRTME

Davranışsal iktisat, sağlık alanında bireylerin davranışlarını olduğu gibi ele almaktadır. Bu şekilde, sağlık ile ilgili kararlar alınırken daha gerçekçi bir yaklaşımla politikalar üretilmesi amaçlanmaktadır. Literatürdeki çalışmalardan yola çıkılarak, davranışsal iktisatın bu konudaki politikalarını eğitsel müdahaleler ve ikna, çevreyi yeniden yapılandırma ve taahhüt mekanizmaları başlıkları altında ele alınabileceği düşünülmektedir (Serim ve Küçükşenel, 2020).

Dürtme, bireylerin davranışlarını öngörülebilir şekilde, seçeneklerini kısıtlamadan veya maddi teşvikleri mümkün olduğunca değiştirmeden yönlendiren seçim mimarisidir. Bir müdahalenin dürtme sayılabilmesi için emir ve yasak içermemesi gerekmektedir. Sağlıklı besini görülebilecek şekilde

yerleştirmek dürtme uygulaması sayılırken, işlenmiş veya zararlı olarak nitelendirilen gıdayı yasaklamak dürtme uygulaması olarak sayılmamaktadır (Thaler ve Sustein, 2013).

Thaler ve Sustein (2013) insanlara seçenekler verilmesi gerektiğini ancak bu seçimle ilgili kararının uzmanlar tarafından yönlendirilmesine ihtiyaç olduğunu belirtmektedir. Çünkü davranışsal iktisat yaklaşımı ile elde edilen sonuçlar bireylerin kötü bir tercih yaptığına işaret ettiği durumda kamunun, bireylerin dolayısıyla toplumun faydalarını maksimize edecek en uygun kararı almaya yönlendirmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Dürtme teorisine göre insanlar tek başına bırakıldıklarında her zaman doğru ve gerekli olan seçimleri yapamayabilirler. İşte bu noktada “seçim mimarı” diye tabir edilen kavram ortaya çıkmaktadır.

Thaler ve Sustein’e göre (2013) seçim mimarı “*insanların karar verdikleri konuda organize etme sorumluluğunu üstlenmiş kişi*” demektir. Seçim mimarlarının, insanların davranışlarını değiştirmelerini sağlamak için fiziksel ve sosyal çevreyi yeniden düzenlemeleri beklenmektedir. Sağlıklı davranışı teşvik etmek için çevreyi değiştirmek bir seçim mimarının gerçekleştireceği türden bir iştir. Örneğin bisiklet sürme alışkanlığı kazandırılması için bisiklet yolları oluşturulması, süpermarketler ve restoranların, sağlıklı ürünlere daha kolay ulaşılabilecek şekilde düzenlenmesi, besinlere daha fazla lif eklenmesi ve tuz içeriğinin azaltılmasıyla tüketici ürünlerinin daha sağlıklı olacak şekilde tasarlanması (Vallgård, 2012) gibi işler seçim mimarları sayesinde gerçekleşmektedir. Seçim mimarı olarak, hastası için farklı tedavi yöntemleri ve ilaçlar öneren doktorun uygulamaları (Thaler ve Sustein, 2013) sağlık sektörü için uygun bir dürtme örneği olarak karşımıza çıkmaktadır.

Seçimlerin tanımlanma veya “çerçeveleme” şekli, bireylerin dikkatini o konunun farklı yönlerine çekerek yapacağı seçimi etkileyebilmektedir (Camerer, 2006). Sağlık alanında ise bu duruma; kanser teşhisi konulan hastaya hekimin şu tedaviyi uygularsanız %60 ihtimalle iyileşeceksiniz veya uygulamazsanız %40 ihtimalle öleceksiniz gibi olumlu veya olumsuz çerçeveli tedavi seçenekleri sunması örnek verilebilmektedir (Serim ve Küçükşenel, 2020). Bu örnek basit bir durum gibi görülse de hastanın tedavi konusunda alacağı kararı etkileyeceğinden aslında son derece önemlidir.

3.1. Türkiye’de Sağlık Alanında Dürtme Kapsamında Ele Alınabilecek Araştırmalara Kısa Bir Bakış

“Dürtme”, “davranışsal müdahale” ve “sağlık” anahtar kelimeleri ile Google Akademik’te ve YÖK-Tez’de Türkiye’de sağlık alanında yapılan çalışmalar aratıldığında çalışma sayısının oldukça az olduğu görülmüştür. Aşağıda bu konuda öne çıkan çalışmalara kısaca yer verilmektedir:

Türkiye’de dürtme konulu çalışmalara bakıldığında en kapsamlı çalışmanın Ekonomi Bakanlığı Davranışsal Kamu Politikaları ve Yeni Nesil Teknolojiler Daire Başkanlığı tarafından 2018 yılında yayınlanan “*Senin Kararın Mı?*” isimli çalışmanın olduğu görülmektedir. Çalışmada eğitim, sağlık, ekonomi ve daha birçok alanda Türkiye’den ve dünyadan davranışsal müdahale uygulamalarına yer verilmiş, dürtme konusu kapsamlı olarak ele alınmıştır (Ticaret Bakanlığı, 2018). Bu bağlamda yapılan bu çalışma ulusal literatürde önemli bir kaynaktır.

Özdemir (2019b) tarafından yapılan çalışmada sağlık iletişimi çatısı altında kamu sağlık politikalarının dizaynında davranışsal içgörünün yeri ele alınmıştır. Bu bağlamda yoğunlukla kullanılan rastgele kontrol denemeleri (RKD) yöntemi ele alınmıştır. İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri’nde kullanılan Hastane Randevu Sistemi ile ilgili rastgele kontrol denemeleri incelenmiştir. Bu denemelerde kullanılan dürtme müdahaleleri içerik analizi yöntemi kullanılarak 10 temel dürtme başlığına göre ele alınmıştır. Çalışma sonucunda İngiltere Hastane Randevu Sisteminin; sosyal norm kullanımı, kolaylık ve rahatlığın artırılması, uyarılar, hatırlatıcılar ve uygulama niyetini belirtmek türü müdahaleleri içerdiği belirtilmiştir (Özdemir, 2019b).

Serim ve Küçükşenel (2020) tarafından yapılan çalışma ise; dürtme uygulamalarının sağlıklı yaşam tarzı davranışları geliştirmede nasıl kullanılabileceğini ele almaktadır. Bu kapsamda sınırlı

rasyonelite, sınırlı otokontrol/bencilik kavramlarına yer verilmiştir. Ardından bu kavramların dışına çıkmanın kilo verme ve sigarayı bırakma gibi irade gerektiren eylemlerle ilişkili olduğu kavramsal olarak belirtilmiştir. Daha sonra bazı dürtme müdahalelerinin (standart porsiyon uygulaması, dürtüleri tetikleyen pazarlama yöntemlerini kısıtlama, iş ortamına yönelik müdahale vb.) obezite hastalığının engellenmesinde nasıl kullanılabileceği ifade edilmiştir.

Aldemir ve Kaya tarafından (2020) yapılan çalışmada Covid-19 salgınında dürtme uygulamaları ele alınmıştır. Başta Türkiye olmak üzere; ABD, Japonya ve İngiltere gibi ülkelerdeki Covid-19 pandemisinde uygulanan davranışsal müdahale yöntemlerine yer verilmiştir. Çalışmada Türkiye’de uygulanan Günlük Koronavirüs Tablosunun yayınlanması, telefonlarda telekomünikasyon firmalarının isimlerinin yazılı olduğu yerlerdeki “EvdeKal”, “HAYATEVESIGAR”, “EvdeHayatVar” gibi ifadeler dürtme uygulamaları bağlamında ele alınmıştır.

İpek vd. (2020) tarafından bilişsel yönlü dürtmeler (açıklayıcı besin etiketlemesi, değerlendirmeli besin etiketlemesi ve görünürlük iyileştirmesi) aracılığıyla müşterilerin sağlıklı besin tüketimine yönlendirilmesinin amaçlandığı bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu amaçla deneysel bir uygulama yapılmıştır. Çalışma sonucunda görünürlük iyileştirmesi müdahalesinin en etkili bilişsel yönlü dürtme yöntemi olduğu belirtilmiştir (İpek vd., 2020). Türkiye’de bu şekilde dürtme konulu deneysel çalışmaların artırılmasına yönelik ihtiyaç mevcuttur.

Karagöl tarafından 2020 yılında, derleme niteliğinde yapılan bir çalışmada ise Covid-19 ile mücadele davranışsal iktisat çerçevesinde ele alınmış, pandemiye ortaya çıkan sorunlar bilişsel yanlışlıklar bağlamında tespit edilmiştir. Çalışma sonunda; Covid-19’a yakalanan hastaların yaşadıklarının paylaşılması, maddi manevi teşvikler, hatırlatıcılar ve taahhüt araçlarının kullanılması gibi dürtme uygulamalarının kullanılmasının salgınla mücadelede fayda sağlayacağı belirtilmiştir (Karagöl, 2020a).

Serim ve Arıkan tarafından (2021) yapılan derleme niteliğindeki bir çalışmada sağlık hizmetlerinde davranışsal iktisada yönelik; sağlıklı yaşam alışkanlıkları geliştirme, sağlık kontrollerinin düzeninin sağlanması ve yapılan tedaviye uyumun sağlanması, özel sağlık sigortalarının yönetimi ve organ bağışının teşviki gibi konu başlıklarına değinilmiştir. Bu konularda problemlere yönelik çözüm önerileri sunulmuş olup, yerli ve yabancı örneklerle yer verilmiştir (Serim ve Arıkan, 2021).

Doğuş (2021) tarafından yapılan derleme çalışmasında sağlık harcamalarının; sağlık bilincinin artması, teknolojik ilerlemeler, toplam ve kişi başı GSYİH’nın, beklenen yaşam süresinin ve 65 yaş üstü birey sayısının artışı gibi nedenlerden dolayı sağlık harcamalarının giderek arttığı belirtilmiştir. Bu doğrultuda çalışmada, sağlık harcamalarındaki artışa önlem olarak davranışsal iktisat müdahalelerine yer verilmiştir. İngiltere’de kullanılan davranışları değiştirmede kullanılan 9 etki yolunu içeren “The MINDSPACE” kavramı ele alınmıştır. Bu etkiler; haberci, teşvikler, kurallar, varsayımlar, dikkat çekici, çalışma, duygulanım, bağlılık ve ego olarak sıralanmıştır (Doğuş, 2021).

Kılıç (2021) tarafından yapılan bir derleme çalışmasında ise Covid-19’a karşı dini çağrılar dürtme konusunda faydalı bir müdahale olarak ele alınmıştır. Bu bağlamda, dini liderlerin maske, mesafe, hijyen kurallarına uyma ve aşı yaptırma konusundaki telkinleri birer dürtme kapsamında ele alınmıştır (Kılıç, 2021).

Afşar ve Toker (2021) tarafından yapılan araştırma çalışmasında, Covid-19 ile mücadelede kapanma uygulamasının birinci en iyi strateji olduğu ancak uygulanamadığı durumlarda izlenecek ek tedbir olarak dürtme uygulamaları ikinci en iyi strateji olarak belirtilmiştir. Bu kapsamda vaka sayıları ve bireylerin yaptığı çeşitli hareketlilikler, Covid-19 ile ilgili yapılan bilgilendirici açıklamalarla ilişkilendirilmiş ve ampirik bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Kısıtlayıcı önlemlere göre vaka sayıları ve bu sayılardaki değişimin, bireylerin evde kalma kararını daha çok etkilediği, yapılan vakaların azaldığı yöndeki açıklamaların hareketliliği artırdığı belirtilmiştir (Afşar ve Toker, 2021).

Yıldız ve Kırımlıoğlu tarafından 2021 yılında yapılan derleme çalışmasında obezite ile mücadelede özerklik kavramı, paternalistik müdahaleler ve dürtme kavramına teorik olarak yer verilmiştir. Çalışmada ayrıca bağımsız olmayan kişilerde paternalistik müdahaleler yerine dürtme müdahalelerinin uygulanmasının daha doğru olacağı ifade edilmiştir (Yıldız ve Kırımlıoğlu , 2021).

Gümüšoğlu tarafından 2021 yılında yapılan bir yüksek lisans tezi çalışmasında, deneysel bir araştırma gerçekleştirilmiş ve obezite vergisinin kabul edilebilirliği ölçülmüştür. Çalışmada obez kişilerin obezite vergisini kabul etme düzeyi obez olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yine çalışmada müdahale araçları arasında eğitim ve bilgilendirme müdahalesi diğer gruplara göre obeziteyi önlemede daha etkili bulunmuştur (Gümüšoğlu, 2021).

Yapılan literatür taramasında sağlık alanında yapılan dürtme kapsamına dahil edilebilecek çalışmaların çok azının deneysel (İpek vd., 2020; Afşar ve Toker, 2021; Gümüšoğlu, 2021) içerikli olduğu görülmüştür. Bu bağlamda deneysel çalışmaların artırılmasının sağlık alanında dürtme uygulamalarının sonuçlarını genelleştirebilmek için gerekli olduğu düşünülmektedir.

IV. SAĞLIK HİZMETLERİNDE DÜRTME KAPSAMINDA ELE ALINABİLECEK UYGULAMALAR

Dürtme kavramı etik açıdan ele alınacak olursa, liberteryan paternalizmin değişik bir versiyonu olarak ele alınabilmektedir. Dürtme aracılığıyla insanlar, özgürlükleri kısıtlanmadan birey ve toplum faydasını maksimize edecek davranışlara yönlendirilebilir. Dürtmeleri maliyeti az ve ortaya çıkabilecek davranışsal sorunların tahmin edilebildiği bir takım çözümler şeklinde ele almak mümkündür. Dürtme uygulamalarının; basit, etkili ve özgürlükçü olması finans, eğitim ve sağlık gibi pek çok sektörde uygulanabilirliğini ve kabul edilebilirliğini artırmaktadır (Shatz, vd., 2021). Nitekim sağlık alanında da bireyin sağlık faydasını maksimize edecek davranışlara yönlendirilmesi, toplumsal faydayı artırmada çok önemli bir katkı sağlayacaktır.

Dürtme teorisini geliştiren yazarlardan biri olan Cass R. Sunstein, 2014 yılında yayınlanan bir makalesinde dürtme çeşitlerini 10 temel başlık altında toplamıştır (Sunstein, 2014). Bu bağlamda çalışmada sağlık hizmetlerinde dürtme uygulamaları bu çerçevede içerisinde ele alınmaktadır. Çalışma kapsamında alanyazın araştırması dikkatli bir şekilde gerçekleştirilmiştir. Ancak dürtme konusunda yapılan çalışmalar dünyada ve Türkiye’de farklı birimler ve bakanlıklar kapsamında gerçekleştirildiği gibi bireysel ve akademik olarak birçok çalışma yapıldığından konuyla ilgili tüm uygulamalara ulaşılmasını muhtemeldir.

1.BES, Organ Bağışı, Hasta Başının 30-45° Yükseltilmesi vb. Uygulamalar: Bu tip uygulamalar “varsayılan kurallar (Default Rules)” tipi dürtme kapsamında ele alınabilmektedir. Varsayılan kurallar, tercihte bulunmadan önce kuralın konulmuş olmasıdır (Özdemir, 2019b). Bireylerin birikimlerini artırmalarının sağlanması için otomatik olarak emeklilik planlarına kaydolması, sağlığını iyileştirmek için sağlık bakım programlarına otomatik kayıt olması (Sunstein, 2014) varsayılan kurallara örnektir. Sağlık özelindeki örneklere geçmeden önce Bireysel Emeklilik Sistemine (BES) otomatik katılımın varsayılan kurallar uygulamasına temel teşkil ettiğini belirtmek mümkündür. Bu sistemde insanlar sistemden çıkma talebinde bulunmadığı takdirde otomatik olarak sisteme dahil edilmişlerdir (Karagöl , 2021; Özdemir, 2019b). Bireylerin tasarruflarını artırma amaçlı önemli bir uygulamadır.

Dünyada sağlık alanında varsayılan kurallar dürtme çeşidine BES’ten hareketle oluşturulduğu düşünülen organ bağışı örnek gösterilmektedir. Örneğin ABD’de araç kullanma ehliyeti alırken yanında organ bağışı yapıp yapmayacağınıza dair bir form doldurulması istenmektedir. Bu “tercihli” bir katılımdır. Ancak bu uygulamanın verileri incelendiğinde ehliyet alanların sadece ¼ ü organ bağışında bulunmayı kabul etmiştir. Ancak Avusturya, İsveç, Fransa gibi varsayılan kural (veya tercihsiz katılım) uygulayan ülkelerde sürücüler ehliyet alırken otomatik organ bağışında bulunmuş varsayılmakta ve organ bağışında bulunmak istemiyorsa bunun için ayrı bir işlem gerçekleştirilmesi

gerekmektedir. Bu tarz bir yöntem izleyen ülkelerde organ bağış oranları %90 civarında olduğu gösterilmektedir (Güngör , 2021; Özdemir, 2019b). DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından yayınlanan raporda dürtme yöntemlerinden varsayılan seçenekler uygulamasının organ bağışını artırdığı belirtilmiştir (Kickbusch ve Behrendt, 2020). Türkiye’de mevcut organ bağış sisteminde varsayılan kurallar uygulanmamaktadır.

Varsayılan kurallar dürtme uygulamasına sağlık hizmetleri alanında verilebilecek bir başka örnek doktorların ilaçları reçete ederken, marka adı ve jenerik formülasyonlar arasında karar vermesi konusunda karşımıza çıkmaktadır. Patel ve diğerleri (2018) tarafından yapılan çalışmada elektronik sağlık kayıt sisteminde (EHR), jenerik ilaçlar varsayılan seçenek olarak ayarlanarak, (markalı bir ilacı devre dışı bırakma ve sipariş etme yeteneği korunarak), jenerik reçeteleme oranlarının %75'ten %98'e yükseldiği gösterilmiştir (Patel vd., 2018). Bu dürtme uygulaması ile fiyatı daha uygun olan jenerik ilaçların reçetelendirilmesi artırılarak sağlıkta tasarruf konusunda önemli bir müdahale sağlanmıştır.

Varsayılan seçenekler uygulamasına belki dürtme amaçlı gerçekleştirilmemişse de yoğun bakımlarda uygulanan mekanik ventilatörde hasta takibinde hasta başının herhangi bir kontraendikasyon yoksa standart olarak 30-45° yükseltilmesinin (KSÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, 2016) çeşitli komplikasyonları önlemek amacıyla (aspirasyon pnömonisi, kafa içi basıncın artması gibi) yapılan bu uygulamanın varsayılan seçenekler dürtme müdahalesine örnek teşkil edilebileceği düşünülmektedir.

2. İtaki Düşme Riski Ölçeği, FAST Algoritması: Bu tür uygulamaların “Basitleştirme” (Simplification) tipi dürtmelere örnek olarak verilebileceği düşünülmektedir. Karar verme aşamasında seçeneklerin çok sayıda ve karmaşık olması karar verme süreçlerimizi olumsuz etkilemektedir (Ticaret Bakanlığı, 2018). Daha iyi kararlar verebilmek için bilişsel yönlü müdahalelerden birisi de prosedürleri basitleştirmektir (Karagöl , 2021). Birçok ülkede, eğitim, sağlık, finans, yoksulluk ve istihdamı içeren önemli programların faydaları, aşırı karmaşıklık nedeniyle büyük ölçüde azalmaktadır (Sunstein, 2014). Bu bağlamda basitleştirme yoluyla yapılacak müdahaleler kolay ama etkili olacağı düşünülmektedir.

Özellikle sağlık konusunda durumun karmaşıklığı, önemi ve çok fazla dikkat edilmesi gereken ayrıntı olması sebebiyle basitleştirmeye daha fazla ihtiyaç bulunmaktadır. Hasta bilgilendirme formları, hastalıklarla ilgili bilgilendirici broşürler (Serim ve Küçükşenel, 2020) vs. açık ve anlaşılır bir şekilde yazılmalıdır. Bu alanda Türkiye’de sağlıkta kalite standartları kapsamında hasta güvenliği adına kullanılan “İtaki Düşme Riski Ölçeği” nin örnek olarak gösterilebileceği düşünülmektedir. İtaki Düşme Riski Ölçeği, anlaşılır, uygulanması kolay ve basit bir formdur. Ünlü Türk bilim adamı Şemseddin-i İtaki adıyla geliştirilen bu ölçek 2015 yılından itibaren kullanıma sunulmuştur (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020). Ölçek günümüzde hastanelerde aktif bir şekilde kullanılmakta, hastaların düşme riskini ölçmede karmaşık süreçleri basitleştirilmiş bir şekilde oluşturulan bu formun kullanımının kolay olması hasta güvenliği konusunda bilişsel yanlılığı azaltarak karar vermeyi kolaylaştırdığı düşünülmektedir.

Dünyadan basitleştirme türü müdahalelere verilebilecek örnek ise inme (stroke) durumlarında vatandaşların basit bir şekilde acil sağlık kurumunu araması konusunda bilgilendirilmesi için kullanılan FAST inme algoritmasıdır. FAST kişinin inme geçirdiği ve acil yardım ekiplerini araması gerektiğini anlatan; Face (yüz), Arm (kol), Speech (konuşma) ve Time (zaman) konusunda yaşadığı belirtileri görselleştiren bir algoritmadır (Kleindorfer vd., 2007; Nudge Network, 2020). Bu uygulama sağlık hizmetlerinde basitleştirme türü dürtme konusunda önemli bir örnek teşkil etmektedir.

3. “Vatanseverlik Senin Kanında Var”: Bu uygulama sağlık alanında “Sosyal Normların Kullanımı” (Uses Of Social Norms) tipi dürtmeye örnek olarak verilebilir. Sosyal normlar, toplumun veya belirli bir grubun üyesi olan bireyin uyması gereken yazılı olmayan kurallar bütünüdür. Bu kurallar davranışlarımızı düzenleyici özelliktedir (Erdoğan, 2021). Sosyal normların kullanımına sağlık alanında Türkiye’de 2017 yılında Sağlık Bakanlığı ve Türk Kızılayı işbirliği ile yapılan kan

bağışı kampanyasında “Vatanseverlik Senin Kanında Var” (Yener, 2017) sloganının kullanılması güzel bir örnek teşkil etmektedir. Bu sloganla bir anlamda kan bağışı, vatanseverlik duygusuyla bağdaştırılmış ve sosyal norm sayesinde kan bağışı davranışının artırılması hedeflenmiştir.

4. Sağlık Hizmetine Ulaşımın Kolaylaştırılması: Gerçekleştirilecek davranışın bizim veya toplum için son derece yararlı olduğunu bilsek dahi, ortaya çıkan en küçük bir engel bizi o davranışı göstermekten alıkoyabilmektedir. Sadece numarasını öğrenmeye üşendiğimiz için dış hekimi randevusunu aylarca alamamız veya kan bağışında bulunmanın önemini bilsek dahi mesafeden dolayı bir türlü bu davranışı göstermememiz bu duruma örnek olarak gösterilebilmektedir (Karagöl, 2021). Amacımız belirli bir davranışı değiştirmek ise “kolaylık ve rahatlıktaki artışlar” tipi dürtme uygulamaları, engellerin azaltılması, o davranışın daha eğlenceli ve ilgi çekici hale getirilmesini ve bu değişikliğin gerçekleştirilmesini kolaylaştıracaktır. Düşük maliyetli seçeneklerin veya daha sağlıklı olan gıdaların görünür şekilde yerleştirilmesi basit ama etkili bir örnektir (Sunstein, 2014). DSÖ Avrupa Bölge Ofisi tarafından yayınlanan raporda kolaylaştırıcı ve düzenleyici uygulamaların sağlıklı beslenme ve fiziksel hareket alışkanlığını olumlu etkilediği belirtilmiştir (Kickbusch ve Behrendt, 2020). Belirtilen bu raporda bu tür müdahalelerin etkinliğini vurgular niteliktedir.

Bu dürtme çeşidine ABD’de grip aşılama oranını artırmaya yönelik uygulama örnek verilebilir. Buna göre, ABD’de yapılan bir çalışmada çalışanlarının grip aşılama oranını artırmak isteyen bir firma, aşı yaptırmak için belirli bir zaman dilimi ayırmıştır. Kontrol grubu sadece ayrılan zamanda giderken deney grubunun bir kısmı aşı yaptırmaya istediği gün sorularak gitmesi sağlanmıştır. Deney grubunun diğer kısmına ise istediği günün yanı sıra istediği saat sorularak gitmesi sağlanmıştır. Araştırma sonucunda aşı yaptırmak istediği saat sorulan grubun aşılama oranları anlamlı bir düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir (Altunöz ve Altunöz, 2019).

5. Sağlık Hizmetlerinde Açıklayıcı Uygulamalar: Açıklama (disclosure) tipi dürtme çeşidinde, tercihte bulunacak kişiye, tercihiyle ilgili detaylı ve aydınlatıcı bilgi verilmesi sağlanmaktadır (Özdemir, 2019b). Özellikle bazı alanlarda açıklama tipi dürtme müdahalesi, özel veya kamusal dikkatsizlik, ihmal, yetersizlik, suistimal ve yolsuzluk üzerinde kontrol edici özellikte bir işlev görebilmektedir (Sunstein, 2014). Sağlıklı besin tercihlerini dürtme uygulamaları ile değiştirilebileceğini araştıran Hollanda’da tren istasyonunda gerçekleştirilen bir çalışmada, klasik olarak uygulanan besinlerin yerini değiştirilmesi müdahalesine ek olarak, bu müdahalenin müşterilere açıklanmasının etkinliğini etkileyip etkilemeyeceği incelenmiştir. Dürtme, bireyleri dikkat çekmeden teşvik edilen davranışa yöneltiyorsa mı etkili olacaktır, yoksa bireyler uygulama amacı konusunda bilgilendirilirse mi işe yararlılığı devam edecektir? Araştırma bulgularına göre, 'sağlıklı bir seçim yapmanıza yardımcı oluyoruz' yazan bir işaretin eklenmesinin sağlıklı gıda ürünlerinin satışında artışa neden olmasa da, dürtmenin etkinliğini de azaltmamıştır. Bu durumda böyle bir işaretin gereksiz olduğu tartışılabilir de, tüketicileri sağlıklı gıda ürünleri satın almaya teşvik etme konusunda şeffaf olmak, müdahale uygulaması ile ilgili etik veya ahlaki kaygıların çoğunu ortadan kaldırmıştır. (Kroese vd., 2016). Çalışmadan da anlaşılacağı üzere açıklama tipi dürtme uygulaması sadece davranış değişikliği yaratmaktan ziyade etik kaygıları da azaltmayı amaçlamaktadır.

Türkiye’de sağlık alanında uygulanan cerrahi işlemlerden önce hastalardan alınan rıza belgesinin açıklama tipi dürtmeye örnek gösterilebileceği düşünülmektedir. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) kapsamında hastanın işleme özel olarak bilgilendirilmesine yönelik oluşturulan rıza belgesinde; işlemten beklenen faydalar, işlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar, varsa işlemin alternatifleri, işlemin riskleri-komplikasyonları ve işlemin tahmini süresi bilgilerine açıkça yer verilmesi gerektiği belirtilmiştir (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020). Bu kapsamda bu müdahalenin özel veya kamusal dikkatsizlik, ihmal, yetersizlik gibi olumsuz durumlar üzerinde davranış değişikliği sağladığı düşünülmektedir.

Türkiye’de sağlık alanında bir başka örnek Covid-19 pandemisi boyunca Sağlık Bakanlığı tarafından açık ve şeffaf sağlık bilgisi verme adına yayınlanan günlük koronavirüs tablosunun (Sağlık

Bakanlığı, 2022; Aldemir ve Kaya, 2020) açıklama tipi dürtmeye örnek gösterilebileceği düşünülmektedir.

6. Sağlıkta Dikkat Çekici Görsellerin Kullanılması: Sustain'in (2014), "Uyarılar, Grafikler ve Diğerleri" (Warnings, Graphic Or Otherwise) şeklinde belirttiği bu müdahale türü, yapılacak bir davranış ile ilgili ciddi riskler mevcutsa, özel veya genel bir uyarı bir dürtme seçeneği olarak karşımıza çıkmaktadır. Yazıların büyük, parlak renkli ve kalın puntolarla yazılması, insanların dikkatini çekmede etkili olabilecek müdahale yollarıdır (Sunstein, 2014). Örneğin yangın alarmı küçücük bir duman oluşması durumunda uyarı verip oluşabilecek riskleri en aza indirerek basit ama hayat kurtarıcı bir müdahale oluşturmaktadır (Ticaret Bakanlığı, 2018). Türkiye'de sağlık hizmetleri alanında bu tür bir uygulamaya sağlıkta kalite kapsamında uygulanan "Tanımlayıcı Figür" ler (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020, s. 474) güzel bir uyarıcı türde dürtme örneği teşkil etmektedir. Düşme riski yüksek hasta, sarı yaprak (solunum izolasyonu), mavi çiçek (damlacık izolasyonu) ve kırmızı yıldız (temas izolasyonu) (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020) görselleri sağlık çalışanlarının dikkatini çekerek onları çeşitli risklerden korumayı amaçlamaktadır. Yine Türkiye sağlık hizmetleri alanında bu tür bir uygulamaya radyoloji ünitelerindeki ve tıbbi atık kutuları üzerindeki uyarıcı görseller örnek olarak gösterilebileceği düşünülmektedir.

7. Ön Taahhütlerin Kullanıldığı Örnekler: Bireyler belirli bir davranışı gösterme konusunda önceden karar verirse (ön taahhüt) o davranışı gerçekleştirmesi daha kolaylaşmaktadır (Sunstein, 2014). Ön taahhüt stratejileri insanların cezbedici bulacaklarını bildikleri ancak daha sonra yenildikleri için pişmanlık duyacakları gelecekteki alternatifleri ortadan kaldırmaya veya en azından çok daha az çekici hale getirmeye çalışır. Ertesi sabah yataktan kalkmadan "erteleme" düğmesine basmalarını imkansız kılmak için çalar saati odanın karşı tarafına koymak basit ama etkili bir ön-taahhüt stratejisi örneğidir (Nease vd., 2013). Örneğin yapılan bir çalışmada; dürtme müdahalelerinin insanların bireysel tasarruflarını artırdığı gösterilmiştir. Çalışmada, oluşturulan tasarruf hesabında bilişsel yanlılık sonucu oluşan irade eksikliği giderilmesi amaçlanarak, insanların bu hesabı açması durumunda belirli bir limite ulaşıncaya hesabın kilitleneceği bildirilmiştir. Bu sayede ön-taahhüt dürtmesiyle bu hesabı açan bireyler sene sonunda tasarrufların %337 artırdığı bildirilmiştir (Karagöl, 2021).

2013'te ABD'de yapılan bir çalışmada hastaların eczaneye ilgili davranışlarında ön taahhüdün kullanımı araştırılmıştır. Çalışmada doktorların değişikliği onaylaması halinde daha düşük maliyetli alternatif bir ilaca geçmek için önceden rıza göstermeleri sağlanmıştır. Tedavi planını açıklayan, potansiyel tasarrufları özetleyen ve nasıl devre dışı bırakılacağı konusunda net talimatlar veren materyaller pilot çalışmanın başında ve otuz gün sonra tekrar gönderilmiştir. Ayrıca hastalara ücretsiz bir numarayı arayarak programdan çıkmaları için altmış gün süre verilmiş ve vazgeçme oranı % 1,5 olarak tespit edilmiştir (Nease vd., 2013). Yapılan bu araştırma çalışması ön-taahhüt müdahalesine sağlık hizmetlerinde örnek olarak verilebilmektedir.

8. Hasta Randevu Hatırlatıcıları: Arley'e göre karmaşa durumları bireylerin gerçekleştirmesi gereken eylemlerde ertelemeye neden olmaktadır (Altunöz ve Altunöz, 2019). Bireylerin, fatura ödeme, ilaç alma veya hastane randevusu alma gibi basit bir davranışı göstermemelerinin nedeni, zihinlerinin günlük meşgalelerle dolu olması, atalet, unutkanlık veya tüm bunların birleşimi ertelemenin nedeni olabilmektedir (Sunstein, 2014). Bu noktada "hatırlatıcı" nitelikte bir takım müdahalelerde bulunmak faydalı olacaktır.

ABD'de gerçekleştirilen bir çalışmada, burslarını zamanında geri ödemeyen üniversite öğrencilerine hatırlatma amaçlı e-posta gönderilmiştir. Atılan e-postanın etkinliğini artırmak amaçlı kişisel ifadeler eklenmesi (ego), ilk taksitin verilmediğinin altının çizilmesi (salience) ve taksiti yatırılabilecekleri güncellenmiş bir linkin e-postaya eklenmesi (easy) gibi ekstra müdahaleler sayesinde ilk hafta geri ödeme oranının %29,6 arttığı gösterilmiştir (Ticaret Bakanlığı, 2018).

Bu konuya Türkiye ve dünyada verilecek sağlık hizmetleri uygulaması hastane randevuları konusunda verilebilmektedir. Türkiye’de 2010 yılında uygulanmaya başlayan Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) 2015 yılından itibaren SMS, e-Posta ve IVR(Sesli Yanıt Sistemi) ile randevu hatırlatma uygulaması gerçekleştirmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021; Özdemir, 2019b). Bucak vd. (2019) tarafından yapılan bir çalışmada kısa mesaj ile bilgilendirilen hastaların randevu alan hastalara oranla, katılımı yaklaşık %10 oranında artırdığı tespit edilmiştir. Türkiye’deki MHRS’ye benzer bir uygulama İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri Randevu sisteminde (Özdemir, 2019b) de mevcuttur.

9. Aşılama Uygulama Niyetini Kullanmak: Bireyler çoğunlukla düzenli spor yapmak, sağlıklı beslenmek gibi iyi amaçlara sahiptir. Ancak bu tür amaçlar çoğunlukla tamamına erdirilemez. Uygulama niyetleri bu tür hedeflere ulaşılmasına yardımcı olmak için kullanılabilir bir öz-düzenleme stratejisidir (Gollwitzer vd., 2017). Bir niyetin ne zaman, nerede ve nasıl gerçekleştirileceğini belirtmek, beklenen gelecekteki durum ile amaçlanan davranış arasında bilişsel bağlantılar yaratır (Nickerson ve Rogers, 2010). “Uygulama niyetini aydınlatmak” şeklinde ifade edilen uygulamaya yönelik zihinde tasarlanan şeyin somuta dükülmesi, insanların faaliyete katılma olasılığı daha artırmaktadır. Örneğin, sağlıkla ilgili konularda, “çocuğunuzu aşılama planlıyor musunuz?” gibi gelecekteki davranışlarla ilgili basit bir soru önemli davranış değişiklikleri sağlamada yardımcı olabilmektedir (Sunstein, 2014). Örneğin Milkman ve diğerleri (2011) tarafından yapılan çalışmada bir gruba aşı hatırlatma postası gönderilmiş, diğer gruba ise hatırlatmaya ek olarak uygulama niyetlerini belirtmeleri bağlamında alıcıların grip aşısı olmayı planladıkları tarih ve saati yazmaları istenmiştir. Kontrol grubundaki %33'lük temel aşılama oranına göre deney grubunda uygulama niyetinin belirleyenlerin aşı oranlarını %4 artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu şekilde uygulama niyetleri, bireylerin niyetlendiği ancak uygulamaya koyamadıkları olumlu eylemleri artırmanın etkili ve düşük maliyetli bir yolu olabilir. Sağlık hizmetleri bağlamında bu tür dürtme yöntemi bir sağlık değerlendirmesinin tamamlanması veya bir cerrahi işlemin planlanması (Milkman vd., 2011) gibi konularda hastaların katılımını artırmada kullanılabilir bir yöntemdir.

10. Midata, Mavi Buton ve E-Nabız Türü Uygulamalar: Özel ve kamu kurumları, sağlık harcamaları veya elektrik faturaları gibi pek çok veriye sahiptir (Sunstein, 2014). Toplum bu tip konular hakkında bilgilendirilirse davranış değişikliği yoluyla iyileştirmeler elde edilebilecektir. Bu dürtme çeşidine ABD’de uygulanan “akıllı açıklama” (smart disclosure) kapsamında hayata geçirilen “mavi buton” (blue button) ve İngiltere’de uygulanan “Midata” projeleri örnek verilebilmektedir. (Sunstein, 2014).

Dürtme müdahalelerinin doğuşunda yer alan bilim adamlarından biri olan Cass Sunstein aynı zamanda ABD Beyaz Saray Bilgi ve Düzenleme İşleri Ofisi’nin (OIRA) yöneticisidir. Sunstein’in önderliğinde dürtme müdahaleleri hükümet nezdinde de itibar görmüş smart button uygulaması gündeme alınmıştır. Dönemin Başkanı Obama, akıllı açıklamalar uygulaması kapsamında kamuya açıklanan verilerin insanların sağlık hizmeti seçimleri yapmasına, küçük işletmelerin yenilik yapmasına ve bilim adamlarının yeni atılımlar yapmasına yardımcı olabileceğini belirtmiştir (Howard, 2012). Bu kapsamda 2010 yılında ortaya çıkan mavi düğme (blue button) uygulaması hasta portal sistemlerine bir 'Verilerimi İndir' butonu eklenerek gazilerin (veterans) kişisel sağlık bilgilerine doğrudan tüketici erişimi sağlamayı amaçlayan bir uygulamadır (U.S. Department of Veterans Affairs, 2021).

İngiltere’de uygulanan Midata projesi ise tüketicilerin taşınabilir ve elektronik formatta kişisel verilerine erişim sağlanması için hükümetin önde gelen işletmeler ve tüketici grupları ile üstlendiği bir çalışma programıdır. Tüketiciler aldıkları bu verileri kendi tüketim davranışlarını daha iyi anlamada, daha bilinçli ve uygun satın alma veya tüketim kararları vermelerine yardımcı olmak için kullanabilmektedirler (Department for Business Innovation & Skills, 2012). Gelecekte 'midata' verileri ile giderek daha karmaşık hale gelen kişisel bilgi yönetimi hizmetlerine entegre edilerek, bireylerin “kendi sağlığını yönetmesi” gibi sağlık uygulamalarının hayata geçirilmesi planlanmaktadır (Department for Business Innovation & Skills, 2012). Bu sebeple, sağlık hizmetlerinde bilgilendirici

dürtme uygulamaları kapsamında bu projede önemli bir müdahale yöntemidir. Bu çalışmalara benzer olarak Türkiye’de uygulanan e-Nabız sisteminin örnek verilebileceği düşünülmektedir. e-Nabız sağlık kuruluşlarından toplanan sağlık verilerine bireylerin internet ve mobil cihazlar üzerinden erişebilecekleri bir kişisel sağlık kaydı sistemidir. Sistemde kişinin; sağlık geçmişi, sağlık profili, sağlık tesisi ziyaretleri, reçeteleri, raporları, hastalıkları, tahlilleri, radyolojik görüntüleri, kemik iliği ve kan bağıışı durumu, alerjileri gibi pek çok bilgiye erişimi sağlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, t.y.). Sistemin kişileri kendi geçmiş sağlık verileri hakkında bilgilendirmesi sayesinde davranışları iyileştirmede faydalı olabileceği düşünülmektedir. Sisteme kişinin sağlık harcamaları bilgilerinin de eklenmesinin sağlık harcamalarını azaltmada etkili olabileceği tarafımızdan önerilmektedir. Yukarıda sağlık hizmeti kapsamında ele alınabilecek Sustain’in 10 temel dürtme çeşidine Türkiye ve dünyadan verilen örnekler Tablo 1’de özet olarak sunulmaktadır

Tablo 1: Sağlık Hizmeti Alanında Türkiye ve Dünyadan 10 Temel Dürtme Çeşidine Verilen Örneklerin Özeti

Dürtme Çeşidi	Türkiye’de Sağlık Alanındaki Örneği	Dünyada Sağlık Alanındaki Örneği
1. Varsayılan Kurallar (Default Rules)	*Hasta başının 30-45° yükseltilmesi	*Organ Bağıışı *Jenerik ilaçların varsayılan olarak ayarlanması
2. Basitleştirme (Simplification)	* İtaki Düşme Riski Ölçeği	FAST Algoritması
3. Sosyal Normların Kullanımı (Uses Of Social Norms)	*“Vatanseverlik Senin Kanında Var” Kan bağıışı kampanyası	-
4. Kolaylık ve Rahatlıktaki Artışlar (Increases in Ease And Convenience)	-	*ABD’ de grip aşısı uygulaması
5. Açıklama (Disclosure)	*Hasta Rıza Belgesi *Günlük Koronavirüs Tablosu	-
6. Uyarılar, Grafikler ve Diğerleri (Warnings, Graphic, Or Otherwise)	*Radyoloji ünitelerindeki görseller, tıbbi atık işareti *Tanımlayıcı figürler	*Radyoloji ünitelerindeki görseller, tıbbi atık işareti
7. Ön Taahhüt Stratejileri (Precommitment Strategies)	-	*ABD’de eczane konusunda yapılan çalışma
8. Hatırlatıcılar (Reminders)	*MHRS hatırlatıcı mesajlar *Kan bağıışı afişleri	*İngiltere örneği
9. Uygulama Niyetini Aydınlatmak (Eliciting Implementation Intentions)	-	- Aşı uygulamaları
10. İnsanları Kendi Geçmiş Seçimleri ve Sonuçları Hakkında Bilgilendirmek (Informing People Of The Nature And Consequences Of Their Own Past Choices)	*E-Nabız Uygulaması	*ABD mavi buton uygulaması *İngiltere Midata projesi

V. TARTIŞMA

Dünyada artan teknoloji ile birlikte tüm sektörlerde yaşanan ilerlemelerden sağlık alanı da nasibini almıştır. Sağlık alanında özellikle 1950’li yıllardan itibaren yaşanan olumlu gelişmeler sayesinde özellikle bulaşıcı hastalıklar, anne ve bebek ölümleri gerileme halindedir. Ancak kronik rahatsızlıkların artışı, insanların sağlık hizmetine artan talebi, sistemde aşırı yük ve artan maliyetle birlikte olumsuz sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Bu noktada sağlık hizmetini ve sunumunu iyileştirmede alternatif veya yardımcı uygulamaların kullanılması bireylerin sağlık faydalarının artırılmasında oldukça faydalı olacaktır. Davranışsal iktisadın ve bu kapsamda ortaya çıkan dürtmenin sağlık hizmetleri bağlamında ele alınması, güncel ve önemli bir konudur. Bu bağlamda çalışmanın konuya kavramsal açıdan ve uygulamalı örneklerle vurgu yapmasının önem arz ettiği düşünülmektedir.

Günümüz sağlık sistemi içerisinde karşılaşılan en büyük sorunlardan birisi organ bağısındaki yetersizliktir. Organ bağısındaki yetersizlikler organ yetmezliğinden muzdarip yüzlerce, binlerce insanın kurtulma şansını yitirmesine sebep olmaktadır. Bu noktada organ bağısının artırılması için çeşitli ülkelerde (Avusturya, İsveç, Fransa gibi) uygulanan organ bağısını varsayılan seçenekler müdahalesi ile (bağısta bulunmak istemeyenlerin çıkma özgürlüğünü kısıtlamadan) otomatikleştirmek (Güngör , 2021; Özdemir, 2019b) sağlık hizmetlerini iyileştirmede önemli bir adım olacaktır. Nitekim organ bağısında varsayılan seçenek türünü benimseyen ülkelerde organ bağısı oranlarının %90 seviyelerinde olduğu bildirilmiştir (Güngör , 2021; Özdemir, 2019b).

Sağlık hizmetlerinde artan maliyetler sağlık hizmetinin sürdürülebilirliğini zorlaştırmaktadır. Maliyetlerin azaltılmasında alınabilecek önlemlerden birisi de hekimlerin ilaçları reçete ederken daha uygun fiyatlı muadilini tercih etmesini sağlamaktır. Örneğin Patel ve diğerleri (2018) tarafından yayınlanan bir çalışmada jenerik ilaçları varsayılan seçenek olarak ayarlandığında (diğer ilaçların seçimini kısıtlamadan) jenerik ilaç reçeteleme oranının %75'ten %98'e yükseldiği belirtilmiştir.

Sağlık hizmetleri sunumunda yaşanan bir diğer zorluk bilgilendirme ve rıza belgelerinin uzun ve karmaşıklığı ile özellikle akut durumlarda hasta ve yakınlarının basit, açık ve anlaşılır bilgiye ulaşamamasıdır. Özellikle FAST inme algoritması (Kleindorfer vd., 2007; Nudge Network, 2020), İtali Düşme Ölçeği (SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, 2020) gibi açık anlaşılır ve görselliği yüksek bilgilendirici uygulamaların artırılması, bilgilendirme ve rıza belgelerinin daha sade ve kısa tutulması bilişsel yanlılıkları azaltarak sağlık hizmeti sunumuna olumlu katkılar sağlayacaktır.

Kişileri kendi sağlık sonuçları ile ilgili bilgilendirmek onları sağlık koşullarını iyileştirmede daha proaktif olmaya doğru dürtebilir. Nitekim ABD' de Mavi Buton, İngiltere'de MİDATA ve Türkiye'de E-Nabız uygulamaları bilişim destekli önemli bilgilendirici uygulamalardır. Örneğin diyabet gibi sağlık maliyetleri oldukça yüksek olduğu kronik hastalıkların Midata uygulamasıyla kişiyi sağlığı ile ilgili proaktif davranmaya yönelttiği ve bu sayede komplikasyonlar ve acil durumları azalmasına paralel olarak maliyetlerinde azaldığı bildirilmiştir (Department for Business Innovation & Skills, 2012). Sağlık hizmetleri sunumunda karşılaşılan zorluklar bu sayılan örneklerle elbette sınırlı değildir. Ancak bu çalışma ile sağlık hizmetlerinde yaşanan zorluklara karşı küçük davranışsal müdahalelerle fark yaratacak olumlu sonuçlar alınabileceği vurgulanmak istenmektedir.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık alanındaki neredeyse her işlemin uygulanması için yol insan davranışına çıkmaktadır. Bir ilaç ne kadar etkili, bir aşı ne kadar koruyucu veya bir tedavi ne kadar hedefe yönelik olursa olsun (Patel, vd., 2018) hasta, sağlığı iyileştirmek için belirtildiği şekilde kullanmaz ve davranış geliştirmese tedavinin beklenen hedefine ulaşılması mümkün değildir. Sağlık alanında Türkiye'de birçok önemli gelişme yaşanmasına karşın sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınlarının davranışlarını değiştirmede bilinçli ve planlı bir dürtme politikasının eksikliği görülmektedir. Eğitim, enerji, ekonomi, çevre ve sanayi gibi pek çok alanda dürtme uygulamaları ile ilgili olumlu uygulamaların mevcudiyeti, sağlık hizmetleri alanında da bu tür uygulamaların planlı ve ciddi bir şekilde teşvik edilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Sağlık ve sağlık hizmetleri konusunda yapılacak dürtmelerin başarılı olabilmesi için öncelikle mevcut durumun iyi saptanması ve uygulanabilirliği mümkün gerçekçi müdahaleler tasarlanması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde dürtme konusunda çeşitli ülkeler tarafından hâlihazırda gerçekleştirilmiş birçok faydalı uygulama örneği mevcuttur. Farklı alanlarda uygulanan müdahaleler gibi sağlık alanında da uygulanacak müdahalelerin sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınlarının davranışlarını iyileştirmede kullanılabileceği düşünülmektedir. Ancak yapılan literatür incelemesinde, Türkiye'de bu konunun önemine akademik yazında ve uygulamada yeteri kadar vurgu yapılmadığı görülmektedir. Bu durum çalışmanın çıkış noktasını oluşturmaktadır. Bu bağlamda çalışmada öncelikle davranışsal iktisat ve dürtme konusunda kavramsal bir çerçeve çizilerek Türkiye'de dürtme

ve sağlık alanında yapılan çalışmalara literatür özetinde yer verilmiştir. Daha sonra sağlık hizmetleri alanında dürtme bağlamında ele alınabilecek uygulamalara vurgu yapılmıştır.

Gelecekte, ekonomi ve ticaret alanında bulunan “Davranışsal Kamu Politikaları Birimi” gibi Sağlık Bakanlığı bünyesinde de bir davranışsal müdahale biriminin kurulmasının sağlık alanında önemli iyileştirmeler sağlayacağı tarafımızdan değerlendirilmektedir. Ayrıca yapılan literatür araştırmasında sağlık hizmetleri alanında dürtme uygulamalarına yönelik deneysel çalışmaların yok denecek kadar az olduğu görülmüş olup, bu bağlamda gelecek araştırmacılara bu alandaki deneysel çalışmaların artırılması önerilmektedir.

Etik Kurul İzni: Derleme niteliğinde bir makale olması nedeniyle etik kurul izni gerekmemektedir.

KAYNAKÇA

Afşar, K., & Toker, E. (2021). Türkiye’de ikinci en iyi teorisi bağlamında Covid-19 pandemisinde uygulanan kısıtlayıcı önlemlerin etkinliği. *Bilgi Sosyal Bilimler Dergisi*, 23(1), 1-29.

Aktan, C., & Yavuzaslan, K. (2020). Davranışsal iktisat: bireylerin iktisadi karar ve tercihlerinde zihinsel, duygusal ve psikolojik faktörlerin analizi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 12(2), 100-120.

Aldemir, C., & Kaya, M. (2020). “Dürtme” fikrinin bir kamu politikası aracı olarak Covid-19 döneminde hükümetler tarafından uygulanması. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 19(COVID-19 Special Issue), 122-142.

Altıntaş, K., & Mercan, B. (2019). Kamunun dürtme (nudge) politikaları: liberteryen paternalizm yaklaşımı. *İktisat ve Toplum*, 107, 13-19.

Altunöz, U. (2021). Dürtme (nudge) ve ödeme yaparken duyulan sancı. A. Gündoğdu (Ed.), *Duygusal ekonomi içinde* (9. bölüm). Gazi Kitabevi.

Altunöz, U., & Altunöz, H. (2019). *Davranışsal ekonomi (nörofinans) kavram-teori-uygulama* (4. bs.). Seçkin Yayıncılık.

Aycan, Z. (2006). Paternalism towards conceptual refinement and operationalization. In U. Kim, K. S. Yang, & K. K. Hwang (Eds.), *Indigenous and Cultural Psychology Understanding People in Context* (pp. 445-466). Springer.

Ayyıldız Ünnü, N. A. (2014). Rasyonel perspektif ışığında karar verme eylemi: nitel bir analiz. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 24, 91-116.

Bakırcı, F., Sarıkaya, M., & Bayraktar, A. (2021). Bireysel kararların davranışsal iktisat açısından değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 35(4), 1223-1244.

Bilgi Economics Lab Of İstanbul (t.y.). *Who are we?*. <https://belis.bilgi.edu.tr/en/page/belis/adresinden> 22. 06. 2022 tarihinde alınmıştır.

Brzezicka, J., & Wiśniewski, R. (2014). Homo economicus and behavioral economics. *Contemporary Economics*, 8(4), 353-364.

Bucak, İ., Doğan, F., Almis, H., Songur, L., & Turgut, M. (2019). Kısa mesaj ile poliklinik randevu hatırlatıcı bilgi gönderilmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(3), 218-221.

Camerer, C. (2006). Behavioral economics. *World Congress of the Econometric Society*. London.

- Camerer, C. F., & Loewenstein, G. (2004). Behavioral economics: past, present, future. In *Advances in Behavioral Economics* (pp. 3-51). Princeton University Press.
- Can Kamber, S. (2018). Davranışsal iktisat ve rasyonellik varsayımı: literatür incelemesi. *Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 7(1), 168-199.
- Department for Business Innovation & Skills. (2012). *Midata Company Briefing Pack*. London.
- Doğuş, E. (2021). Türkiye'de sağlık harcamaları ve çözüm önerisi olarak davranışsal iktisat. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(3), 647-664.
- Eğri, T. (2021). Dürtme (Richard H. Thaler ve Cass Robert Sustein'in Dürtme kitabının değerlendirme yazısı). *İş Ahlakı Dergisi*, 14(1), 191-195.
- Erdoğan, M. (2021). Sosyal normlar ve piyasa normları birbirine girerse bir daha ayrılır mı? İçinde A. Gündoğdu (Ed.), *Duyusal Ekonomi* (s. 77-107). Gazi Kitabevi.
- Eroğlu, O., & Koyuncu, C. (2018). Obezite vergisi ve Türk vergi sisteminde obeziteye yönelik uygulamalar. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(2), 178-194.
- Eryaşar, M., & Gönüllüoğlu, S. (2021). Pazarlama alanında yapılan dürtme konulu çalışmaların bibliyometrik analizi. *Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(1), 164-168.
- Fotion, N. (1979). Paternalism. *Ethics*, 89(2), 191-198.
- Gollwitzer, A., Schwörer, B., Stern, C., Gollwitzer, P. M., & Bargh, J. A. (2017). Up and down regulation of a highly automatic process: Implementation intentions can both increase and decrease social projection. *Journal of Experimental Social Psychology*, 70, 19-26.
- Gümüšoğlu, P. (2021). *Bir dürtme aracı olarak obezite vergisinin topluma yönelik kabul edilebilirliği*. [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak.
- Güngör, S. (2021). Davranışsal iktisatta bağışçılık ve saptanabilir kurban etkisi. İçinde A. Gündoğdu (Ed.), *Duyusal Ekonomi* (s. 39-77). Gazi Kitabevi.
- Harrison, J., & Patel, M. (2020). Designing nudges for success in health care. *AMA Journal of Ethics*, 22(9), 796-801.
- Hausman, D., & Welch, B. (2010). Debate: To nudge or not to nudge. *The Journal of Political Philosophy*, 18(1), 123-136.
- Howard, A. (2012, April 1). *What is smart disclosure?*. O'reilly Radar. <http://radar.oreilly.com/2012/04/what-is-smart-disclosure.html#:~:text=Smart%20disclosure%20is%20%E2%80%9Ca%20new,on%20the%20White%20House%20blog> adresinden 05.05.2022 tarihinde alınmıştır.
- İpek, İ., Duman, S., Akdeniz, G., & Göklen, M., (2020). Bilişsel yönlü dürtme ile üniversite öğrencilerini sağlıklı içecek tercih etmeye yöneltme. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 13(2), 359-378.
- Kahneman, D. (2015). *Hızlı ve yavaş düşünme* (2. bs.). (Deniztekin, O.Ç.& Deniztekin, F.N. Çev.) Varlık Yayınları.

- Karagöl , V. (2021). Yoksulluğun psikolojisi. İçinde A. Gündoğdu (Ed.). *Duygusal Ekonomi* (s. 129-163). Gazi Kitabevi.
- Karagöl, V. (2020a). COVID-19 salgını ile mücadelede davranışsal iktisadın rolü. *Düzce İktisat Dergisi*, 1(1), 1-10.
- Karagöl, V. (2020b). Kalkınma iktisadına farklı bir bakış açısı: davranışsal kalkınma iktisadı. *Ekonomi Maliye İşletme Dergisi*, 3(1), 46-54.
- Katona, G. (1951). *Psychological analysis of economic behavior*. McGraw-Hill
- Kickbusch, I., & Behrendt, T. (2020). *Sağlık 2020 vizyonunu uygulamak 21. yüzyılda sağlık yönetişimi sonuca ulaşmak*. WHO Regional Office for Europe, Cenevre.
- Kılıç, E. (2020). Kamu politikalarında davranışsal iktisadın önemi: Dünya ve Türkiye'den uygulama örnekleri. *Uluslararası Ekonomi, İşletme ve Politika Dergisi*, 4(1), 237-262.
- Kılıç, E. (2021). Covid-19 ile mücadelede davranışsal kamu politikası aracı olarak dinin yeri. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 39(Covid 19 Özel Sayısı), 123-134.
- Kleindorfer, D. O., Miller, R., Moomaw, C. J., Alwell, K., Broderick, J. P., Khoury, J., Woo, D., Flaherty, M. L., Zakaria, T., & Kissela B.M. (2007). Designing a message for public education regarding stroke: Does FAST capture enough stroke? *Stroke*, 38(10), 2864-2868.
- Korkmaz, A. N. (2022). Kitap incelemesi: davranışsal iktisat kısa bir giriş: kurucu düşünürler (Eren Kırmızıaltın). *BİLTÜRK The Journal of Economics and Related Studies*, 4(2), 126-130.
- Kroese, F., Marchiori, D., & Ridder, D. (2016). Nudging healthy food choices: a field experiment at the train station. *Journal of Public Health*, 38(2), 133–137.
- KSÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi (2016). *Mekanik ventilatördeki hasta bakım talimatı*, Karaman.
- Lena, N. (2021). Adam Smith's homo oeconomicus. *Manuscripto*, 44(3), 109-142.
- Milkman, K. L., Beshears, J., Choi, J. J., Laibson, D., & Madrian, B. C. (2011). Using implementation intentions prompts to enhance influenza vaccination rates. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(26), 10415–10420.
- Nease R. F., Frazee, S. G., Zarin, L., & Miller, S. B. (2013). Choice architecture is a better strategy than engaging patients to spur behavior change. *Health Affairs*, 32(2), 242-249.
- Ng., I., & Tseng, L. M. (2008). Learning to be sociable: the evolution of homo economicus. *The American Journal of Economics and Sociology*, 67(2), 265-286.
- Nickerson, D., & Rogers, T. (2010). Do you have a voting plan?: Implementation intentions, voter turnout, and organic plan making. *Psychological Science*, 21(2), 194-199.
- Nudge Network (2018). *Nudge network amacımız*. <https://www.nudgenetwork.net/amacimiz/> adresinden 16.06.2022 tarihinde alınmıştır.
- Nudge Network (2020, Eylül 10). *Nudge tasarımı yapmak mı?* <https://www.nudgenetwork.net/nudge-tasarimi-yapmak-mi/> adresinden 16.06.2022 tarihinde alınmıştır.

- ODTÜ (2015). *Davranışsal ve deneysel lab.* <http://bel.feas.metu.edu.tr> adresinden 10.06.2022 tarihinde alınmıştır.
- OECD (2019). *Behavioural insights.* <https://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/behavioural-insights.htm> adresinden 22.06.2022 tarihinde alınmıştır.
- OECD (2020). *Behavioural insights and organisations-fostering safety culture.* <https://doi.org/10.1787/e6ef217d-en> adresinden 22.06.2022 tarihinde alınmıştır.
- Oliver, A. (2013). From nudging to budging: using behavioural economics to inform public sector policy. *Journal of Social Policy*, 42(4), 685-700.
- Oliver, A. (2017). Nudges, shoves and budges: Behavioural economic policy frameworks. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(1), 272-275.
- Oppenheimer, J. (2008). *Rational choice theory.* Sage Publications.
- Özdemir, Ş. (2019a). Bir kamu politikası aracı olarak davranışsal içgörü. *Türkiye İletişim Araştırmaları Dergisi*, 34, 247-274.
- Özdemir, Ş. (2019b). Sağlık iletişimde davranışsal müdahale tasarımı: İngiltere online hastane sistemi örneği. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 20(1), 348-365.
- Patel, M., Volpp, K., & Asch, D. (2018). Nudge units to improve the delivery of health care. *N Engl J Med*, 378(3), 214-216.
- Persky, J. (1995). Retrospectives the ethology of homo economicus. *Journal of Economic Perspectives*, 9(2), 221-231.
- Rabin, M. (1998). Psychology and economics. *Journal of Economic Literature*, 36(1), 11-46.
- Sağlık Bakanlığı (2021). *Merkezi hekim randevu sistemi.* <https://www.mhrs.gov.tr/hakimizda.html> adresinden 18.05.2022 tarihinde alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı (2022). *T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 bilgilendirme platformu.* <https://covid19.saglik.gov.tr/> adresinden 18.05.2022 tarihinde alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı (t.y.). *E-nabız kişisel sağlık sistemi.* <https://enabiz.gov.tr/Yardim/Index?page=a1&detail=b1> adresinden 18.05.2022 tarihinde alınmıştır.
- SB. Strateji Geliştirme Başkanlığı (2020, Ocak 29). *Davranışsal kamu politikaları tanıtım toplantısı.* <https://sgb.saglik.gov.tr/TR,63576/davranissal-kamu-politikalari-tanitim-toplantisi-28012020.html> adresinden 20.05.2022 tarihinde alınmıştır.
- Schnellenbach, J. (2012). Nudges and norms: On the political economy of soft paternalism. *European Journal of Political Economy*, 28(2), 266-277.
- Serim, H., & Arıkan, G. (2021). Sağlık hizmetlerinde davranışsal iktisat yaklaşımı: Türkiye'deki sağlık sistemi için öneriler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 12(32), 1352-1375.
- Serim, H., & Küçükşenel, S. (2020). Davranışsal iktisat ve dürtme: Sağlık politikaları özelinde bir inceleme. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 38(3), 531-559.

Shatz, I., Bakırcı, Ç. M., & Tavas, D. (2021, Eylül 21). *Dürtme Teorisi: küçük dürtmeler, insanların seçimlerini önemli derecede nasıl etkileyebiliyor?*. Evrim ağacı. <https://evrimagaci.org/durtme-teorisi-kucuk-durtmeler-insanlarin-secimlerini-onemli-derecede-nasil-etkileyebiliyor-10913> adresinden 05. 06. 2022 tarihinde alınmıştır.

SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı (2020). *Sağlıkta kalite standartları- hastane (Sürüm 6.1)*. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Simon, H. (1955). A behavioral model of rational choice. *The Quarterly Journal of Economics*, 69(1), 99-118.

Simon, H. (1987). Behavioural economics. *The New Palgrave: A Dictionary of Economics*, 1-9.

Smith, A. (1822). *The whole works of Adam Smith*. A new edition., London: J. Richardson. <https://play.google.com/books/reader?id=cuA3AQAAMAAJ&pg=GBS.PP6&hl=tr> adresinden 05.06.2022 tarihinde alınmıştır.

Solmaz, P., & Hatice, B. (2022). Çocuklarda meyve ve sebze tüketimini artırmaya yönelik kanıt temelli çalışmalar. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 145-150.

Stanovich, K., & West, R. (2000). Individual differences in reasoning: Implications for the rationality debate? *Behavioral and Brain Sciences*, 23(5), 645-665.

Sunstein, C. (2014). Nudging: a very short guide. *J Consum Policy*, 37, 583–588.

Şener, U. (2015). Beklenen fayda yaklaşımı ve bu yaklaşımın sistematik ihlalleri. *İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi*, 7(27), 37-68.

Taşdemir, M. (2007). Belirsizlik altında tercihler ve beklenen fayda modelinin yetersizlikleri. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(1), 307 - 318.

Thaler (2018). Nudge, not sludge. *Science*, 361(6401), 431-431.

Thaler, R. (1980). *Judgement and decision making under uncertainty: what economists can learn from psychology* (2085-2018-2792).

Thaler, R. (2016). Behavioral economics: past, present, and future. *American Economic Review*, 106(7), 1577-1600.

Thaler, R., & Sunstein, C. (2003). Libertarian paternalism. *American Economic Review*, 93(2), 175-179.

Thaler, R., & Sustein, C. (2013). *Dürtme sağlık zenginlik ve mutluluk ile ilgili kararları uygulamak* (1. Baskı.). Pegasus Yayınları.

Ticaret Bakanlığı (2018). *Senin kararın mı?* https://ticaret.gov.tr/data/5b9623ea13b8761ce82c5e34/senin_kararin_mi.pdf adresinden 22. 05. 2022 tarihinde alınmıştır.

Tomer, J. (2007). What is behavioral economics? *The Journal of Socio-Economics*, 36(3), 463-479.

Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases: Biases in judgments reveal some heuristics of thinking under uncertainty. *Science*, 185(4157), 1124-1131.

- U.S. Department of Veterans Affairs (2021, September 30). *Blue Button*. USA. <https://www.va.gov/bluebutton/> adresinden 21. 06. 2022 tarihinde alınmıştır.
- Urbina, D., & Ruiz-Villaverde, A. (2019). A critical review of homo economicus from five approaches. *American Journal of Economics and Sociology*, 78(1), 63-93.
- Vallgård, S. (2012). Nudge—A new and better way to improve health? *Health Policy*, 104, 200– 203.
- Voyer, B. (2015). ‘Nudging’ behaviours in healthcare: Insights from behavioural economics. *British Journal of Healthcare Management*, 21(3), 130-135.
- BBC News*. (2017, October 7). ‘Nudge’ economist Richard Thaler wins Nobel Prize. <https://www.bbc.com/news/business-41549753> adresinden 05. 06. 2022 tarihinde alınmıştır.
- Yener, D. (2017, 07 14). *Anadolu Ajansı*. <https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/saglik-bakanligi-ve-turk-kizilayindan-kan-bagisi-kampanyasi-/861382> adresinden 05. 06. 2022 tarihinde alınmıştır.
- Yıldız, Ş., & Kırımlıoğlu , N. (2021). Obezite ile yaşayan bireylerin özerkliği. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 8(2), 100-113.
- Yılmaz, V., & Canbazer, C. (2020). Kamu politikalarına davranışsal yaklaşım ve Türkiye'ye yansımaları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(4), 1827-1854.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ALTERNATİF BİR FİNANSMAN MODELİ OLARAK KİTLESEL FONLAMA

Kaan Can UYANIK *
Songül ÇINAROĞLU **

ÖZ

Kitleysel fonlama, sağlık sektöründe giderek yaygınlaşan bir alternatif finansman biçimidir. Kitleysel fonlama, piyasa katılımını genişleterek, ihmal edilen sağlık sorunlarına kaynak oluşturup farkındalığı arttırabilmektedir. Bunun yanında finansmana erişimi iyileştirerek ve proje hesap verebilirliğini ve sosyal katılımı teşvik ederek sağlık sektörüne ekonomik olarak fayda sağlayabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde kitleysel fonlama, bağış toplama fırsatları için büyüyen bir alan olarak ortaya çıkmıştır. Bazı çevresel eğilimler, sağlık hizmetlerinde fon toplamaya yönelik kampanyaların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu eğilimler arasında sağlık sigortası eksikliği, 2008 finansal çöküşünün ardından gelen ekonomik tepki ve sağlık hizmetlerinde piyasa düzenlemelerindeki eksiklikler yer almaktadır. Covid-19 pandemisi süreci ise sağlık sektörü içerisinde kitleysel fonlama uygulamalarının görülme durumunu oldukça arttırmıştır. Bu çalışmada öncelikle kitleysel fonlama olgusunun doğası ve boyutları ortaya koyularak, genellikle bağış temelli kitleysel fonlama uygulamalarıyla öne çıkan sağlık hizmetlerinde kitleysel fonlama uygulamaları açıklanmıştır. Ulusal ve uluslararası örnekleriyle ele alınacak olan sağlık sektörü içerisindeki kitleysel fonlama faaliyetlerinin anlatımı ile de sağlık hizmetlerinde kitleysel fonlamanın önemi ortaya konmuştur. Sonuç olarak sağlık hizmetlerinde kitleysel fonlama uygulamalarının öneminin dünya genelinde giderek arttığı ve kapsadığı ekonomik boyutun her geçen gün büyüdüğü görülmüştür. Türkiye’de ise özellikle sağlık hizmetlerinde yoğun bir şekilde uygulanan bağış temelli kitleysel fonlama uygulamalarıyla ilgili henüz bir altyapı olmadığı, bu tip fonların dernekler aracılığıyla toplandığı ve SPK tebliği kapsamında kitleysel fonlama faaliyetleri olarak değerlendirilmediği bilgilerine ulaşılmıştır. SPK tebliği kapsamında bulunan sermaye temelli kitleysel fonlama uygulamalarında ise sağlık sektörüyle ilişkisi bulunan yalnızca iki kampanyaya rastlanmıştır. Bu doğrultuda sağlıkta politika belirleyicilerinin hem sağlığın finansmanı konusunda devlete hem de yarar sağlama konusunda halka faydası dokunabilecek olan sağlık hizmetlerinde kitleysel fonlama modelini gündemlerine almaları ve bu konuyla ilgili gerekli çalışmaları başlatmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kitleysel fonlama, sağlık hizmetlerinde kitleysel fonlama, bağış temelli kitleysel fonlama, sağlık sektörü.

MAKALE HAKKINDA

*Öğr. Gör., İstanbul Aydın Üniversitesi, SBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, Küçükçekmece, İstanbul, Türkiye, kaancanuyanik@aydin.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-8158-7349>

** Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, Beytepe, Ankara, Türkiye, cinaroglu@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-5699-8402>

Gönderim Tarihi: 20.08.2022

Kabul Tarihi: 25.01.2023

Atıfta Bulunmak İçin:

Uyanık, K. C., & Çınaroğlu, S. (2023). Sağlık hizmetlerinde alternatif bir finansman modeli olarak kitleysel fonlama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(1): 279-304

CROWDFUNDING AS AN ALTERNATIVE FINANCING MODEL IN HEALTH SERVICES

Kaan Can UYANIK *
Songül ÇINAROĞLU **


ABSTRACT

Crowdfunding is an increasingly widespread form of alternative financing in the health sector. By expanding market participation, crowdfunding can raise awareness and raise funds for neglected health issues. It can also benefit the health sector economically by improving access to finance and promoting project accountability and social inclusion. Crowdfunding in healthcare has emerged as a growing area for fundraising opportunities. A number of environmental trends have led to the emergence of fundraising campaigns in healthcare. These trends include the lack of health insurance, the economic reaction following the 2008 financial collapse, and gaps in market regulation in healthcare. The Covid-19 pandemic process has significantly increased the incidence of crowdfunding practices in the healthcare sector. In this study, firstly, the nature and dimensions of the crowdfunding phenomenon are revealed, and crowdfunding practices in health services, which are generally characterised by donation-based crowdfunding practices, are explained. The importance of crowdfunding in healthcare services is also revealed by describing crowdfunding activities in the healthcare sector, which will be discussed with national and international examples. As a result, it has been observed that the importance of crowdfunding applications in health services is increasing worldwide and the economic dimension it covers is growing day by day. In Turkey, it was found that there is no infrastructure for donation-based crowdfunding practices, which are intensively applied especially in healthcare services, and that such funds are collected through associations and are not considered as crowdfunding activities within the scope of the CMB communicate. Among the capital-based crowdfunding practices within the scope of the CMB communicate, only two campaigns were found to be related to the health sector. In this direction, it is recommended that health policy makers should take the crowdfunding model in health services, which can benefit both the state in terms of financing health and the public in terms of providing benefits, into their agenda and initiate the necessary studies on this issue.


Keywords: Crowdfunding, crowdfunding in healthcare, donation-based crowdfunding, healthcare sector.

ARTICLE INFO

* Lecturer, Istanbul Aydın University, FHS, Department of Health Care Management, Küçükçekmece, İstanbul, Turkey, kaancanuyanik@aydin.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-8158-7349>

** Assoc. Prof. Dr., Hacettepe University, FEAS, Department of Health Care Management, Beytepe, Ankara, Turkey, cinaroglus@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-5699-8402>

Received: 20.08.2022

Accepted: 25.01.2023

Cite This Paper:

Uyanık, K. C., & Çınaroğlu, S. (2023). Sağlık hizmetlerinde alternatif bir finansman modeli olarak kitlesel fonlama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(1): 279-304

I. GİRİŞ

Türkiye’de kitlesele fonlama şeklinde isimlendirilen “Crowdfunding” faaliyetleri alternatif finans sektörünün geliştirmiş olduğu en yeni finansman aracıdır. Özellikle Amerika ve Avrupa kıtalarında, son yıllarda yoğun bir biçimde kullanılmaya başlanmıştır. Özünde geleneksel finansman yöntemleri ile benzer özellikleri taşıyan, uygulamada ise aktörler ve araçlar nedeniyle farklılaşan modern bir fon temin etme, fon arz etme, ortaklık kurma ve hibe yoluyla finansman faaliyetidir (Çonkar, 2018).

Basit bir ifadeyle kitlesele fonlama, bir projenin veya girişimin profesyonel taraflar (bankalar, risk sermayedarları veya iş melekleri gibi) yerine bir grup birey tarafından finanse edilmesidir. Teorik olarak, bankalar paraya sahip olanlar ile paraya ihtiyacı olanlar arasında aracı görevi gördüğünden, bireyler zaten tasarrufları vasıtasıyla yatırımları dolaylı olarak finanse etmektedir. Buna karşılık, kitlesele fonlama herhangi bir aracı olmadan gerçekleşmektedir. Bu modelde girişimciler parayı direkt olarak bireylerden toplayarak kitleye temas etmektedirler (Lambert ve Schwiembacher, 2010). Tipik iletişim biçimi internet üzerinden gerçekleşmektedir. Kitlesele fonlama daha kavramsal şekilde açıklanacak olursa; “Belirli amaçlara yönelik girişimleri desteklemek amacıyla bağış şeklinde veya bir tür ödül ve/veya oy hakkı karşılığında finansal kaynakların sağlanması hedefiyle, esasen internet üzerinden yapılan açık bir çağrı” olarak tanımlanmaktadır (Kleemann vd., 2008).

Kitle fonlaması, sermaye piyasası alanını değiştiren, teknolojinin etkin olduğu yenilikçi bir süreçtir. Bununla birlikte, kitle fonlamasının ortaya çıkışına kadar, girişimciler ve küçük işletmeler, bilgi asimetrisi ve kişisel ağlarla örülmüş geleneksel kanallar aracılığıyla finansman ihtiyaçlarını karşılamak için sermaye aramakla sınırlandırıldığından, teknolojinin sermaye piyasaları üzerinde çok az etkisi olmuştur. Bu durum fon arayanların büyük bir bölümünü mevcut uygulamalardan mahrum bırakmıştır. Kitle fonlaması gibi yenilikler, şu anda sağlanan hizmetlerdeki ihtiyaçlara ve boşluklara yanıt olarak ortaya çıkmıştır (Christensen, 2013).

Sermaye piyasasında, finansman ihtiyacının karşılanmasına dair eksiklik en iyi şekliyle yeni kurulacak olan şirketlerin; genellikle risk sermayedarlarını, gayri resmi küçük yatırımcıları, bankaları ve kayıt dışı yatırım olarak kabul ettikleri faaliyetleri fon toplamak amacıyla kullanma durumları gözlemlenerek anlaşılmıştır. Kitle fonlaması olarak bilinen konsept, sermayeyi açık ve şeffaf bir şekilde artırmak için interneti ve kitlenin gücünü kullanmayı içermektedir. Kitle fonlaması olgusu, sermaye piyasalarındaki kurumsallaşma ve ekonomik baskılardan kaynaklanan kısıtlamalara ve sınırlamalara bilgi teknolojileri destekli bir çözümü temsil etmektedir (Beaulieu, 2015).

Bu çalışmada gücünü kitleden alan ve geleneksel finans uygulamalarının hantallığından sıyrılarak internet aracılığıyla fon ihtiyacı olan kişi veya kurumlara fon toplanmasını sağlayan kitlesele fonlama kavramı tanıtılmıştır. Sonrasında ise özellikle bağış temelli kitlesele fonlama uygulamalarının sıkça görüldüğü sağlık sektörü ele alınacak ve kitlesele fonlamanın sağlık sektörü üzerindeki faaliyetleri ulusal ve uluslararası örnekler ortaya konularak anlatılacak ve önerilerde bulunulmuştur.

II. KİTLESELE FONLAMA KAVRAMININ TANIMI

Geleneksel finansal düzlem, teknolojik gelişmelerin yoğun olarak yaşandığı günümüzde yenilikçi ve dijital bir sisteme kendini bırakmaya başlamıştır. Özellikle 2008 krizi sonrasında yaşanan likidite krizi ve bunu takip eden finansal piyasalara karşı yaşanan güven kaybı alternatif sistemlerin de ortaya çıkmasında büyük rol oynamıştır. Bu durum, güncel kitlesele fonlama uygulamalarının yaygınlaşmasında mihenk taşlarından biri olmuştur (Çağlar, 2019). Kitlesele fonlamanın kullanımı özellikle Covid-19 pandemisiyle birlikte en yüksek seviyelere ulaşmıştır. Pandemi sürecinde; sağlık hizmetlerinin karşılanması, cenaze masrafları, hanelere finansal desteklerde bulunulması, küçük işletmelerin desteklenmesi, gıda yardımları yapılması ve diğer birçok ihtiyacın karşılanabilmesi için yardım amacıyla kitlesele fonlamaya başvurulmuştur (Proelss vd., 2021).

Joenssen ve arkadaşları 2014 yılında, kitlesele fonlamayı; “Fon almak, pazar potansiyelini değerlendirmek ve müşteri ilişkileri kurmak amacıyla, kuruluşlar veya bireyler tarafından kamuya

duyurulan ticari veya ticari olmayan projelerin başlatıldığı bir süreç olarak tanımlamıştır. Buna göre kitle fonlaması, teknolojiden sanata ve hatta afet yardımına kadar çeşitli farklı kategorilerde kullanılmaktadır. İzmirli Ata ise 2018 yılında; “Yeni fikirlerin gerçekleştirilebilmesi amacıyla ihtiyaç duyulan fon kaynağını, çevrimiçi platformlar ve sosyal medya aracılığıyla sağlayan genç bir finans tekniği” şeklinde tanımlamıştır.

Tanımların işaret ettiği şekilde; fon talep eden proje sahipleri, kitlesel fonlama faaliyetleriyle internette düzenlenen bir kampanya vasıtasıyla maddi katılım çağrısında bulunarak, ortaya koydukları finansal hedefe belirli bir zaman aralığı içerisinde ulaşmaya çalışmaktadırlar. Diğer bir deyişle sermaye oluşumunun fiziksel sınırlarını önemsizleştiren kitlesel fonlama, özel amaçlı girişimleri desteklemek için oy hakları veya çeşitli ödül karşılığında ya da ödüsüz bağış çeşitleriyle finansal kaynak edinilmesi için temelinde internet üzerinden açık bir çağrıda bulunmaktadır. Bu sayede sayısı azımsanamayacak girişimci birey ve gruplar, herhangi bir standart finans sağlayıcılara gerek duymaksızın internet platformu aracılığıyla ve “büyük olmayan katkılarla” kültürel, sosyal ya da kâr amaçlı çeşitli girişimleri finanse edebilir duruma erişmiştir (Joenssen vd., 2014).

Kitlesel fonlamanın gelişim sürecinde farklı paydaşların çeşitli katkıları olmuş ve her paydaş kendi amaçları doğrultusunda kitlesel fonlamaya başvurmuştur. Bu paydaşlardan biri olan hükümetler, kitlesel fonlama faaliyetleri sayesinde yeni iş fırsatları oluşturup istihdamı yükseltmeyi, devlet bütçesinin yetersiz kaldığı durumlarda ihtiyaç sahiplerine gerekli hizmetlerin sağlanmasını ve ekonomik büyüme konusunda teşvik hedefiyle ilerlerken; fon talep eden girişimciler, hali hazırdaki finansman imkanlarını iyileştirmeyi; sıradan bireyler, yatırım yapabilmeye imkanını ve aracı konumunda bulunan kitlesel fonlama platformları ise yeni iş kolları geliştirmeyi hedeflemektedir (Valanciene, 2014).

En fazla Kuzey Amerika ile Avrupa’da kullanılan kitlesel fonlama uygulamaları aracılığıyla temelde geniş kitlelere ulaşma ve maddi destek sağlama amaçlanmaktadır. Bu amaçla kurulan Amerika ve Avrupa ülkelerine örnek olarak Kickstarter, Gofundme, Give Forward, First Giving, Quirky gibi siteler gösterilebilmektedir. Görsel 1’de Kickstarter kitlesel fonlama uygulamasının arayüzünde görüldüğü üzere 2022 yılı itibariyle toplam 225.153 proje finanse edilmiş olup bu projelere aktarılan fon miktarı ise 6.200.022.647 \$ olmuştur (Kickstarter, 2022).

Görsel 1. Kickstarter Kitlesel Fonlama Platformunun Arayüzü

Start a project

KICKSTARTER

Search

Arts Comics & Illustration Design & Tech Film Food & Craft Games Music Publishing

Bring a creative project to life.

ON KICKSTARTER:

225,153 projects funded

\$6,200,022,647 towards creative work

69,244,814 pledges

PODMKR - Grind your own Coffee Pods

Create delicious coffee pods with a single push of a button & say goodbye to single-use pods forever. Save money | Save the planet

Ending soon

US\$ 513,251 pledged of US\$ 10,000 goal

4,284 backers

16 hours to go

Back this project

Remind me

All or nothing. This project will only be funded if it reaches its goal by Thu, August 18 2022 2:47 PM UTC +03:00.

Project We Love Product Design Wilmington, DE

Kaynak: Kickstarter, 2022.

Türkiye'deki duruma bakıldığında ise Fongogo, Fonbulucu, Fonzip veya Buluşum gibi internet siteleri örnek göstermek mümkündür. Özellikle bağış temelli kitlesel fonlama uygulamalarıyla ihtiyaç sahiplerine finansman sağlanması, bu tip sistematik işleyişe sahip kitlesel fonlama sitelerinden ziyade Hayata Destek, Ahbap, SMA, LÖSEV gibi derneklerin kendi sitelerinden fon toplaması veya Kızılay ya da AFAD gibi kamusal nitelikteki kurumların sitelerinden fon sağlanması şeklinde sürdürülmektedir. Ancak yurtdışı siteleriyle karşılaştırıldığında, Türkiye'de bu fonlama yönteminin henüz istenilen seviyede olmadığı açıktır.

Türkiye'de hizmet gösteren kuruluşlar arasından Ahbap örnek verilecek olursa; derneğin 2021 yılında yaşanan doğal afetler boyunca kitlesel fonlama yöntemini kullanarak <https://ahbap.org/> internet siteleri aracılığıyla yine aynı yıl içerisinde toplanmış olan 44.310.229,48 ₺ tutarındaki yardım bütçesinin afet bölgelerine aktarımı konusundaki veriler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. 2021 Yılında Yaşanan Doğal Afetler İçin Ahbap Tarafından Toplanmış Olan Fonun Kullanım Durumu

ANTALYA (MANAVGAT, AKSEKİ)	
Fonun Kullanılma Amacı	Kullanılan Fon Miktarı
Hayvancılık için 50 adet hayvan çadırı	796.500 ₺
Seracılık için yangında eriyen su boruları	1.043.000 ₺
Hayvancılık için gereken 350 ahırın çatı malzemeleri	3.592.108 ₺
Yangından etkilenen 183 aile için beyaz eşya	1.555.000 ₺
Toplam	6.986.608 ₺
MUĞLA (BODRUM, FETHİYE, KÖYCEĞİZ, MİLAS, MARMARİS)	
Fonun Kullanılma Amacı	Kullanılan Fon Miktarı
3 jeneratör, 21 konteyner, 30 su deposu ve 5 su tankeri	576.803 ₺
Yangından etkilenen ailelere beyaz eşya ve mutfak eşyası	972.283 ₺
Yangından etkilenen 150 aile için ev eşyası	1.036.866 ₺
Hayvancılığı desteklemek için 27 adet keçi	269.850 ₺
Arıcılığı desteklemek için 915 adet 50 kg'lık şeker	279.075 ₺
Muğla'daki yangın söndürme çalışmalarını desteklemek için helikopter kiralanması	9.870.367 ₺
Toplam	13.143.245 ₺
KASTAMONU (ABANA, AYANCIK, BOZKURT)	
Fonun Kullanılma Amacı	Kullanılan Fon Miktarı
Selden etkilenen ailelere ev eşyası	471.400 ₺
Selden etkilenen ailelere beyaz eşya	1.300.000 ₺
Selden etkilenen ailelere mobilya	2.785.000 ₺
Toplam	4.556.868 ₺
VAN (BAŞKALE)	
Fonun Kullanılma Amacı	Kullanılan Fon Miktarı
Selden etkilenen ailelere beyaz eşya	390.340 ₺
Küçük ev aletleri ve mutfak gereçleri	64.852 ₺
Selden etkilenen ailelere mobilya	55.301 ₺
Selden etkilenenlere ilk müdahale için kıyafet	26.390 ₺
Toplam	536.884 ₺
DİĞER GİDERLER (ANTALYA, MUĞLA, KASTAMONU, VAN)	
Fonun Kullanılma Amacı	Kullanılan Fon Miktarı
Operasyonel giderler	217.942 ₺
Afete hazırlık projeleri	1.800.000 ₺
16.670 adet gıda destek paketi	3.750.750 ₺
Toplam	5.768.692 ₺

Kaynak: AHBAP, 2022.

Dünya üzerinde kitlesel fonlama uygulamalarıyla sağlanan fon miktarı her geçen yıl daha çok artmaktadır. Statista.com verilerine göre 2017’de 34 Milyar dolar ve 2019’da 192,5 Milyar dolarlık fon sağlayan kitlesel fonlama uygulamalarının 2025 yılında ise toplam fon toplama hacminin 300 Milyar dolara yükselmesi beklenmektedir. Bunun yanında 2017 yılında toplam hacmin 25 milyar doları için borçlanma temelli model kullanılırken; bu rakam 2019 yılı Nisan ayında yaklaşık olarak, 181 milyar dolara yükselmiştir. Buna ek olarak, ödül ve bağış temelli modeller 5,5 Milyar dolardan yaklaşık 7 milyar dolara; öz sermaye temelli model ise 2,5 milyar dolardan yaklaşık 5 Milyar dolarlık bir hacme ulaşmıştır (Çağlar, 2019).

III. KİTLESEL FONLAMAMANIN TARİHSEL GELİŞİMİ

Gücünü kitleden alan kitlesel fonlama uygulamaları teknoloji ile bütünleşmiş olsa da ilhamını çok daha geçmişten almaktadır. Mozart ve Beethoven, konserlerini ve yeni müzik el yazmalarının yayınlarını, kendilerine ilgi duyan destekçiler aracılığıyla ön abonelik yöntemi kullanarak finanse etmişlerdir. New York’taki Özgürlük Heykeli de benzer şekilde, gazeteci ve yayıncı Joseph Pulitzer’in, sahibi olduğu “World” gazetesi vasıtasıyla liderlik ettiği bir kampanya neticesinde, halkın küçük bağışlarıyla finanse edilmiştir (Hemer, 2011).

Ayrıca 19. Yüzyılın başında Jonatan Swift’in kurmuş olduğu, İrlanda Kredi Fonu ve Bangladeşli Dr. Muhammed Yunus’un 1983 senesinde kurduğu Garmeen Bankası örnekleri de kitlesel fonlama uygulamalarının köklerini oluşturmaktadır. 1997’de İngiliz rock grubu Marillion, ABD konser turunu finanse etmek için hayranlarından bir İnternet çağrısı yoluyla 60.000 dolar toplamıştır. Fakat kitlesel fonlamanın popüler hale gelmesi 2003 senesinde ABD’de ArtistShare sitesi ile başlamış ve dünyada birçok kitlesel fonlama platformunun peşi sıra açılmasını tetiklemiştir. ArtistShare, yaratıcı sanatçıların fon ihtiyaçlarını karşılayabilecek yeni bir iş modeli olarak tanımlanmıştır (Çonkar vd., 2018).

İlk olarak 2006 yılında Michael Sullivan tarafından bir blog yazısında ortaya çıkan kitlesel fonlama teriminin kökleri hayırsever bağışlara dayanmaktadır. Sullivan, “fundavlog” olarak isimlendirdiği projesi ile, fon talep edenlerin ihtiyaçlarını internet vasıtasıyla video blogları ile fonlayarak destek sağlamayı istemiş fakat başarılı olamamıştır. Sullivan’ın girişiminin ardından crowdfunding terimi, 2009 yılında Kickstarter platformunun kuruluşuyla beraber daha yoğun kullanılmaya başlanmıştır (Castelluccio, 2012).

Günümüzde 2000’in üzerinde platforma sahip olan kitlesel fonlama faaliyetlerinin önünü açan ve proje hacimlerinin gerçek anlamda yükselmesini sağlayan en önemli gelişme ise ABD’de 2012 senesinde çıkan Jumpstart Our Business Startups (JOBS) kanunu olmuştur. Bu kanunun 3. bölümünde kitlesel fonlama ile ilgili yapılan düzenlemeye göre, bir şirket 12 ay boyunca kitlesel fonlama sitesiyle toplamda 1 Milyon \$ toplayabilir ve yatırımcılar için akreditasyon şartı gerekmemektedir (Çağlar, 2019).

Kitlesel Fonlamanın Gelişimi maddeler halinde sıralanacak olursa (Yiğit, 2020):

- 1997 – Marillion hayranları e-posta, anlık mesajlaşma ve hayran sayfaları aracılığıyla 60 bin sterlin toplamıştır.
- 2000 – JustGiving: İlk bağış temelli modeldir.
- 2003 – ArtistShare: Müzik hayranları finansmanıdır.
- 2005/6 – Kiva, Zupa ve Prosper: Peer-to-Peer (P2P - Çevirimiçi ticaret) Borç verme modeli ortaya çıkmıştır.
- 2006 – “Kitlesel fonlama” (Crowdfunding) terimi ortaya çıkmıştır.

Finansal Kriz Dönemi

- 2008 – Indiegogo: Başlangıçta film yapımcıları için oluşturulmuş olan ABD’nin ödüle dayalı kitle fonlaması kurulmuştur.

- 2009 – Kickstarter: ABD’de sanat, tasarım ve teknolojik projeler için ödül tabanlı olarak kurulmuş kitlesele fonlama platformudur.
- 2010 – CrowdCube: Birleşik Krallık’ta hisse senedi kitle fonlaması kurulmuştur.
- 2011 – Abundance Generation: Projelere finansman sağlamak amacıyla kurulmuştur.

IV. KİTLESEL FONLAMA SÜRECİ

Operasyonel bir bakış açısından, kitle fonlaması süreci tipik olarak proje yaratıcısını, kitle fonlaması platformunu ve destekçileri içermektedir. Yeni bir ürün veya hizmet geliştirmek için finansal kaynaklara ihtiyaç duyan herhangi bir kişi, kuruluş veya firma, dünya çapında mevcut birçok kitle fonlaması platformundan birini kullanarak bir bağış toplama kampanyası başlatabilmektedir. Bir kampanya başlatmak için bir proje yaratıcısı, kampanya tasarımı, finansman kuralları ve kitle fonlaması platformunun türüne bağlı olarak değişebilen yasal konularla ilgili belirli kurallara uyması gerekmektedir (Belleflamme vd., 2014).

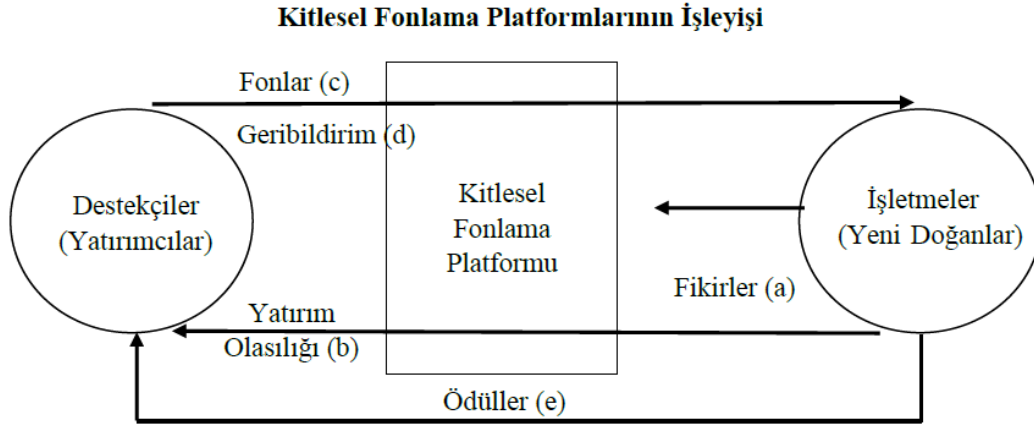
Proje yaratıcılarının kitle fonlaması kampanyasını başlatmadan önceki hedeflerini, yani toplamayı amaçladıkları hedeflenen para miktarını belirlemeleri gerekliliği, platformların çoğunda ortak bir özelliktir. Bunlara ek olarak web platformu; proje ve çıktılar, projenin arkasındaki kişi veya kuruluşlar ve projenin yürütülmesiyle ilgili riskler hakkında doğru ve gerçek bilgiler sağlayarak, projelere potansiyel katkıda bulunan kitleye kapsamlı bir şekilde sunmaktan da sorumludurlar. Bu bilgilendirmeler genellikle metinler, resimler veya videolar şeklinde sağlanmaktadır. Bilgi temini genellikle bir kitle fonlaması kampanyasının başarısı için çok önemli olarak algılanmakta ve platformlar tarafından da ciddi bir gereklilik olarak vurgulanmaktadır (Ahlers vd., 2015).

Destekçiler açısından, bir projeye fon sağlamak riskli bir yatırımdır çünkü bu girişimler, doğası gereği yüksek teknik ve piyasa belirsizliği ile dolu olan yeniliklerle ilgilidir. Kitle fonlaması platformunun, türüne ve sağlanan fonun düzeyine bağlı olarak destekçilere sunacakları kapsamlı bir fayda planı oluşturmaları da gerekmektedir. Örneğin, ödüle dayalı kitle fonlamasında, her proje yaratıcısının, genellikle 5 veya 10 dolarlık destek karşılığında basit bir "teşekkür ederim" e-postasından, projenin ürün veya hizmetin özelleştirilmiş sürümlerine kadar değişen çeşitli ödüller tanımlaması gerekmektedir (Roma vd., 2017).

Farklı olarak, öz sermayeye dayalı modelde, içerik oluşturucuların genellikle minimum yatırım tutarını ve şirketin finansman karşılığında ne kadar öz sermaye sunduğunu tanımlamaları gerekmektedir. Kampanyanın başlama tarihi ve süresi, proje oluşturucuların vermesi gereken ek önemli kararlardan bir başkasıdır. Kampanya başlatıldıktan sonra, destekçiler projeye olan ilgilerine göre katkı sağlayıp sağlamayacaklarına ve ne kadar katkıda bulunacaklarına karar verebilmektedirler. Kitle fonlaması platformları genellikle; fon talep edenlere ve destekçilere, fon talep edenlerin ve destekçilerin yorumlarından gelen proje güncellemeleri aracılığıyla kampanya sırasında ve sonrasında etkileşim kurma fırsatı sunmaktadır. (Mollick, 2014).

Kampanya sırasında, destekçilerin katkıları genellikle platform tarafından tutulur ve platform tarafından benimsenen mekanizmaya bağlı olarak, kampanyanın sonunda fon talep eden proje yaratıcısına aktarılır. Ya hep ya hiç mekanizmasını kullanan platformlar için, toplanan tutar hedeflenen meblağa ulaşmış ise, platform karlılığını sağlamak amacıyla bir ücret düşüldükten sonra, kampanya sonunda biriken paranın tamamı projeyi oluşturana aktarılmaktadır. Buna karşılık, her şeyi tut mekanizmasını kullanan platformlar için, hedefe ulaşıp ulaşılmadığına bakılmaksızın, yine platform karlılığını sağlamak amacıyla bir ücret düşüldükten sonra, tüm katkılar proje yaratıcısına aktarılacaktır. Ödüle dayalı kitle fonlaması platformunda, kampanyadan sonra para aktarılmışsa, yaratıcının projeyi tamamlama ve böylece her bir ödülü yerine getirme yükümlülüğü vardır (Petruzzelli vd., 2019).

Şekil 1. Kitlese Fonlama Süreci



Kaynak: Atsan ve Erdoğan, 2015.

Şekil 1'e göre kitlese fonlama platformlarında süreç şu şekilde işlemektedir (Onur ve Değirmenci, 2015);

- İlk olarak fon talep edenler; projelerinin metinlerini, görsellerini, çizimlerini veya videolarını ilgili platformlara iletir, başvururlardır (a). Bunun yanında projenin başarıya ulaşabilmesi için ihtiyaç olan fon miktarını, zamanını ve destekçilere veya yatırımcılara katkılarına karşılık olarak ne verileceğinin başvuru anında belirtilmesi gerekmektedir (e).
- Sonrasında ilgili platformlar proje başvurusunu inceleyerek, yayınlanmaya uygunluğu konusunda karar verirler. Projenin uygun olması durumunda, platform üzerinden yayınlanarak kampanya başlatılmış olur (b).
- Son aşamada ise projeye fon toplanmaya başlar. Destekçiler veya yatırımcılar, ilgilendikleri projelere küçük veya büyük miktarlarda fon yatırır. Ödemeler kredi kartı, EFT, havale, pay pal kartlar ile yapılabilmektedir (c).
- Projenin başarıya ulaşamaması durumunda, yani hedeflenen fon miktarının toplanamaması durumunda çoğu platform yatırımcılara paralarını iade etmektedir (d).

V. KİTLESEL FONLAMANNIN AKTÖRLERİ

Kitle fonlaması alanındaki aktörlerin kimler olduğunu bilmek, kitle fonlamasının nasıl çalıştığını anlamak için önemlidir. Farklı katılımcılar, sürecin işleyişini ve etkinleştirilen uygulamaları belirleyen bir ekosistem oluşturarak kitle fonlamasını çeşitli şekillerde etkilemektedir. Aşağıda kitlese fonlama aktörlerine değinilmiştir.

5.1. Destekçiler/Yatırımcılar

Destekçilerin rolü sadece para yatırma durumunun ötesine geçmektedir. Aynı zamanda piyasayı test etmede ve neyin iyi bir fikir olduğuna ve bir konseptin peşinden gitmeye değer olup olmadığına karar vermede rol oynamaktadırlar. Destekçiler bir proje hakkındaki haberi, sosyal medyayı veya kendi kişisel ağlarını kullanarak kitlelere tanıtılabilmektedirler. Bir destekçinin kitle fonlaması kampanyasına katkıda bulunma motivasyonunu açıklayabilecek farklı faktörler bulunmaktadır. Yardım etmekten duyulan haz ve mutluluk, projenin bir parçası olma isteği veya direkt olarak maddiyat sağlama isteği bu faktörler arasında sayılabilir (Burtch vd., 2013).

5.2. Fon Talep Eden/Girişimci

Finansman sağlayabilmek amacıyla fikirlerini bir kitlesele fonlama web sitesinde yayımlayan kişiler girişimci veya fon talep edenler şeklinde tanımlanmaktadır. Finansman arayan bireylerin çok farklı iş ve tecrübe geçmişleri olup, çok çeşitli hedefleri bulunmaktadır. Fon arayan tüm bireyler kendilerini bir girişimci olarak sınıflandırmayabilirler veya bir iş kurma hedefleri de olmayabilir. Bundan dolayı genel kitlesele fonlama faaliyetleri göz önüne alındığında literatürde girişimci teriminden ziyade fon talep edenler tabiri sıklıkla kullanılmaktadır. Kitlesele fonlama faaliyetlerinin çıkış noktasında fon talep edenlerin karşılanamamış sermaye ihtiyaçları bulunmaktadır. Kitlesele fonlama ekosistemindeki kurucuların rolü, bir ürün veya proje tasarlamak ve ardından bir kitle fonlaması web sitesi aracılığıyla fikirlerini açık ve ikna edici bir şekilde destekçilere sunmaktır. Kampanya süresince, fon talep edenler bilgiye erişilebilmekte ve şeffaf olarak kontrol edebilmektedirler. Sermaye artırmaya ek olarak, destekçilerle açık iletişimi ve işbirliğini teşvik eder bir anlayışla; fikirlerin piyasada test edilmesi, fikirlerin geçerliliğinin kazandırılması veya sosyal içerikli ihtiyaçlar dahilinde bağış yoluyla fon talep edilebilmektedir (Gerber vd., 2012).

Fon talep edenler, kitle fonlamasına geniş bir deneyim yelpazesıyla katılmaktadırlar ve bunlar; yetkin ekiplere sahip firmalardan çok az deneyimi olan veya hiç deneyimi olmayan bireylere kadar farklılık gösterebilmektedirler.

5.3. Kitlesele Fonlama Platformları

Kitlesele fonlar özünde teknoloji aracılığıyla sağlanır; bu nedenle, web sitesi sağlayıcıları kitlesele fonlama faaliyetlerinde çok önemli ve merkezi bir rol oynamaktadır. Kurucuların projelerini çok sayıda potansiyel destekçiye sunmalarını sağlayarak, kitlesele fonlama uygulamalarının teknolojik omurgasını sağlamaktadırlar. Web sitesi sağlayıcıları proje için yalnızca bir aşama olmaktan fazlasını sunmaktadırlar. Yorum bölümü, proje güncelleme yetenekleri ve e-posta alışverişleri gibi özellikler aracılığıyla girişimci ve destekçiler (hem potansiyel hem de gerçek) arasındaki iletişimi kolaylaştırmaktadırlar. Web sitesi sağlayıcıları, kurucu ve destekçi arasındaki bağlantıyı verimli hale getirmeyi amaçlamaktadırlar (Beaulieu vd., 2015).

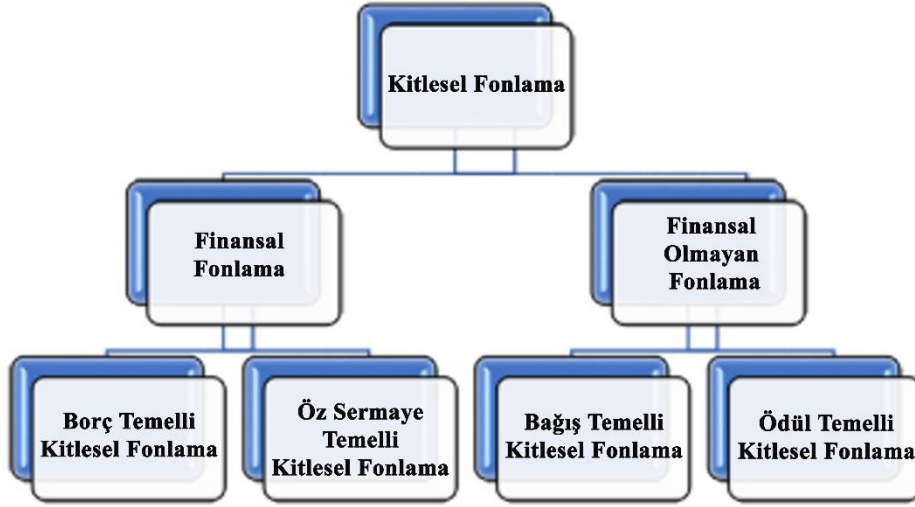
Facebook ve Twitter gibi sosyal web sitelerine bağlantılar, destekçilerin sosyal ağlarında bir projeyi kolayca tanıtmalarını sağlamaktadır. Web sitesi sağlayıcılarının, gizliliği sağlamak ve girişimciler ve destekleyiciler için güvenli ödeme sistemi oluşturmak gibi görevleri vardır. Bu nedenle, web sitesi sağlayıcıları aracı, düzenleyici, kural uygulayıcı ve dağıtım kanalı olarak hareket eder (Ordanini vd., 2011).

Kitle fonlaması web siteleri, finanse edilen girişimcilerin vaatlerini yerine getireceklerine dair herhangi bir garanti vermeseler de, sıkı kontrol mekanizmalarıyla “kitlesele dolandırıcılığı” önleme konusunda yüksek fayda sağlar (Sigar, 2012). Genel olarak, web sitesi sağlayıcılarının rolü, hem kitlesele fonlamanın sürecini oluşturarak hem de bu süreci kontrol edip, girişimciler ve destekçiler için sorunsuz bir ortam sağlayabilmektir. Web sitesi sağlayıcıları, tüm paydaşlarla arayüz oluşturmaları nedeniyle kitlesele fonlama ekosistemin merkezi konumundadır.

VI. KİTLESEL FONLAMA MODELLERİ

Kitlesele fonlama, projenin amacına göre farklılık göstermektedir. Geniş bir yelpazede kullanılan modellere bakıldığında dört fonlama modelinden bahsetmek mümkündür. Bu dört fonlama modeli ödül temelli, bağış temelli, borç temelli ve öz sermaye temelli olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu fonlama türlerini de Şekil 2’de gösterildiği gibi kendi içinde finansal ve finansal olmayan olarak ayırmak mümkündür (Belleflamme ve Lambert, 2016).

Şekil 2. Kitleseel Fonlamamanın Sınıflandırılması

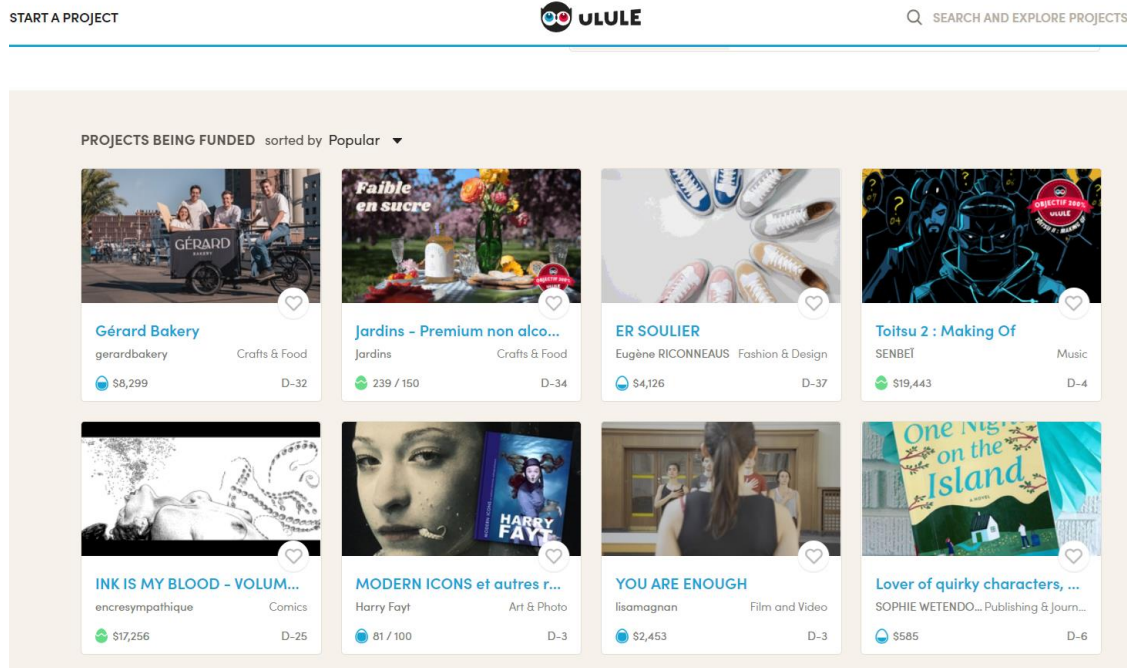


Kaynak: Çonkar ve Canbaz, 2018.

Finansal getiri sistemi esasına göre çalışan modeller borçlanma ve öz sermaye ortaklığı, finansal olmayan getiri sistemine dahil olan modeller ise ödül ve bağış esasına dayalı çalışmaktadır (Belleflamme ve Lambert, 2016):

Ödül Temelli Modelde; katkıda bulunanlar, finansman düzeyiyle orantılı olan ve genellikle proje yaratıcısının ticarileştirmeyi amaçladığı ürün veya hizmetten oluşan finansal olmayan bir ödül alma hakkına sahiptir. Ödül temelli uygulamalarda dünyada en çok kullanılan platform ABD'li bir kuruluş olan Kickstarter'dır. 2008 Yılında ABD'de kurulan Indigogo, sistemdeki bir diğer tanınmış ödül temelli platformdur. Arayüzü Görsel 2'de gösterilmiş olan Fransa menşeli bir diğer popüler ödül temelli platform ise Temmuz 2019 itibarıyla 2.625.756 üyesi bulunan Ulule'dir. Bu platform, 28.732'si başarılı olan 43.892 proje için 145.598.440 € fon sağlamıştır. 2019 yılı Temmuz ayı itibarıyla başarı oranı %65'tir.

Görsel 2. Ulule Kitleseel Fonlama Platformunun Arayüzü



Kaynak: Ulule, 2022.

Bağış temelli modelde; katkıda bulunanlar, karşılığında hiçbir şey alma vaadinde bulunmadan projeleri finansal olarak desteklemektedirler.

- “Bağış temelli kitlesele fonlama, kişisel ihtiyaçlar veya toplum temelli projeler için para toplamak amacıyla kullanılmaktadır. Bu fon, ihtiyaç sahiplerine, sağlık hizmeti sunumundan, gıda veya kira yardımlarına kadar birçok farklı sosyal yardımlaşma amacıyla kullanılabilir. Farkındalığı yükseltmenin ve daha fazla bağışın teşvik edilmesini sağlayan bağış toplama etkinliği proje sahibinin ağıyla veya sosyal medyada paylaşılarak yayılmaktadır.
- Bağış temelli model, kitlesele fonlama modelleri arasında dünyada en çok tercih edilenlerdendir. Ülkemizde de hibe ve bağış karşılığı kitlesele fonlama yöntemi kullanılmaktadır; fakat hem altyapıda yetersizlikler hem de bu sistemin taraflarının, görevlerinin ve sorumluluk sınırlarıyla ilgili olarak yasalardaki eksiklikler birçok hukuki problemin çıkmasına neden olmuştur.”

Borç temelli modelde; katkıda bulunanlar esasen proje yaratıcısına belirli bir faiz oranında paralarını ödünç vermektedirler.

Öz sermayeye temelli modelde; katkıda bulunanlar, hisse senetlerinin bir payı karşılığında projeyi finanse etmektedirler. Bu tür kitlesele fonlama kapsamında yer alan karmaşık yasal sorunlar nedeniyle, proje tüm kitleye açık olsa bile katkıda bulunanlar genellikle akredite veya profesyonel olan yatırımcılardır.

Finansal olmayan kitlesele fonlama projelerinde hayırseverlik ön plana çıkarak, belirli bir amacı desteklemek isteği, ödül kazanma isteği, yeni ürün ve hizmetlere ucuz ve kolay ulaşım temel motivasyonlar olarak görülmektedir. Finansal getiriyi hedefleyen projelerin fonlanmasında ise temel husus, kar sağlamak üzerine kurulu olmalarıdır (Collins ve Pierrakis, 2012). Modellerin özetlenmiş gösterimi Tablo 2’de sunulmuştur. Görüldüğü üzere bağış temelli ve ödül temelli kitlesele fonlamalarda yatırımcılar daha çok işin insani boyutuna odaklanıp görünmeyen faydaları elde etmeye çalışarak bağışta bulunurlarken, borç temelli ve öz sermaye temelli kitlesele fonlamalarda yatırımcılar genellikle daha fazla para kazanabilmek amacıyla borç vererek veya hisse satın almalarıyla yatırımda bulunarak katkı sağlamaktadırlar.

Tablo 2. Kitlesele Fonlama Modellerinin Karşılaştırmalı Özeti

Model	Katkı Şekli	Karşılık Şekli	Yatırımcı Motivasyonu
Bağış Temelli	Bağış	Görünmeyen faydalar	İçsel ve Sosyal Motivasyon
Ödül Temelli	Bağış/Ön Alım	Ödüller ve görünmeyen faydalar	İçsel ve sosyal motivasyonun birleşimi ve ödül isteği
Borç Temelli	Borç	Borcun faiziyle geri ödenmesi. Sosyal motivasyonla borç verildiyse faiz istenmeyebilir.	İçsel, sosyal ve finansal motivasyonun birleşimi
Öz Sermaye Temelli	Yatırım	İşletme başarılı olursa, yatırım getiri elde edilmesi. Bazen ödül önerildiği de olur. Görünmeyen faydalar.	İçsel, sosyal ve finansal motivasyonun birleşimi

Kaynak: Collins ve Pierrakis, 2012.

Türkiye’de Kitle Fonlaması Tebliği’ne göre kitlesele fonlama uygulamaları kapsamına borç temelli ve öz sermaye temelli kitlesele fonlama faaliyetleri alınmıştır. Sonraki bölümlerde ayrıntılı olarak ele alınacak olan bağış temelli kitlesele fonlamanın yanında öz sermaye temelli kitlesele fonlama faaliyetleri de sağlık sektörü içerisinde kullanılabilir. Bağış temelli kitlesele fonlamada olduğu gibi direkt bireylerin tedavi süreçlerini kapsayan sağlık hizmetleri maliyetlerinin karşılanmasına yönelik olmasa da, sağlık sektörü içerisinde yapılan araştırma geliştirme projeleri, teknolojik yatırımlar veya deneysel araştırmalar gibi konularda fon sağlama kampanyaları oluşturulabilir. Bu bağlamda ülkemizde de iki adet sermaye temelli kitlesele fonlama faaliyeti tespit edilmiştir (Efonla, 2022; Fonbulucu, 2022).

Finansal ve finansal olmayan şekilde sınıflandırılan kitlesel fonlama modellerinden, genellikle bağış temelli kitlesel fonlama yöntemi ile sağlık hizmetlerinde bulunan finansman ihtiyacı karşılanmaya çalışılmaktadır. Hanelerin, sağlık problemlerinin yıkıcı maliyetleri ile baş başa kalmamalarını sağlayabilmek amacıyla uygulanan ve özünde kitlesel dayanışma kültürüne dayanan bağış temelli kitlesel fonlamanın sağlık hizmetlerinde kullanımı, çalışmanın devamında ayrıntılı biçimde ele alınmıştır.

VII. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KİTLESEL FONLAMA

Sağlık hakkının herkes tarafından elde edildiğini belirtmek için yerine getirilmesi gereken dört unsur vardır. Bu unsurlar kullanılabilirlik, erişilebilirlik, kalite ve eşitliktir. Hükümetler, kamusal sigorta kuruluşları aracılığıyla halklarına kaliteli ve sürdürülebilir sağlık hizmetleri sunarak insanların sağlık hakkını yerine getirmeyi amaçlamaktadır. Ancak bu girişim sağlık hizmetlerinin tüm unsurlarını kapsamayabilmektedir. Hane halkında yıkıcı unsurlara yol açabilecek veya ek ödemeleri yüksek olan hastalıklar nedeniyle bu tip sorunların üstesinden gelebilecek alternatif bir çözüme ihtiyaç vardır (Imanulrachman vd., 2019).

Sağlık hizmetlerinde kitlesel fonlama, tıbbi bakım veya sağlık hizmetleriyle ilgili olan diğer masrafları ödemek amacıyla bağışçılardan para toplamak için web sitelerini kullanma uygulamasıdır. Genel finansman hacmi açısından, sağlık hizmetlerinde kitlesel fonlama, diğer kitlesel fonlama uygulamalarına göre hala niş bir fenomen olarak görülmektedir, ancak birçok ülkede hızla büyümekte ve birçok insan tarafından kamu sağlığı finansmanında hükümetin yaptığı kesintilerle başa çıkmanın önemli bir aracı olarak kabul edilmektedir (Bassani vd., 2019).

Son yıllarda, sağlık hizmetlerinde kitlesel fonlama, insanların sağlık hizmetleri maliyetlerinin zorluklarıyla başa çıkmalarına yardımcı olmak için dünya çapında yaygın bir faaliyet haline gelmiştir (Fong vd., 2020). Genellikle bağış temelli kitlesel fonlama platformlarında bulunan çevrimiçi tıbbi kitle fonlaması projeleri, sağlıkla ilgili ihtiyaçlar ve harcamalar için bağış talep etmek için internet üzerinden halka açık bir çağrının yapıldığı bir tür bağış toplama projesidir (Burtch ve Chan, 2019).

Dünya Sağlık İstatistikleri 2020'ye göre 2017 yılında dünya nüfusunun en az yarısı temel sağlık hizmetlerini alamamış ve nüfusun yaklaşık %10'u sağlık harcamaları ile mücadele etmektedir. Sağlık tüketicileri, bu gibi durumlarda sağlık hizmetleri için ihtiyaç duydukları parayı toplamak amacıyla çevrimiçi kitlesel fonlama platformlarına yönelmektedir (Murphy vd. 2020). Sağlık alanında kitlesel fonlama dünyada gelişmekte olan ülkelerde yaygın bir uygulama alanı bulmuştur. Bu konuda Çin'de yapılan bir araştırmada, 2018 yılı istatistik raporlarına göre 20 yetkili Çin İnternet bağış toplama platformundan 124,51 milyon dolarlık katkının tıbbi yardım kuruluşlarına verildiğini belirtmiştir (Ba vd., 2021).

Kitlesel fonlama faaliyetleri hakkında medyada oldukça fazla haber yer almaktadır. Son dönemdeki popülerliği nedeniyle de bu haberlerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Bu gelişmenin hem kampanya içeriklerinin hem de uygulamanın halka tanıtılması bakımından yararlı olacağı düşünülmektedir. Murdoch vd. 2019 yılında yapmış oldukları araştırmada 7 Ekim 2015 ile 6 Ekim 2017 arasındaki iki yıllık zaman diliminde, Kanada ve Amerika Birleşik Devletleri'nin en fazla okuyucuya sahip gazetelerinde sağlık hizmetlerinde kitlesel fonlama hakkında yayınlanan 336 makaleyi incelemişlerdir. Makaleler, kitlesel fonlama kampanyalarını olumlu (%43,75) ve tarafsız (%47,92), ancak nadiren (%4,76) olumsuz olarak tasvir etmişlerdir. Makale içeriklerinde çoğunlukla kitlesel fonlama olgusundan tarafsız bir karakterizasyonla (%93,75) bahsedilmiştir. Az sayıda (%8,63) makale kitlesel fonlama olgusuyla ilgili etik sorunlardan bahsetmiştir. Bir kampanyaya duyulan ihtiyacı en yaygın şekilde tetikleyen rahatsızlıklar arasında kanser (%49,11) ve nadir hastalıklar (%36,01) yer almıştır. Makalelerin çoğu (%83,04) bağışların ve katkıların nerede yapılabileceğini belirtmiş ve %59,23'ü ise çevrimiçi bir kitlesel fonlama kampanyasının web sitesinin tanıtımını yapmıştır. Bazı makaleler (%26,49) bağış toplama kampanyası için belirli bir parasal hedeften bahsetmiştir. İstenen tedavinin etkisiz olabileceğini, kanıtlanmadığını, deneysel olduğunu veya düzenleyici onayı olmadığını belirten

70 (%20,83) makalelerin 56'sı (%80,00) katkıların yapılabileceği yerleri belirtmiş ve 36'sı (%51,43) doğrudan bir çevrimiçi kitlese fonlama yönlendirici nitelikte olmuştur (Murdoch vd. 2019).

Sağlık hizmetlerinde kitlese fonlama kampanyaları sigorta boşluklarını doldurabilse de bilimsel olarak desteklenmeyen, etkisiz veya potansiyel olarak tehlikeli tedaviler için de para toplayabilmektedir. Bu tür 5 tedavi yöntemini incelemeye alan Vox vd., 2018 yılında en büyük tıbbi kitle fonlaması platformu olan GoFundMe dahilinde bir araştırma gerçekleştirmişlerdir. Tablo 3'te de görüleceği üzere Kanser için homeopati veya naturopati (Almanya ve Meksika'daki klinikler), Beyin hasarı için hiperbarik oksijen (ABD'deki klinikler), Beyin hasarı ve Omurilik yaralanmaları için kök hücre (ABD, Panama, Tayland, Hindistan, Çin ve Meksika) ve Kronik Lyme hastalığı için uzun süreli antibiyotik tedavileri araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırılan bu 5 tedavi yöntemi için 1000'den fazla tıbbi kitlese fonlama kampanyası kapsamında 6,7 milyon dolardan fazla para toplandığı ve desteklenmeyen, etkisiz veya potansiyel olarak tehlikeli tedavilere yönelik geniş kapsamlı kampanyaların finansman sağlama konusunda orta derecede başarılı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (Vox vd., 2018).

Tabloda belirtilen tedavi yöntemleri sırasıyla açıklanacak olursa:

- *Homeopati*: Herhangi bir yan etkisi bulunmayan, doğal ve bütüncül bir alternatif tıp yöntemidir. Tamamen doğadaki kaynaklardan elde edilen ilaçlarıyla homeopati yöntemi en sık kullanılan tamamlayıcı tıp yöntemidir (Medipol, 2022).
- *Naturopati*: Asya ülkelerinde ortaya çıkmış olan geleneksel tıp yöntemlerinden biridir. Temel amacı; fiziksel, mental ve ruhsal sağlık arasında armoni ve denge oluşturmaktır (Wongyai, 2008).
- *Hiperbarik Oksijen Terapisi (HBOT)*: özel bir oda içerisinde saf oksijen solunması ile gerçekleştirilen bir tedavi yöntemi olan HBOT, vurgun gibi dalış ile ilgili beyin hasarlarının tedavisinde kullanılmaktadır (Medicalpark, 2022)
- *Lyme Hastalığı*: Enfekte olan kenenin insanları ısırmasıyla ortaya çıkan bakteriyel bir enfeksiyon hastalığı olan Lyme hastalığının bulguları; kızarıklık, ateş, baş ağrısı ve yorgunluk olup, 10 ile 14 gün arasında uygulanan antibiyotik kürü ile ortadan kaldırılabilmektedir (Memorial, 2022).

Tablo 3. Amerika Birleşik Devletleri'nde Bilimsel Olarak Desteklenmeyen 5 Tedaviye Yönelik Tıbbi Kitle Fonlama Kampanyaları için Aranan ve Toplanan Fonlar

Hedef Tedavi	Dahil Edilen Kampanya Sayısı	Aranan Toplam Değer, US \$	Toplanan Toplam Değer, US \$	Aranan Fonların Üzerinden Toplanan Fonların Yüzdesi
Kanser için homeopati veya naturopati	474	12.581.963	3.464.871	27,5
Beyin hasarı için hiperbarik oksijen	190	4.012.408	785.421	19,6
Beyin hasarı için kök hücre	188	5.913.905	1.249.597	21,1
Omurilik yaralanması için kök hücre	93	2.578.990	590.446	22,9
Kronik Lyme hastalığı için uzun süreli antibiyotikler	114	2.162.221	689.363	31,9
Toplam	1059	27.249.487	6.799.700	24,9

Kaynak: Vox vd., 2018.

Kenworthy ve Igra 2022 yılında sağlık hizmetlerinde kitlese fonlamanın, ABD'de sağlık hizmetleri için ödeme yapmakta zorlanan insanlara ne ölçüde yardımcı olduğunu incelemek üzere yapmış oldukları araştırmalarında, ABD'deki kitlese fonlama pazarının çoğunluğunu elinde tutan GoFundMe'de, kampanyaların üçte birinden fazlasının sağlık hizmetleriyle ilgili olduğu bilgisine ulaşmışlardır. Bunun yanında GoFundMe üzerinden, tıbbi ihtiyaçları finanse etmek için her yıl 250.000'den fazla kampanya başlatıldığını ve 650 milyon dolardan fazla para toplandığı bilgisine de ulaşılmıştır (Kenworthy ve Igra, 2022).

Kenworthy ve Igra araştırmalarında, 2016'dan 2020'ye kadarlık dilimde incelenmiş olan GoFundMe kampanyalarında dūřuk gelirli ve sigortasız topluluklarda daha fazla kampanya başlatıldığı, ancak daha yūksel sigorta kapsamı oranlarına sahip daha varlıklı topluluklardaki kampanyaların ise önemli ölçūde daha fazla para topladığı bulgusuna ulaşılmıştır. Diđer bulgular arasında (Kenworthy ve Igra, 2022):

- Bu beř yıllık sūre boyunca, GoFundMe'nin "tıbbi, hastalık ve şıfa" kategorisindeki 437.596 kampanya 2 milyar dolardan fazla bağış toplamış ve ortalama kampanya kazancı ise yaklaşık 2.000 dolar şeklinde gerçekleşmiştir.
- Bu dōnemde, kampanyaların %16'sı hiçbir bağış çekemezken, sadece %12'den azı hedeflerine ulaşmıştır.
- Ortalama bađıř ve geri dōnūř sayısı zaman iřinde azalarak 2020'de ise en dūřuk seviyesine gerilemiřtir. Bu duruma Covid-19 pandemisinin etki ettiđi dūřünölmektedir.
- 2020'de kampanyaların yaklaşık %18'i en yūksel hane geliri grubuna (73.000 ila 130.000 dolar arasında) sahip bōlgelerde başlatılmış, ancak toplanan toplam paranın dōrtte birinden fazlasını oluşturmuştur.
- Aynı yıl, kampanyaların %20'si en dūřuk gelir grubunda (19.000 ila 47.000 dolar) bařlatılmıř ve toplam kazancın %12'sini oluřturmuřtur. Bu oran, yūksel gelirli grubun kazanç durumunun yarısından daha az bir miktara denk gelmektedir.

Görsel 3. GoFundMe Kitlemel Fonlama Platformunun Arayūzū

The screenshot displays the GoFundMe website interface. At the top, there is a search bar and navigation links for 'Bireyler iřin', 'hayır kurumları iřin', 'Nasıl çalışır', 'Kayıt olmak', and a 'Bir GoFundMe başlatın' button. The main content area features three large statistics: '17 milyar dolar' (200 million from 17 billion), '100 milyon' (100 million from 100 million), and '1' (1 second per donation). Below this, a section titled 'GoFundMe'de bağış toplama sadece birkaç dakika sūrer' (Raising donations on GoFundMe takes only a few minutes) is shown with a three-step process: 1. 'Temel bilgilerle başlayın' (Start with basic information), 2. 'Hikayeni anlat' (Tell your story), and 3. 'Arkadaşlarınız ve ailenizle paylaşın' (Share with friends and family). A specific campaign for 'Kate Cahill'in Kanser Savaşı' (Kate Cahill's Cancer Fight) is highlighted, showing a progress bar at 53,080% of the 100,000 USD goal, with 410 donations and 370 sharers. The campaign is organized by Anne Cahill. The interface also includes a 'Hepsini gör' (See all) button and a 'En iyi bağışları gör' (See top donations) button.

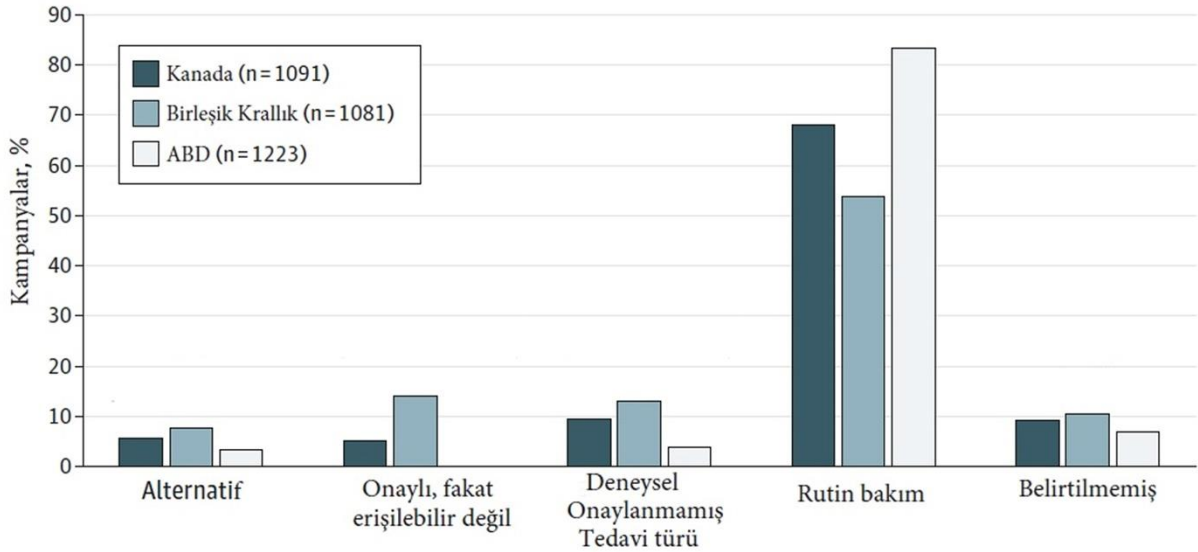
Kaynak: GoFundMe, 2022.

Dünyada en büyük etkiye sahip olan online kitlese fonlama platformu olan GoFundMe'ye ait arayüz örnek bir kampanyası ile birlikte Görsel 3'te gösterilmiştir. Giriş sayfası üzerinden kayıt ol butonu aracılığıyla kayıt işlemleri tamamlandıktan sonra ister bağışçı olarak ister bağış toplayan olarak faaliyete başlanabilmektedir. Bir GoFundMe başlatın butonu ile lokasyon ve bağış toplama sebebi yazılarak bağış ilanı oluşturma süreci başlatılmaktadır. Bağış profili oluşturulduğunda ise, bağış toplama nedeni ve ihtiyaç sahibinin hikayesi ile bağış kabul etme butonu, bağış yapanların listesi ve bağışın sosyal medya aracılığıyla paylaşımını sağlayan buton ilan üzerinde gözükmektedir (GoFundMe, 2022).

Saleh vd. 2020 yılında yapmış oldukları çalışmada Kanada, Birleşik Krallık ve ABD'de düzenlenmiş olan çevrimiçi tıbbi kitlese fonlama kampanyalarını incelememişlerdir. Şubat 2018 ile Mart 2019 arasında GoFundMe üzerinden oluşturulmuş olan; Kanada'da 1091, Birleşik Krallık'ta 1082 ve ABD'de 1223 kampanyanın analizinde toplamda 92,9 milyon dolar toplandığı ve tıbbi desteklerin, toplam bağışa dayalı kitlese fonlamanın %51,9'unu oluşturduğu sonuçlarına ulaşmışlardır. Üç ülkenin kampanya başına düşen ortalama toplanan fon miktarlarının durumu ise; ABD'de 38,204 dolar, Birleşik Krallık'ta 6,285 dolar ve Kanada'da 12,662 dolar şeklinde belirlenmiştir. Kampanya büyüklüklerinin ise 2,772 dolar ile 343,762 dolar arasında değiştiği gözlemlenmiştir (Saleh vd., 2020).

Çalışmada kampanyaların içeriği de ele alınmış ve toplanan fonların yoğunlukla hangi tedavi yöntemlerinde kullanılacağı gösterilmiştir. Bu bağlamda Grafik 1' de görüldüğü üzere rutin bakım, tüm kampanyaların %69,4'ünü oluşturmuş ve Kanada kampanyalarının %68,5'inde, ABD %83.9'unda ve Birleşik Krallık %54.0'ünde rutin sağlık bakımına yer vermiştir. Deneysel, onaylanmış ancak erişilemeyen ve alternatif bakımların ise ABD kampanyalarına kıyasla Kanada ve Birleşik Krallık ülkelerinde yürütülen kampanyaları arasında daha yaygın olduğu görülmüştür (Saleh vd., 2020).

Grafik 1. Kitlese Fonlama Kampanyalarının, Tedavi Yöntemlerine Göre Dağılımı



Kaynak: Saleh vd., 2020.

Özellikle Covid-19 pandemisinin ortaya çıkışıyla birlikte kitlese fonlama uygulamalarına başvurular ciddi derecede artmıştır. Pandeminin ilk etkileri sağlıkla ilgiliydi; bununla birlikte, hızla artan işsizlik ve gelir kaybı dahil olmak üzere ekonomik sonuçlar, hastalığın hızla yayılmasını ve bunun kontrol altına alınması için uygulanan ekonomik ve halk sağlığına ilişkin sorunlar süreç içerisinde karşılaşılan faktörler olmuştur (ILO, 2020). Küçük işletmelerin geçici ve kalıcı olarak kapatılması, ekonominin tüm sektörlerinin (örneğin, havayolu ve restoran endüstrileri) ücretsiz izne çıkarılması ve gıda fiyatlarındaki enflasyon, nüfus üzerinde sosyal, finansal ve tıbbi baskı yaratmıştır (Nicola vd., 2020). Bağışa dayalı web tabanlı kitle fonlaması, tıbbi tedaviyi finanse etmek, finansal zorluklara ve doğal afetlere yanıt vermek ve kişisel sağlık bakım maliyetlerinin yıkıcı ekonomik etkilerini ortadan kaldırmak için giderek daha bilinen bir araç haline gelmiştir (Bassani vd., 2019).

Saleh vd. 2021 yılında yapmış oldukları çalışmada ABD genelinde, web tabanlı kitlesel fonlama olan GoFundMe platformu üzerindeki Covid-19 pandemisi ile ilgili yapılmış olan kampanyaları değerlendirmişlerdir. Bu değerlendirmede 1 Ocak ile 10 Mayıs 2020 tarihleri arasında oluşturulan toplam 310.695 yeni kampanyadan, tüm kategorilerde 232.827 kampanya analiz edilmiş olup bu kampanyalardan 51.763/232.827'sinin (%22,2) Covid-19 ile ilgili olduğu belirlenmiş ve bu kampanyalardan toplu olarak 10 Mayıs 2020'ye kadar 237.418.235 dolar toplandığı bilgisine ulaşılmıştır (Saleh vd., 2021).

Günümüzde teknolojinin hızlı gelişimi hem olumlu hem de olumsuz etkilere sahiptir. Olumlu etkisinden bakıldığında teknoloji birçok kişiye günlük yaşamın çeşitli alanlarında fayda sağlamaktadır. Fayda, özellikle müreffeh toplum için çok yararlı olacaktır. Ekonomik kısıtlamaları aşabilmek amacıyla teknoloji, hızlı bir şekilde reaksiyon alınabilecek işlevsel araçları içerisinde barındırmaktadır. İnternet veya kitle iletişim araçları vasıtasıyla fon toplamak için kullanılacak kitlesel fonlama platformları her geçen gün bu konudaki kritik önemini arttırmaktadır. Bu platformlar sağlık sorunlarının yanı sıra doğal afetler, insani yardımlar, sosyal faaliyetler, tesis ve altyapı inşaatı gibi çeşitli yardımlar için de kaynak sağlayabilmektedir (Doran vd., 2022).

Sağlık hizmetlerinde kitlesel fonlama, projenin amacına ve finansman türüne göre dört kategoride sınıflandırılabilir (Renwick vd., 2017):

- İlki, belirli tıbbi hizmetleri veya ürünleri karşılayamayan hastaların cepten harcamalarını finanse etmek için bağış temelli kampanyalar olan sağlık harcamaları olarak adlandırılabilir. Bağış temelli kitlesel fonlu sağlık harcamalarına örnek olarak katarakt ameliyatı, kemoterapi, motorlu tekerlekli sandalye temini, evde bakım hizmetleri veya SMA gibi, kişilerin cepten ödemede zorluk yaşayacakları veya ödeyemeyecekleri yüksek maliyete sahip hastalıkların tedavileri veya hastalıklardan doğan ihtiyaçlar verilebilmektedir.
- İkinci tip, tıbbi kurumlar veya hayır kurumları için bağış toplamayı, hasta eğitim programlarını, hastalık bilinci kampanyalarını ve küresel sağlık misyonlarını içeren kar amacı gütmeyen sağlık girişimleridir. Bu kitlesel fonlama kampanyalarına yapılan katkılar, genellikle bağışlar veya ödül teklifleri yoluyla teşvik edilmektedir.
- Üçüncü sınıflandırma sağlık araştırmasıdır. Sağlık bilimcileri için kar amacı gütmeyen araştırma çalışmaları gerçekleştirebilmeleri amacıyla bağışları doğrudan kitlesel fonlamaya başvurma konusunda yükselen bir eğilim mevcuttur.
- Son olarak, ticari potansiyele sahip yenilikçi sağlık hizmetleri girişimleri, yatırıma dayalı, tipik olarak öz sermaye temelli kitlesel fonlaması yoluyla gereken bütçeye erişebilmektedirler.

Sağlıkla hizmetlerinde kitle fonlaması uygulamalarının ekonomik açıdan faydaları bulunmaktadır. Bunlar sıralanacak olursa;

* “Sağlık sektörüne fon sağlayıcı katılımını genişletir”

Kitle fonlaması, kurumsal engelleri yıkarak ve aktif katılımı teşvik ederek yerel, ulusal ve küresel aşamalarda ekonomik paylaşım sistemlerini desteklemekte ve gün geçtikçe büyümektedir (Sharing, 2014).

* “Finansal desteğin bireylere ve KOBİ'lere erişimini iyileştirir”

Kitle fonlaması, KOBİ'ler ve bireyler için mali desteğe genel erişimi iyileştirebilir. Sağlığı geliştirici yeni fikirlere sahip girişimcilere fon sağlayarak veya kendi başına sermayesini arttıramayacak durumda olan KOBİ'ler için oldukça avantajlı olanaklar sağlamaktadır (Valanciene ve Jegeleviciute, 2013).

* “İhmal edilen sağlık sorunlarına farkındalık ve finansman sağlar”

Sağlık sektöründe nadir hastalıklar bazen geleneksel finansman kaynakları tarafından göz ardı edilebilmektedir. Kitle fonlaması, bu fon boşluklarına para çekilmesine yardımcı olabilir ve bu yönüyle insanların hayatına direkt olarak olumlu etkide bir etkide bulunabilir (Dragojlovic ve Lynd, 2014).

* “Sosyal katılımı geliştirir”

Sağlık sektöründe şeffaflık ve sosyal katılım özellikle güçlüdür çünkü fon verenler genellikle finanse edilen kişi, konu veya işletme ile kişisel bir bağlantıya sahiptir. Bu içsel bağlantı, kitle fonlaması ilişkisinde açıklığı ve hesap verebilirliği teşvik eder (Smith, 2016).

Sağlık hizmetlerinde kitlesele fonlamanın kullanımında ekonomik riskler de mevcuttur. Bu riskler beş kategoride incelenebilmektedir:

* “Öncelik belirlemede verimsizlik”

Kitlesele fonlama, sağlık önceliğinin belirlenmesi ve finansmanın tahsisi için verimsiz bir yöntem olabilir, çünkü kararlar fonu sağlayan bireylerin duyarlılığı tarafından yönlendirilecektir. Bir araştırma projesinin veya tıbbi harcama kampanyasının başarısı, çoğunlukla, başlatıcıların sosyal ağlara dokunma becerisine bağlıdır. Başlatıcıların sosyal medya üzerinden oluşturacakları algı, fon sağlayacak olan finansörleri etkileyecektir (Wnner vd., 2015).

* “Finansal riskler”

Akredite olmayan veya tecrübesiz yatırımcıları özel sermaye yatırımı ve kredilendirme ile tanıştırmak, onları farkında olduklarından daha fazla finansal riske maruz bırakabilir. Öz sermaye yatırımı arayan yeni kurulan işletmeler, ilk beş yılda genellikle %75 ile %90 arasında başarısızlık oranlarına sahiptir. Kitlesele fonlu krediler genellikle teminatsızdır ve ikincil piyasası olmayan öz sermaye temelli kitlesele fonlama piyasasında minimum likidite vardır. Finansal riskler, desteklenen bir projenin öngörülen hedefine ulaşmama olasılığının bulunduğu bağış ve ödüle dayalı kitlesele fonlama kampanyaları için de geçerlidir (Hemmedi, 2015).

* “Belirsiz düzenleyici çerçeve”

Kitle fonlamasına ilişkin mevcut düzenleyici tanımların tam olarak belirlenmediği görülmektedir ve politika yapıcılar arasında, kitlesele fonlama faaliyetlerinde neyin mevcut olduğu ve neyin gelecekteki kitlesele fonlama düzenlemesinin kapsamına girmesi gerektiği konusunda belli bir fikir birliği olmaması yatırımcı için yüksek risk teşkil etmektedir (Renwick vd., 2017).

* “Hesap verebilirlik, şeffaflık ve durum tespiti konuları”

Finansörler ve proje başlatanlar arasındaki anonimlik, coğrafi mesafe ve bilgi asimetrisi, tüm projelerde hesap verebilirlik, şeffaflık ve durum tespiti sağlamayı zorlaştırmaktadır. Bu sorumluluğun çoğu, katkıda bulunanlara gerekli bilgileri sağlamak ve projenin belirtilen hedeflerini yerine getirmek için proje başlatıcılarına düşmektedir. Ancak projeyi başlatanlar sorumluluklarından kaçınabilirler ve bu durumda yatırımcıların hedefleri gerçekleşmeyebilir (Agrawal vd., 2014).

* “Dolandırıcılık ve kara para aklama riski”

Çevrimiçi kitlesele fonlamasında, geleneksel yasal ve itibar güvenliği önlemleri çalışmayabileceğinden, bu durum katkıda bulunanları dolandırıcılığa açık hale getirir. Sahip olmadıkları bir tıbbi durum için hileli bir şekilde bağış toplayan kitlesele fon sağlayıcıları ile karşılaşılma riski bulunmaktadır (Robock, 2014).

VIII. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KİTLESEL FONLAMANIN TÜRKİYE’DEKİ DURUMU

Türkiye’de ise bağış temelli ve dolayısıyla sağlık hizmetleri üzerine kitlesele fonlama faaliyetleri yasal kısıtlılıklardan dolayı derneklerin kendi internet siteleri üzerinden bağış toplanması şeklinde gerçekleşmektedir. 27 Ekim 2021 tarih ve 31641 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiş olan Sermaye Piyasası Kurulu’nun (SPK) III-35/A.2. Sayılı Kitle Fonlaması Tebliği’nin kapsamını borç temelli ve öz sermaye temelli kitlesele fonlama uygulamaları oluşturmaktadır. Ödül temelli kitlesele fonlama ile özellikle sağlık sektörü dahilinde sıklıkla gözlemlenen bağış temelli kitlesele fonlama SPK tebliği kapsamının dışında bırakılmıştır (SPK, 2021). Bu durum, Türkiye’de henüz ödül ve bağış temelli kitlesele fonlama uygulamaları için bir alt yapı oluşturulmadığını göstermektedir. Bağış temelli faaliyetler; yardımlaşma amacıyla kurulmuş olan derneklerin bünyesinde gerçekleştiriliyor olup, kitlesele fonlama uygulaması şeklinde değerlendirilmemektedir. Bundan dolayı dernekler tarafından toplanan

fonlar, Dernekler Kanunu ve Dernekler Yönetmeliği ile 2860 sayılı Yardım Toplama Kanunu kapsamındaki yardımlar olarak değerlendirilmektedir. Bu kapsam doğrultusunda yalnızca “Kamu yararına uygun olarak, amaçlarını gerçekleştirmek, muhtaç kişilere yardım sağlamak ve kamu hizmetlerinden bir veya birkaçını gerçekleştirmek veya destek olmak üzere” ve “ilgili makamlardan izin alınması zorunluluğu” ile yardım toplanabilmektedir (Yardım Toplama Kanunu, 1983).

Kitlesel fonlama faaliyetinde bulunmak amacıyla SPK kurulu tarafından listeye alınmış olan platformlar ise Tablo 4’te sıralanmıştır. Bu platformlar tek tek incelenmiş ve 2022 yılının Aralık ayında aktif olan, sağlık sektörüyle bağlantılı projelere ait kampanya sayısının 2 olduğu gözlemlenmiştir. İlki Görsel 4’te sunulmuş olan Dijital Kitle Fonlama Platformu A.Ş. bünyesindeki “Efonla” websitesinde bulunan ve Vetbiotech Biyoteknoloji şirketi için oluşturulmuş olan sermaye temelli kitlesel fonlama kampanyasıdır. Hedeflenen fon tutarı ise minimum 16.660.000 ₺ değerindedir (Efonla, 2022). Diğer kampanya ise; Görsel 5’te sunulmuş olan Global Kitle Fonlama Platformu A.Ş. bünyesindeki “Invest.fonbulucu” websitesinde bulunan ve Steto Sağlık Bilişim Turizm Sanayi ve Ticaret şirketi için oluşturulmuş olan sermaye temelli kitlesel fonlama kampanyasıdır. Bu kampanyada hedeflenen fon tutarı ise minimum 1.300.000 ₺ değerindedir (Fonbulucu, 2022).

Tablo 4. Kitle Fonlaması Faaliyetinde Bulunmak Üzere Kurul Tarafından Listeye Alınan Platformlar

Unvanı	Faaliyet türü	Listeye Alınma Tarihi
Vakıf Yatırım Menkul Değerler A.Ş.	Paya dayalı kitle fonlaması	01.04.2021
Global Kitle Fonlama Platformu A.Ş.	Paya dayalı kitle fonlaması	08.04.2021
Global Kitle Fonlama Platformu A.Ş.	Paya dayalı kitle fonlaması	08.04.2021
Dijital Kitle Fonlama Platformu A.Ş.	Paya dayalı kitle fonlaması	14.10.2021
İnfo Yatırım Menkul Değerler A.Ş.	Paya dayalı kitle fonlaması	25.11.2021
Fongogo Kitle Fonlama Platformu A.Ş.	Paya dayalı kitle fonlaması	06.01.2022
Girişim Kitle Fonlama Platformu A.Ş.	Paya dayalı kitle fonlaması	24.02.2022
Basefunder Kitle Fonlama Platformu A.Ş.	Paya dayalı kitle fonlaması	21.07.2022

Kaynak: SPK, 2021.

Görsel 4. Efonla - Vetbiontech Biyoteknoloji Kampanyası Arayüzü

VETBIOTECH BİYOTEKNOLOJİ
DR. BIOLYSE, QUANTUM SINYAL TEDAVİ SİSTEMİ

Sağlık | Medikal Teknoloji | Biotechnology

HAKKINDA | TAKIM

Proje Bilgileri | SSS | Gelişmeler | Yorumlar

Proje Hakkında

Fazladan pay kampanyası detayları Hak Yüklülüğü ve Kıstamlalarda. AVB Biyoteknoloji A.Ş. 2020 yılında dünyada ilk defa kuantum biyolojisi alanında buluşunu yaptığı ve geliştirdiği kuantum tünelleme tekniği ile sinyal tedavisi sistemini hayata geçirmiştir. Bilimsel düzeyde, hayvanlar üzerinde yapılan deneysel ve klinik çalışmalarda, bakteri ve moleküler düzeyde tüm virüs tipleri üzerinde tedavi etkilisini kanıtlamıştır. Bu tedavi sisteminin tüm dünyaya yayılması, Ar-Ge çalışmalarını devam ettirilerek, tedavi mekanizmasında

1% TAMAMLANDI
2%
31Gün 35saat 58dakika 55Saniyeye

Yatırımcı 47
Sunulan Pay % 2,5

Fon Tutarı

Toplanan ₺ 107.763
Hedef(Min) ₺ 16.660.000
Hedef(Maks) ₺ 19.992.000

Yatırım Miktarı
0

Yatırım Yap
Favoriye Ekle

Kaynak: Efonla, 2022.

Görsel 5. Fonbulucu - STETO Kampanyası Arayüzü

STETO
STETO, uzmanla görüşmenin yeni yolunu sunar.

STETO Online Sağlık bir Teknoloji Projesidir
Sağlık, Tıbbi Malzeme Kategorisinde yer almakta ve İş Modeli B2B ve B2C'dir

%111.8

Hedeflenen Alınan Yatırım
Fonlama
₺ 1.300.000 ₺ 1.453.375

932 Yatırımcı Pay Aldı.

Kampanya Hakkında

Girişim Şirketi Hakkında
Ankara Kalkınma Ajansı, girişimin yatırım turuna fonbulucu Girişim Sermayesi Yatırım Fonu ile birlikte katılarak 200.000 TL eş finansman ile yatırım yapma kararı almıştır.

BEDELSİZ PAY HEDİYE KAMPANYASI
Yatırım turu kampanyamızda, %100 fonlanma rakamına ulaşana kadar yapılan yatırımlarda yatırımcılara **%22 fazladan pay** verilecektir. Ek paylar MKK nezdinde yapılacak pay dağıtımı esnasında yatırımcıların hesaplarına aktarılacaktır. Dağıtılacak bedelsiz paylar kurucu ortak Ata Özdemirci'in payından verilecektir.

Kampanya Durumu: Başarılı
Kampanya Kodu: ND6PCG
Kampanya Kapanış Tarihi: 13.05.2022

Kaynak: Fonbulucu, 2022.

Türkiye'deki bağış temelli kitlese fonlama faaliyeti yürüten dernek statüsündeki kurumların başlıcalarına ait internet siteleri incelenmiştir. İlk olarak incelenen kuruluş SMA Hastalığı ile Mücadele Derneği'dir. Dernek, 2017 yılından bu yana Türkiye'nin dört bir yanındaki SMA hastaları ve hasta ailelerine ücretsiz hizmet veren, tedavi, eğitim ve sosyal haklara erişim için savunuculuk yapan, hak temelli çalışan ve kar amacı gütmeyen bir sivil toplum kuruluşudur. Tablo 5'te kuruluşun 2017-2021 yıllarına ait gelir durumu sunulmuştur.

Tablo 5. SMA Hastalığı ile Mücadele Derneği'nin 2017-2021 Yılları Gelir Durumu

Yıllar	Gelir Miktarı
2017	45.150 ₺
2018	59.119 ₺
2019	69.888 ₺
2020	2.485.170 ₺
2021	6.163.503 ₺
Toplam	8.882.830 ₺

Kaynak: SMA Hastalığı ile Mücadele Derneği, 2022.

Türkiye'de kitlese fon toplama aracılığıyla faaliyetlerine devam eden bir diğer kuruluş ise, halka sağlamış olduğu katkılarla birlikte son yıllarda popüleritesini oldukça yükselten Ahbap Derneği'dir. Ahbap'a ilişkin 2021 yılına ait veriler incelenmiştir. 2021 yılında Afet bölgelerindeki ihtiyaçların karşılanması amacıyla toplanan fondan arta kalan miktar, Tablo 6'da görülüşü üzere 13.300.00 ₺, 2021 yılı itibarıyla derneğin faaliyette olduğu farklı sağlık ve sosyal yardım alanlarına aktarılmıştır.

Tablo 6. 2021 Yılında Yaşanan Doğal Afetler İçin Ahbap Tarafından Toplanmış Olan Fondan Arta Kalan Miktarın Kullanım Durumu

AFET BÖLGELERİNE AKTARILDIKTAN SONRA KALAN FONUN KULLANIMI	
Fonun Kullanılma Amacı	Kullanılan Fon Miktarı
Marmaris'te yanan 3 evin yeniden inşası	1.100.000 ₺
Evlenecek çiftlere ücretsiz SMA kiti desteği	2.000.000 ₺
Üniversite öğrencilerinin konaklama ve öğrenim bursları	4.200.000 ₺
Ahbap'ın yürüttüğü yardımlaşma çalışmaları	4.000.000 ₺
Toplam	11.300.000 ₺
SAHA ÇALIŞMA GİDERLERİ	
Operasyon	106.854 ₺
Yakıt	11.000 ₺
Ulaşım / Konaklama	100.079 ₺
Afet koordinasyon aracı	1.800.000 ₺
Toplam	2.017.933 ₺

Kaynak: Ahbap, 2022.

Ahbap Derneği, muhtaç insanlara yardım sunmak üzere, türlü nakit ve toplum işbirliği bilincini güçlendirmek için, iyi bir insan ve iyi bir toplum inşasına hizmet etmek, yeni işbirliği modelleri ve projeleri ile dayanışmaya dayalı modern ve sürdürülebilir ağlar oluşturmak ve yerel kültürü korumak amacı ile kurulmuştur. 2020 yılı içerisinde yapmış oldukları faaliyetler Görsel 6'da sunulmuş. Bu faaliyetler içerisinde 16.932 kere düzenlenen kan ve kök hücre bağışi kampanyası ve 428 adet tekerlekli sandalye veya tıbbi donanım temini gibi sağlık destekleri, sağlık hizmetlerinde kitlesel fonlama uygulamalarına örnek olarak verilebilmektedir.

Görsel 6. Ahbap Derneğinin 2020 Yılı Bilançosu

Kaynak: Ahbap, 2022.

Covid-19 Pandemisinde yaşanan hastalıklar ve ölümler neticesinde birçok hane gelir kaybına uğramıştır. Bunların yanında kapanma süreçlerinin yaşanması da işyerlerinin faaliyetlerinin durmasına neden olarak yine birçok hanenin gelir kaybı yaşamasına sebep olmuştur. Tüm bu unsurlar nedeniyle hanelerin, pandeminin olumsuz mali yansımalarından korunabilmesi amacıyla Cumhurbaşkanlığı düzeyinde bir kitlese fonlama kampanyası oluşturulmuştur. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığınca faaliyete geçirilen “Biz Bize Yeteriz Türkiyem” bağış kampanyası incelenecek olursa (T.C. Cumhurbaşkanlığı İletişim Başkanlığı, 2022);

- Kampanyaya, KORONA yazıp 8119’a kısa mesaj (SMS) atılarak, mesaj başına 10 lira bağışta bulunulmuştur. Ayrıca, bağış için Ziraat, Ziraat Katılım, Vakıflar ve Vakıf Katılım bankaları ile Halkbank’ta açılan hesap numaraları da bulunmaktaydı.
- Covid-19 Pandemisinden dolayı ekonomik kriz içerisinde bulunan vatandaşlara finans sağlamak amacıyla bağış temelli bir kitlese fonlama kampanyası oluşturulmuştur.
- Bakan Selçuk, Biz bize yeteriz Türkiyem kampanyası için vatandaşların toplam 6.405.225 kısa mesaj (SMS) attığını kaydetmiştir.
- 1,2 Milyon İhtiyaç Sahibi Haneye 1.000’er ₺ Destek Bakan Selçuk, “Bu kapsamda yaklaşık 1,2 milyon ihtiyaç sahibi haneye 1.000’er ₺ nakdi destek verildiğini ve Kampanya kapsamında toplanan miktarın kalanını da ihtiyaç sahibi hanelere ulaştırmaya devam edeceklerini açıklamıştır.

“Biz Bize Yeteriz Türkiyem” bağış kampanyasının Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığınca açıklanan bilançosu Görsel 7’de aktarılmıştır. Kampanya sonucunda toplanmış olan 29.744.049.274 ₺ Covid-19 pandemisi sürecinde; hastalık, ölüm veya işsiz kalma nedenleriyle mali krizde bulunan kişi ve hanelere dağıtılarak pandeminin yıkıcı ekonomik boyutundan kitle dayanışması sağlanarak korunulmaya çalışılmıştır.

Görsel 7. Biz Bize Yeteriz Türkiyem” Bağış Kampanyası Bilançosu

Türkiye Geneli		Ödeme Yapılan Hane/Kişi	Miktar (TL)
Sosyal Destek Programı (Hane)	FAZ 1	2.111.254	2.111.254.000
	FAZ 2	2.316.010	2.316.010.000
	FAZ 3	1.756.369	1.756.369.000
Biz Bize Yeteriz Türkiyem	Hane	1.177.521	1.177.521.000
Kısa Çalışma Ödeneği	Çalışan	3.573.480	16.452.429.206
Nakdi Ücret Desteği	Çalışan	1.705.147	2.801.753.655
İşsizlik Ödeneği	Kişi	775.252	3.128.712.413
#BirlikteBaşaracağız		Toplam: 29.744.049.274 TL	

Kaynak: T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2022.

IX. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kitlese fonlama platformları, ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine erişimde zorluk çeken birçok insan için sağlık ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla alternatif bir finansman modeli olabilmektedir. Kitlese fonlama, geleneksel finansman uygulamalarına erişim sağlayamayan çok sayıda kişi veya kurum için yeni bir modeldir. Sağlık hizmetleri ve sağlık araştırmaları da son dönemde yoğun bir şekilde bu fon tarafından finanse edilmeye başlamıştır.

Kitlesel kaynak yaratma tipik olarak kişisel sağlık bilgilerinin ifşa edilmesini içermektedir ve bu nedenle hasta mahremiyeti için bir risk olma durumu da mevcuttur. Bununla birlikte, çevrimiçi kitle fonlaması, bir hastanın nakil ameliyatını ve ilgili maliyetleri karşılama yeteneğini iyileştirebilir. Mali istikrarsızlık, optimal olmayan nakil sonuçlarına yol açabilir (örneğin, organ reddedilmesini önleyici ilaçları karşılayamama). Nakil cerrahları, tıbbi kitle fonlaması dahil olmak üzere hastaları tarafından üstlenilen nakille ilgili faaliyetlerin risk-yarar profilini optimize etmeye çalışabilirler; kampanya başarısına yatkın olan özelliklerin niceliksel olarak anlaşılması ile bu hedefin gerçekleşmesi beklenilmektedir (Durand vd., 2018). Bunun yanında kitlesel fonlama kampanyalarının yoğunluğuna göre sağlık sistemlerindeki açıkları net bir şekilde fark edebilmeleri sayesinde kaynaklarını verimli kullanarak faydalı önlemler alabileceklerdir. Örneğin Türkiye’de SMA hastalığı konusunda yapılan kampanyaların çokluğu, ülkemizde bu hastalığın tedavisinde kullanılan ilaçların ödenmesi konusunda zorluklarla karşılaşıldığı ve bu konuyla ilgili bir düzenlemeye ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Tıbbi kitle fonlaması uygulamalarına gereken önemin verilmesi ve fonlama ölçeğinin genişletilmesinin; halk sağlığı hizmetlerinde eşitliği teşvik etmeye, sağlık sigortası maliyetlerinden kaynaklanan baskıyı hafifletmeye ve ciddi hastalıkların tedavisinin sağlanmasına yardımcı olacağı tahmin edilmektedir (Jin, 2019). Sağlık hizmetlerinde kitlesel fonlamayı konu eden makalelerin incelenmesi neticesinde bağış temelli kitlesel fonlama modelinin, sağlığın finanse edilmesi konusundaki eksiklikleri azaltabileceğine dair bulgulara ulaşılmıştır. GoFunding veya Kickstarter gibi online kitlesel fonlama platformlarının başarısı göz önüne alındığında kitlesel fonlama yönteminin, sağlık hizmetlerinin maliyetinin karşılanabilmesi konusunda önemli bir alternatif finans modeli olacağı düşünülmektedir. Uygulanacak olan bağış temelli kitlesel fonlama modeli, sağlık hizmetleri maliyetlerinin yıkıcı yönünün azaltılması konusunda sağlayacağı faydanın yanında, kitle içerisindeki dayanışmayı da arttırması bakımından olumlu bir dışsallığa yol açacaktır.

Bağış temelli kitlesel fonlama faaliyetlerinin Türkiye’de SPK tarafından henüz kitlesel fonlama uygulamaları kapsamında değerlendirilmediği ve bu uygulamaların dernekler tarafından Dernekler Kanunu ve Dernekler Yönetmeliği ile 2860 sayılı Yardım Toplama Kanunu kapsamında yürütüldüğü görülmüştür. Bunun yanında, Türkiye’de sağlık sektörü üzerinde kitlesel fonlama faaliyetlerinin yalnızca sermaye temelli olarak, araştırma geliştirme projelerinin kalkındırılması amacıyla kullanılmasına imkan olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda Amerika, Birleşik Krallık veya Kanada gibi gelişmiş ekonomiye sahip olan birçok ülkede kullanılmakta olan bağış temelli kitlesel fonlama faaliyetlerinin Türkiye tarafından da online platformlar aracılığıyla sistematik bir düzen içerisinde sürdürülmesi; kampanyaların şeffaflığı, takip edilebilirliği ve kamuya sağlayacağı düşünülen yarar çerçevesince önerilmektedir.

Hükümetlerin ve sağlıkla ilgili politika yapımcıların, sağlık hizmetlerinde kitlesel fonlama uygulamalarının artan ekonomik etkisinin farkında olmaları, anlamaları ve kullanmaya yönelik hukuki ve diğer düzenlemeleri yapmaları gerekmektedir. Bu bağlamda kitlesel fonlama girişimlerini sosyalleştirerek bu platformların oluşmasının desteklenmesi beklenmektedir. Hükümetler, kitlesel fonlama uygulamaları sayesinde hem sağlık sistemlerindeki ekonomi temelli boşlukları doldurabilecekler hem de bu boşlukların neler olduğu hakkında gerçekçi veriler elde edebileceklerdir. Bu sayede kaynak sınırlılığı ile mücadele eden gelişmekte olan ülkelere etkin kaynak kullanımına yönelik stratejiler belirlenebilecek, kapsayıcı bir sağlık finansman sistemi tasarımı için alternatif modeller konusunda farkındalık artışı sağlanacaktır.

Hali hazırda sağlık hizmetlerinde kitlesel fonlama modelinden yararlanan ülkelerin ise; sağlık piyasasına katılımı genişlettiği, bireysel ve KOBİ’lerin finansmana erişimini iyileştirdiği, ihmal edilen sağlık sorunlarına finansman sağladığı ve proje hesap verebilirliği ile toplum katılımını teşvik ettiği için bu modeli kullanmaya devam etmeleri beklenmektedir. Bu ülkeler; online kitlesel fonlama platformlarına destek sağlayarak, kitlesel fonlama kampanyalarının pazarlanmasını teşvik ederek, sistemin daha dinamik işlenmesini sağlayabilmek amacıyla yasal düzenlemeler yaparak ve sistemin sürdürülebilirliği açısından gereken altyapı yatırımlarını devam ettirerek kitlesel fonlama modelinin etkisinin ve kapsamının artmasına katkıda bulunabilirler.

KAYNAKÇA

- Agrawal, A., Catalini, C. & Goldfarb, A., (2014). Some simple economics of crowdfunding, *Innovation Policy and the Economy*, 14(1), 63-97.
- AHBAP, (2022). 2020 Faaliyet özeti, Erişim adresi: <https://ahbap.org/yeniyl#stats> (Erişim tarihi 06/2022).
- Ahlers, G. K. C., Cumming, D. J., Guenther, C. & Schweizer, D., (2015). Signaling in equity crowdfunding, *Entrep Theory Pract*, 39(4), 955–980.
- Atsan, N. & Oruç Erdoğan, E., (2015). Girişimciler için alternatif bir finansman yöntemi: Kitlese fonlama (Crowdfunding), *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 10(1), 297-320.
- Ba, Z., Zhao, Y., Song, A. & Zhu, O., (2021). Understanding the determinants of online medical crowdfunding project success in China, *Information Processing & Management*, 58(2), 1-19.
- Bassani, G., Marinelli N. & Vismara S., (2019). Crowdfunding in healthcare, *The Journal of Technology Transfer*, 44(4), 1290–1310.
- Beaulieu, T., Sarker, S. & Sarker, S., (2015). A conceptual framework for understanding crowdfunding, *Communications of the Association for Information Systems*, 37(8), 1-31.
- Belleflamme, P., Lambert, T. & Schwienbacher, A., (2014). Crowdfunding: Tapping the right crowd, *Journal of Business Venturing* 29(5), 585-609.
- Belleflamme P. & Lambert T., (2016). An industrial organization framework to understand the strategies of crowdfunding platforms, *International Perspectives on Crowdfunding, Positive, Normative and Critical Theory*, 3 - 20.
- Burtch, G. & Chan, J., (2019). Investigating the relationship between medical crowdfunding and personal bankruptcy in the United States: Evidence of a digital divide, *MIS Quarterly*, 43(1), 237-262.
- Burtch, G., Ghose, A. & Wattal, S. (2013). An empirical examination of the antecedents and consequences of contribution patterns in crowd-funded markets, *Information Systems Research*, 24(3), 499-519.
- Castelluccio, M., (2012). Opening the crowdfunding release valves, *Strategic Finance*, 93(8), 59-60.
- Christensen, C. (2013). The innovator's dilemma: When new technologies cause great firms to fail, *Harvard Business Review Press*, Boston.
- Collins, L. & Pierrakis, Y., (2012). The venture crowd: Crowdfunding equity investments into businesses, *Nesta Report (Project Report)*, London, U.K.
- Çağlar, M. T., (2019). Yeni nesil alternatif finansman yöntemi olarak kitlese fonlama: Dünya ve Türkiye uygulaması, *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(2), 18-34.
- Çonkar, M. & Canbaz, M. F., (2018). Kitle fonlaması finansman yöntemi: Türkiye’de sistemin geliştirilmesine yönelik öneriler, *Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 5(2), 119-132.
- Dragojlovic, N. & Lynd, L.D., (2014). Crowdfunding drug development: The state of play in oncology and rare diseases, *Drug Discov, Today*, 19 (11), 1775-1780.

- Doran, C., Crooks, V. & Snyder, J., (2022). Qualitatively exploring the intersection of health and housing needs in canadian crowdfunding campaigns, *BMC Public Health*, 22(176).
- Durand, W. M., Peters, J. L., Eltorai, A. E. M., Kalagara, S., Osband, A. J. & Daniels, A. H., (2018). Medical crowdfunding for organ transplantation, *Clin Transplant*, 32(6):e13267.
- Efonla, (2022). Vetbiontech biyoteknoloji kampanyası arayüzü, Erişim adresi: [VETBIOTECH BIYOTEKNOLOJİ \(efonla.com\)](http://VETBIOTECHBIYOTEKNOLOJI(efonla.com)) (Erişim tarihi 12/2022).
- Fonbulucu, (2022). Fonbulucu - STETO kampanyası arayüzü, Erişim adresi: [STETO Online Sağlık \(fonbulucu.com\)](http://STETO Online Sağlık (fonbulucu.com)) (Erişim tarihi 12/2022).
- Fong, A., Jain, M., Sacks, W., Ho, A. & Chen, Y. F., (2020). Crowdfunding campaigns and thyroid surgery: Who, what, where, and how much?, *Journal of Surgical Research*, 253, 63-68.
- Gerber, E. M., Hui, J. S. & Kuo, P. Y., (2012). Crowdfunding: Why people are motivated to post and fund projects on crowdfunding platforms, *In Proceedings of the International Workshop on Design, Influence, and Social Technologies: Techniques, Impacts and Ethics*.
- GoFundMe, (2022). GoFundMe kitlesel fonlama platformunun arayüzü, Erişim adresi: <https://www.gofundme.com/> (Erişim tarihi 06/2022).
- Hemer, J., (2011). A snapshot on crowdfunding, Arbeitspapiere unternehmen und region, *Fraunhofer-Institut für System und Innovationsforschung ISI, No:R2*, Karlsruhe.
- Hemmadi, M., (2015). Equity crowdfunding will soon be legal in Canada. should you jump in?, *Canadianbusiness* Erişim adresi: <https://archive.canadianbusiness.com/investing/equity-crowdfunding-for-canadians/> (Erişim tarihi: 05/2022).
- ILO, (2020). Almost 25 million jobs could be lost worldwide as a result of Covid-19, *International Labour Organization*, Erişim adresi: https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_738742/lang--en/index.htm (Erişim tarihi 06/2022).
- Imanulrachman, A., Suciani, A., Kurniawan, F. R., Prisalia, R., Suprpto, S., Shihab, M. R. & Pinem, A. A., (2019). Analysis of crowdfunding platform in encouraging equal health services (a case study of Kitabisa.com), *International Conference on Information Management and Technology (ICIMTech)*, 623-628, DOI: 10.1109/ICIMTech.2019.8843827.
- İzmirli Ata, F., (2018). Yeni nesil finansman yöntemi olarak kitle fonlama: Türkiye potansiyeli, *MCBÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(2), 273 – 296.
- Jin, P., (2019). Medical crowdfunding in china: empirics and ethics, *Journal of Medical Ethics*, 45(8), 538-544.
- Joenssen, D. Michaelis, A. & Müllerleile, T., (2014). A link to new product preannouncement: success factors in crowdfunding, *Affiliation: Social Science Research Network*, 1-22, DOI: 10.2139/ssrn.2476841.
- Kenworthy, N. & Igra, M., (2022). Medical crowdfunding and disparities in health care access in the United States, 2016–2020, *American Journal of Public Health*, 112(3), 491-498.
- Kickstarter, (2022). Kickstarter kitlesel fonlama platformunun arayüzü, Erişim adresi: <https://www.kickstarter.com/> (Erişim tarihi 08/2022).
- Kleemann, F., Voss, G. G. & Rieder, K., (2008). Un(der)paid innovators: The commercial utilization of consumer work through crowdsourcing, *Science, Technology & Innovation Studies* 4(1), 5-26.

- Lambert, T. & Schwienbacher, A. (2010). An empirical analysis of crowdfunding, *Mimeo. Louvain School of Management*, Belgium.
- Medicalpark, (2022). Hiperbarik oksijen tedavisi nedir?, Erişim adresi: <https://www.medicalpark.com.tr/hiperbarik-oksiyen-tedavisi/hg-2658> (Erişim tarihi 06/2022).
- Medipol, (2022). Homeopati, Erişim adresi: <https://medipol.com.tr/tibbi-birimler/dahili-tip-birimleri/geleneksel-ve-tamamlayici-tip-integratif-tip/homeopati> (Erişim tarihi 06/2022).
- Memorial, (2022). Lyme hastalığı nedir?, Erişim adresi: <https://www.memorial.com.tr/hastaliklar/lyme-hastaligi-nedir> (Erişim tarihi 06/2022).
- Mollick, E., (2014). The dynamics of crowdfunding: An exploratory study, *Journal of Business Venturing*, 29(1), 1-16.
- Murdoch, B., Marcon, A. R., Downie, D. & Caulfield, T., (2019). Media portrayal of illness-related medical crowdfunding: A content analysis of newspaper articles in the United States and Canada, *PLoS One*, 23;14(4):e0215805.
- Murphy, A., Palafox, B., Walli-Attai, M., Powell-Jackson, T., Rangarajan, S., Alhabib, K. F. vd., (2020). The household economic burden of non-communicable diseases in 18 countries, *BMJ Global Health*, 5:e002040.
- Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., vd., (2020). The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (covid-19): a review, *Int J Surg*, 78, 185-193.
- Onur, M. N. & Değirmenci, Ö., (2015). Crowdfunding - Kitle fonlaması, *Hazine Müsteşarlığı Çalışma Raporları*, (7), Ankara.
- Ordanini, A., Miceli, L., Pizzetti, M. & Parasuraman, A., (2011). Crowd-funding: transforming customers into investors through innovative service platforms, *Journal of Service Management*, 22(4), 443- 470.
- Petruzzell, A. M., Natalicchio, A., Panniello, U. & Roma, P., (2019). Understanding the crowdfunding phenomenon and its implications for sustainability, *Technological Forecasting and Social Change*, 141, 138-148,
- Proelss, J., Schweizer, D. & Zhou, T., (2021). Economics of philanthropy - Evidence from health crowdfunding, *Small Bus Econ*, 57, 999–1026.
- Renwick, M. & Mossialos, E., (2017). Crowdfunding our health: Economic risks and benefits, *Social Science & Medicine*, 191, 48-56.
- Robock, Z., (2014). The risk of money laundering through crowdfunding: A funding portal's guide to compliance and crime fighting, *Mich. Bus. & Entrepreneurial L. Rev.*, 4(113).
- Roma, P., Messeni Petruzzelli, A. & Perrone, G., (2017). From the crowd to the market: The role of reward-based crowdfunding performance in attracting professional investors, *Res. Policy*, 46, 1606–1628.
- Saleh, S. N., Ajufo, E., Lehmann, C. U. & Medford, R. J., (2020). A comparison of online medical crowdfunding in Canada, the UK, and the US, *JAMA Netw Open*, 1;3(10):e2021684.
- Saleh, S. N., Lehmann, C. U. & Medford, R. J., (2021). Early crowdfunding response to the covid-19 pandemic: Cross-sectional study, *J Med Internet Res.*, 9;23(2):e25429.

- Schwienbacher, A. & Larralde, B., (2010). Crowdfunding of small entrepreneurial ventures, *Handbook of Entrepreneurial Finance*, Oxford University Press, Forthcoming, DOI: 10.2139/ssrn.1699183.
- Sharing, (2014). A primer on global economic sharing, *Share The World's Resources*, Erişim adresi: <http://www.sharing.org/information-centre/reports/primer-global-economic-sharing> (Erişim tarihi 06/2022).
- Sigar, K., (2012). Fret no more: inapplicability of crowdfunding concerns in the internet age and the JOBS act's safeguards, *Administrative Law Review*, 64(2), 473-506.
- SMA Hastalığı ile Mücadele Derneği, (2022). Mali tablolar, Erişim adresi: <https://www.sma.org.tr/mali-tablolar> (Erişim tarihi 06/2022).
- Smith, A., (2016). Shared, collaborative and on demand: the new digital economy, *Pew Research Center*, Erişim adresi: <https://www.pewresearch.org/internet/2016/05/19/the-new-digital-economy/> (Erişim tarihi 06/2022).
- SPK (2021). Kitle fonlaması tebliği taslağı (III – 35/A.2), Sermaye Piyasası Kurulu.
- T.C. Cumhurbaşkanlığı İletişim Başkanlığı, (2022). Bize yeteriz Türkiyem, Erişim adresi: <https://www.iletisim.gov.tr/turkce/haberler/detay/iletisim-baskanligindan-biz-bize-yeteriz-turkiyem-paylasimi> (Erişim tarihi 06/2022).
- T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, (2022). Bize yeteriz Türkiyem, Erişim adresi: <https://www.csgeb.gov.tr/haberler/bakan-selcuk-biz-bize-yeteriz-turkiyem-kampanyamizin-bagislariyla-ihiyac-sahibi-ailelerimize-destek-oluyoruz/> (Erişim tarihi 06/2022).
- Ulule, (2022). Ulule kitlese fonlama platformunun arayüzü, Erişim adresi: <https://www.ulule.com/> (Erişim tarihi 06/2022).
- Valanciene, L. & Jegeleviciute, S., (2013). Valuation of crowdfunding: Benefits and drawbacks, *Economics and Management*, 18(1), 39-48.
- Valanciene, L. & Jegeleviciute, S., (2014). Crowdfunding for creating value: Stakeholder approach, *Social and Behavioral Sciences*, 156, 599 – 604.
- Vox, F., Folkers, K. M., Turi, A. & Caplan, A. L., (2018). Medical crowdfunding for scientifically unsupported or potentially dangerous treatments, *JAMA*, 320(16), 1705-1706.
- Wenner, D.M., Kimmelman, J. & London, A.J., (2015). Patient-Funded trials: Opportunity or liability?, *Stem Cell*, 17(2), 135-137.
- Wongyai, S., (2008). Oryantal tıp: Naturopati, *Türkiye Klinikleri J Med Sci.*, 28(6-1), 234-235.
- Yardım Toplama Kanunu, (1983). 2860 Sayılı Yardım Toplama Kanunu, Erişim Adresi: [5871 \(mevzuat.gov.tr\)](http://www.mevzuat.gov.tr) (Erişim tarihi 12/2022).
- Yiğit, A. G., (2020). Sanal yardımlaşma: Kitlese fonlama, *Dijital Dönüşüm ve Finansal Teknolojilere Yansımaları*, 109-127, Nobel Yayınevi.