

ISSN: 2667-5838

# JOHMAL

## *Journal of Healthcare Management and Leadership*

Editörler

Prof. Dr. Şebnem YÜCEL

Prof. Dr. Recep YÜCEL

(Yıl: 2024, Sayı: 1 / Year: 2024, Issue: 1)



# JOHMAL

**JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT AND LEADERSHIP**

**SAĞLIK YÖNETİMİ VE LİDERLİK DERGİSİ**

Sayı: 1 • Eylül 2024

Issue: 1 • September 2024

ISSN: 2667-5889

<http://dergipark.gov.tr/johmal>  
e-posta: [www.journalhmal@gmail.com](mailto:www.journalhmal@gmail.com)

**Dergi Ofis Adresi (Office Address)**  
Prof. Dr. Şebnem YÜCEL  
Selçuk Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Konya

JOHMAL, uluslararası hakemli, açık erişimli bilimsel bir dergidir.

### **Baş Editörler (Chief Editors)**

Prof. Dr. Şebnem YÜCEL, Prof. Dr. Recep YÜCEL

### **Editör Kurulu (Editorial Board)**

Prof. Dr. Şebnem YÜCEL, Selçuk University, Turkey  
Prof. Dr. Recep YÜCEL, Kırıkkale University, Turkey  
Prof. Dr. Sandeep Kumar GUPTA, CMR Univ. Bangalore, School of Management, Bengaluru, India  
Prof. Dr. Sayonara de Fátima TESTON, University of West Santa Catarina, Brazil  
Prof. Dr. Andrea BENCSIK, NJ. Selye University, Komarno, Slovakia  
Prof. Dr. Patrick ZAWADZKI, University of West Santa Catarina, Brazil  
Prof. Dr. Nadiia P. REZNIK, National University of Life and Environment Science of Ukraine, Ukraine  
Prof. Dr. Suzete Antonieta LIZOTE, University of Itajai Valley, Brazil  
Prof. Dr. Akbar VALADBIGI, Elmi-Karbordi University, Jahad-e Daneshgahi, Sanandaj, Iran  
Prof. Dr. Arceloni Neusa VOLPATO, UNIFACVEST University Centre, Brazil  
Prof. Dr. Valeriia Y. PROKOPENKO, V.N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine  
Prof. Dr. Sir Bashiru AREMU, Crown University Intl Chartered Inc., Argentina, USA, Nigeria  
Prof. Dr. Beatriz Lucia Salvador BIZOTTO, UNIFACVEST University Centre, Brazil  
Prof. Dr. Madhur GUPTA, StXavier's College (Management), Bangalore, India  
Prof. Dr. Camilia Susana FALER, University of West Santa Catarina, Brazil  
Prof. Dr. BasheerYousif Ismail, Duhok Politechnic University, Department of Accounting, Iraq  
Prof. Dr. Ni Made Eka MAHADEWI, Bali Tourism Polytechnic (Management), Indonesia  
Prof. Dr. Shikha KAPOOR, Amity University, Noida, India  
Prof. Dr. Md. Zahir Uddin ARIF, Jagannath University, Dhaka, Bangladesh  
Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU, Ankara University, Turkey  
Prof. Dr. Iryna Mihus, Scientific Center of Innovative Researches, Estonia  
Assoc. Prof. Dr. Irmantas Rotomskis, Mykolas Romeris University, Lithuania  
Dr. Praveen Kumar SHARMA, Jaypee Institute of Information Technology, India  
Dr. Neringa Povilaitienė, Šiaulių Valstybinė Kolegija, Lithuania  
Dr. S. Patrick Mahoney, United States of America (USA), Colorado State University

### **Temel İletişim [Primary Contact]**

Assoc. Prof. Dr. Demet AKARÇAY ULUTAŞ  
demetakarcay@gmail.com  
+90332 444 12 51-7460

Assoc. Prof. Dr. Erhan KILINÇ  
erhank23@hotmail.com  
+90 554 125 46 53

Lecturer Fatih SÜNBÜL  
fatihsunbul@kilis.edu.tr  
+90 553 305 83 70

### **Teknik İletişim [Technical Contact]**

Lecturer Fatih SÜNBÜL  
fatihsunbul@kilis.edu.tr  
+90 553 305 83 70

## JOHMAL'İN TARANDIĞI İNDEKSLER



Journal of Healthcare Management and Leadership is an international peer-reviewed journal which is published one times a year. Special or additional issues may also be published if necessary. The articles cannot be cited partly or entirely without showing resources.

The responsibility about scientific and grammatical issues is belong to authors. The papers sent to the journal are reviewed by two referees and after their approval, they will be sent to edit before being published.

Writing & Publishing Policies can be found in the journal's website.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored or introduced into a retrieval system without prior written permission.

Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi yılda bir kez yayınlanan uluslararası hakemli bir dergidir. Gerek duyulduğunda özel veya ek sayı çıkarılabilir. Dergide yer alan yazılar kaynak gösterilmeksizin kısmen ya da tamamen iktibas edilemez. Bu dergide yayınlanan çalışmaların bilim ve dil sorumluluğu yazarlarına aittir.

Dergimize gönderilen çalışmalar, alanında uzman iki ayrı hakem tarafından incelendikten sonra uygun görülenler yayınlanmaktadır.

Yazım kurallarına ilişkin bilgilere dergimizin web adresinde yer verilmiştir.

Bu derginin tüm hakları saklıdır. Önceden yazılı izin almaksızın hiçbir iletişim ve kopyalama sistemi kullanılarak yeniden kopyalanamaz, çoğaltılamaz ve satılamaz.

**JOURNAL NAME: JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT AND LEADERSHIP (JOHMAL)**

**AIMS AND SCOPE:**

The Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL) aims to contribute to the fields of health management (includes health care fields such as health services delivery, health institution management, health economics, health policy and planning, human resources management in health institutions, marketing, production, financing and quality management in health services, health law, public health and epidemiology, etc.) and leadership by publishing through articles, research and the spread of various arguments in the field of health management and leadership.

The Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL) publishes empirical research and theoretical studies on health science, leadership, analyzing, researching, discussing and promoting social policies or practices based on individuals, families, communities, organizations, and countries.

**DERGİ ADI: SAĞLIK YÖNETİMİ VE LİDERLİK DERGİSİ**

**AMAÇ VE KAPSAM:**

Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi, sağlık yönetimi ve liderlik alanında makaleler, araştırmalar ve çeşitli argümanların yayılması yoluyla yayın yaparak sağlık yönetimi ve liderlik alanlarına katkıda bulunmayı amaçlamaktadır. Derginin amacı, bu alanda yeni uygulamaların, bakış açılarının ve aynı zamanda teorik bilgi donanımıyla desteklenen sosyal politikaların ve stratejilerin paylaşılmasıdır.

Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi, sağlık yönetimi (sağlık hizmetleri sunumu, sağlık kurumları yönetimi, sağlık ekonomisi, sağlık politikası ve planlaması, sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetimi, sağlık hizmetlerinde pazarlama, üretim, finansman ve kalite yönetimi, sağlık hukuku, halk sağlığı ve epidemiyoloji vb. gibi sağlık alanları içerir) , liderlik, sosyal konular, davranışsal ve bireylere, ailelere, toplumlara, kuruluşlara, ülkelere dayanan beşeri bilimlerle ilgili sosyal politikaları veya uygulamaları analiz etme, araştırma, tartışma ve teşvik etme ile ilgili ampirik araştırma ve teorik çalışmaları yayımlar.

## **PUBLISHING POLICIES OF JOURNAL**

1. Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL) is an international, free peer-reviewed journal, in which studies are published annually in English, German and Turkish. Special or additional issues may also be published if necessary. JOHMAL publishes empirical research and theoretical studies on analyzing, researching, discussing and promoting humanities-related social policies or practices based on health management (includes health care fields such as health services delivery, health institution management, health economics, health policy and planning, human resources management in health institutions, marketing, production, financing and quality management in health services, health law, public health and epidemiology, etc.), leadership, social issues, individuals, families, communities, organizations, and countries.

2. All rights of the articles decided to be published in JOHMAL are transferred to the journal during the publishing process. The copyright transfer of the articles is taken by filling in and signing the form presented on the journal website. Publications of the authors who do not send this form cannot be published.

3. At JOHMAL, the studies are taken into consideration together with the Plagiarism Report (iThenticate, Turnitin). The plagiarism rate should be less than 15%. If a plagiarism report is not included or the plagiarism rate is high, the editor has the right to reject the article directly.

4. All legal, economic and ethical obligations of the articles sent to JOHMAL belong to the authors. The articles sent to JOHMAL to be published should not have been published in any media before and it should not be in the process of publication evaluation when added to the system. In addition, the symposium papers can be published provided that the place of presentation, meeting and the date are recorded and the full text version is not published elsewhere. However, the responsibility of any problem likely to arise from this publication activity belongs to the author. Besides, Ethical Committee approval must be obtained for studies on clinical and experimental human and animals requiring an Ethics Committee decision, this approval must be stated in the article and must be submitted as an appendix at the end of the article. Publications that do not meet this requirement are not acceptable.

5. Articles that do not comply with the Style Guidelines in the Author Guidelines tab of JOHMAL may not be considered.

6. Journal Refereeing and Evaluation Process: Double-blind review method is applied in our journal. The referees are not informed about who the submitted article belongs to, and the author(s) are not informed about the identities of the reviewers. All evaluation processes and referee reports are stored in a digital archive. Articles in which the referees give negative reports are not published and are not returned to their author(s); administrative and judicial responsibility cannot be accepted in this regard. In the articles, the referees' correction requests are sent to the author(s) for necessary changes. The authors take into account the requests, suggestions and warnings of the referees and the editor. However, the authors can object to the referee's decisions and the issues they disagree with by stating their reasons. In this case, the opinion of another referee is sought. In cases where one of the referee's reports is positive and the other is negative, the article is sent to a third referee. It is the author's responsibility to submit the corrected article text to the journal within the specified time. Editor(s) have the authority to make minor non-essential corrections in the articles to be published. Referee opinions only express opinions to the editors in making the final decision. The final decision belongs to the editors.

In our journal, the evaluation process of the articles is carried out according to the following points:

- Articles in accordance with scientific ethical rules; It is evaluated by the editor and/or the members of the editorial board in terms of purpose, scope, method and writing principles. After the pre-check by the journal editors, articles are evaluated In our journal.
- The articles that are suitable for evaluation are primarily directed to two referees who are suitable for the field with their scientific studies, to be evaluated without specifying the identity of the author (blind refereeing).
- Within 7 days, the referee has the right to accept or reject the evaluation task. The referee who accepts the assignment is given 15 days to evaluate the article. The speed of the evaluation process of the articles is the responsibility of the referee.
- If both referees give the opinion " publishable ", the articles are published in the volume and number to be determined by the editorial board of the journal as soon as possible.
- In case one of the referees gives a positive opinion and the other a negative opinion; the article is sent to a third referee. In this case, the publication of the article depends on the report of the third referee.
- The articles are not returned whether they are published or not. The authors have to take into account the criticisms and suggestions of the referees regarding the corrections of the article they sent.
- It is the author's responsibility to deliver the corrected article text to the journal within the specified time. When necessary, the corrected text can be re-examined by the referees. The authors are not informed about the identities of the referees, and the referees are not informed about the authors and the article (Blind Refereeing).
- Referee evaluation reports are stored in the journal's digital archive.



## **SUBMISSION GUIDELINES**

1. Articles must be written in the Microsoft Word Programme and the page structure must be created as follows:

Paper Size	A4 Vertical
Top Margin	3 cm
Bottom Margin	3 cm
Left Margin	3 cm
Right Margin	3 cm
Font	Times News Roman
Font Style	Normal
Type Size	(Head line) 12
Type Size	(Regular Text) 11
Type Size	(Footnote Text) 9
Type Size	(Abstract) 10
Paragraph Spacing	6 nk
Line Spacing	1
2. The abstract should be no more than 250 words and should have the following subsections.
  - **Summary** (which should contain details of the context for the article and methods/approached)
  - **Findings** (which should contain the key findings)
  - **Applications** (which should contain details of impact and application to Professional practice)
3. Full articles should be a maximum of 8000 words.
4. Manuscripts should have 3-5 keywords under the abstract.
5. The manuscripts should follow APA reference style.
6. The manuscripts that are not appropriate for submission guidelines cannot be include in peer review process.

## DERGİ YAYIM İLKELERİ

1. Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi (JOHMAL), yıllık olarak İngilizce, Almanca ve Türkçe dillerde çalışmaların yayınlandığı uluslararası, ücretsiz hakemli bir dergidir. Gerekli durumlarda özel ya da ek sayılar yayınlanabilmektedir. JOHMAL, sağlık yönetimi (sağlık hizmetleri sunumu, sağlık kurumları yönetimi, sağlık ekonomisi, sağlık politikası ve planlaması, sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetimi, sağlık hizmetlerinde pazarlama, üretim, finansman ve kalite yönetimi, sağlık hukuku, halk sağlığı ve epidemiyoloji vb. gibi sağlık alanları içerir), liderlik, sosyal konular, bireylere, ailelere, toplumlara, kuruluşlara, ülkelere dayanan beşeri bilimlerle ilgili sosyal politikaları veya uygulamaları analiz etme, araştırma, tartışma ve teşvik etme ile ilgili ampirik araştırma ve teorik çalışmaları yayımlar.

2.JOHMAL'da yayınlanmasına karar verilen çalışmaların bütün hakları yayın sürecinde dergiye devredilmektedir. Makalelerin telif hakkı devri, dergi internet sayfasında sunulan form doldurulup imzalanmak suretiyle alınır. Bu formu göndermeyen yazarların yayımları basılamaz.

3.JOHMAL'da çalışmalar, İntihal Raporu (iThenticate, Turnitin) ile değerlendirilmeye alınmaktadır. İntihal oranının %15'ten az olması gerekmektedir. İntihal raporu eklenmediği veya intihal oranının yüksek olması takdirde editör makaleyi direkt reddetme hakkına sahiptir.

4. JOHMAL'e gönderilen yazıların tüm yasal, ekonomik ve etik yükümlülükleri yazarlarına aittir. Yayınlanmak üzere JOHMAL'a gönderilen yazıların daha önce herhangi bir mecrada yayınlanmamış olması ve sisteme eklendiğinde yayın değerlendirme sürecinde olmaması gerekmektedir. Ayrıca sempozyum bildirimleri, sunum yeri, toplantı ve tarihi kaydedilmek ve tam metni başka bir yerde yayımlanmamak kaydıyla yayımlanabilir. Ancak bu yayın faaliyetinden kaynaklanabilecek sorunların sorumluluğu yazarına aittir. Ayrıca klinik ve deneysel insan ve hayvanlar üzerinde Etik Kurul kararı gerektiren çalışmalar için Etik Kurul onayı alınmalı, bu onay makalede belirtilmeli ve makale sonunda ek olarak sunulmalıdır. Bu şartı sağlamayan yayımlar kabul edilmez.

5.JOHMAL'ın yazım kuralları sekmesinde yer alan Yazım İlkeleri'ne herhangi bir açıdan uygunluk arz etmeyen yazılar değerlendirilmeye alınmayabilir.

6. Dergi Hakemlik ve Değerlendirme Süreci: Dergimizde, çift kör hakemli değerlendirme (double-blind review) yöntemi uygulanmaktadır. Gönderilen makalenin kime ait olduğu hakkında hakemlere; makaleyi değerlendiren hakemlerin kimlikleri hakkında ise yazar(lar)a ve başka kişilere bilgi verilmez. Tüm değerlendirme süreçleri ve hakem raporları, dijital arşivde saklanmaktadır. Hakemlerin olumsuz rapor verdiği makaleler yayımlanmaz ve yazar(lar)ına geri verilmez; bu konuda idarî ve adlî sorumluluk kabul edilmez. Makalelerde hakemlerin düzeltme istekleri, gerekli değişiklikler için yazar(lar)ına gönderilir. Yazarlar, hakemlerin ve editörün istek, öneri ve uyarılarını dikkate alırlar. Ancak, yazarlar, hakem kararlarına ve katılmadıkları hususlara gerekçelerini belirterek itiraz edebilirler. Bu durumda başka bir hakemin görüşüne başvurulur. Hakem raporlarından birinin olumlu, diğerinin olumsuz olduğu durumlarda, makale üçüncü bir hakeme gönderilir. Belirtilen süre içinde, düzeltilmiş makale metni dergiye göndermenin sorumluluğu yazara aittir. Dizinleme kriterleri gereğince, Editör/Editörler, yayımlanacak makalelerde, esasa yönelik olmayan küçük düzeltmeler yapma yetkisine sahiptir. Hakem görüşleri editörlere son kararı vermede sadece görüş belirtir. Son karar editörlere aittir.

Dergimizde, makalelerin değerlendirme süreci, aşağıda belirtilen hususlara göre yapılmaktadır:

- Bilimsel etik kuralları gereği makaleler; amaç, kapsam, yöntem ve yazım ilkeleri açısından editör ve/veya yayım kurulu üyeleri tarafından değerlendirilir. Dergi editörlerince, ön kontrol aşaması sonrasında, dergimizde makaleler değerlendirmeye alınır.

- Değerlendirmeye alınan makaleler, yazarının kimliği belirtilmeksizin (kör hakemlik) değerlendirilmek üzere, bilimsel çalışmaları ile alana uygun öncelikle iki hakeme yönlendirilir.
- 7 gün içinde hakemin değerlendirme görevini kabul edip etmeme hakkı vardır. Görevi kabul eden hakeme, makaleyi değerlendirmek için 15 günlük süre verilir. Makalelerin değerlendirilmesi sürecinin hızı, hakemin sorumluluğundadır.
- İki hakemin de "Yayınlanması Uygundur" görüşü bildirmesi halinde, makaleler, en kısa sürede dergi yayın Kurulunun belirleyeceği cilt ve sayıda yayımlanır. Aksi halde makaleler dergide yayımlanmaz.
- Hakemlerden birinin olumlu, diğerinin olumsuz görüş bildirmesi durumunda; makale üçüncü bir hakeme gönderilir. Bu durumda makalenin yayımlanması üçüncü hakemin raporuna bağlıdır.
- Makaleler yayımlansın veya yayımlanmasın iade edilmez. Gönderdikleri makale hakkında yazarlar, hakemlerin düzeltmeleri ile ilgili olarak eleştiri ve önerilerini dikkate almak zorundadırlar.
- Belirtilen süre içinde, düzeltilmiş makale metnini dergiye ulaştırmak yazarın sorumluluğundadır. Gerekliğinde, düzeltilmiş metin, hakemlerce tekrar incelenebilir. Hakemlerin kimlikleri hakkında yazarlara, yazarlar ve makale hakkında da hakemlere bilgi verilmez (Kör Hakemlik).
- Hakem değerlendirme raporları dergi dijital arşivinde saklanır.

## YAYIN GÖNDERME KURALLARI

1. Makaleler Microsoft Word Programında yazılmalı ve sayfa yapısı aşağıdaki gibi oluşturulmalıdır:

- Kağıt Boyutu: A4 Dikey  
Üst Kenar Boşluğu: 3 cm  
Alt Kenar Boşluğu: 3 cm  
Sol Kenar Boşluğu: 3 cm  
Sağ Kenar Boşluğu: 3 cm  
Font: Times News Roman  
Yazı Tipi Stili: Normal  
Tür Boyutu (Başlık): 12  
Tür Boyutu (Normal Metin): 11  
Tür Boyutu (Dipnot Metni): 9  
Tür Boyutu (Özet): 10  
Paragraf Boşluğu: 6 nk  
Satır Aralığı: 1

2. Özet 250 kelimedenden fazla olmamalı ve aşağıdaki alt bölümlere sahip olmalıdır.
- Özet (makale içeriğinin detaylarını içermeli ve yöntemlerle / ele alınmalı)
  - Bulgular (anahtar bulguları içermesi gerekir)
  - Uygulamalar (mesleki uygulamaların ayrıntıları ve içeriği gerekir)
3. Tam makaleler en fazla 8000 kelime olmalıdır.
4. Anahtar kelimeler; özetin altında 3-5 anahtar kelimeye sahip olmalıdır.
5. Yazılar APA referans stilini izlenmelidir.
6. Gönderme yönergeleri için uygun olmayan yazılar, hakem incelemesine dahil edilemez.

# MAKALELER/ ARTICLES

2024 Yılı, Sayı: 1 Makaleleri (2024 Year, Issue: 1 Articles)

**Resilience And Well-Being Among Nurses in Selected Hospitals, Kathmandu**  
*Araştırma/ Research (1-8)*

**Özel Hastanelerin Paydaşları ile İletişimi: LinkedIn Örneği**  
(Communication of Private Hospitals with Their Stakeholders: The LinkedIn Example)  
*Araştırma/ Research (9-17)*

**Sağlık Hizmetinden Faydalanan Bireylerin Hasta Hak ve Sorumlulukları  
Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi**  
(Evaluation of the Knowledge Level of Patient Rights and Responsibilities Among Individuals Benefiting  
from Healthcare Services)  
*Araştırma/ Research (18-31)*

**Hastanelerde Finansal Sürdürülebilirlik Analizi**  
(Financial Sustainability Analysis in Hospitals)  
*Araştırma/ Research (32-45)*


**Stratejik İnsan Kaynakları Yönetiminin Çalışan Performansına Etkisi: Bakü  
Örneği**  
(The Impact of Strategic Human Resource Management on Employee Performance: A Case Study of  
Bakü)  
*Araştırma/ Research (46-62)*

**Akademik Liderlik Modellerinin Değerlendirilmesi: AHP Yaklaşımı**  
(Evaluation of Academic Leadership Models:AHP Approach)  
*Araştırma/ Research (63-82)*

**A Study on Developing A Health Index for International Comparisons**  
(A Study on Developing a Health Index for International Comparisons)  
*Araştırma/ Research (83-99)*

**Researching the Levels Of Rational Drug Use of Individuals**  
*Araştırma/ Research (100-110)*

**An Investigation of Entrepreneurial Orientations and Future Expectations of  
Faculty of Dentistry Students**  
*Araştırma/ Research (111-123)*

	<b>JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT AND LEADERSHIP (JOHMAL)</b> *** <b>SAĞLIK YÖNETİMİ VE LİDERLİK DERGİSİ</b>	
	<b>E-ISSN: 2667-5838</b>	<a href="https://dergipark.org.tr/pub/johmal">https://dergipark.org.tr/pub/johmal</a>
<b>Sayı:</b> 1, Eylül 2024	<b>Issue:</b> 1, September, 2024	<b>Received Date / Geliş Tarihi:</b> 15/05/2023 <b>Accepted Date / Kabul Tarihi:</b> 02/09/2023
<b>RESILIENCE AND WELL-BEING AMONG NURSES IN SELECTED HOSPITALS, KATHMANDU</b>		
<b>Atıf/ to Cite (APA):</b> Prajapati, R., Rana, H., Palladino, F. P., & Thapa, P. P. (2024). Resilience And Well-Being Among Nurses in Selected Hospitals, Kathmandu, Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL), (1), 1-8.		<b>Rosana PRAJAPATI<sup>1</sup>, Hari RANA<sup>1</sup>          Dr. Francesco Pio PALLADINO<sup>2</sup>          Dr. Pramila PUDASAINI THAPA<sup>3</sup></b>
<b>DOI:</b> <a href="https://doi.org/10.35345/johmal.1297216">https://doi.org/10.35345/johmal.1297216</a>		

### ABSTRACT

Resilience and Well-being (WB) are vital to nursing professionals' health and work performance. This study examined resilience and WB levels among 200 nurses working at three private hospitals in Kathmandu. Enumerative sampling was used to collect data and applied self-administered surveys with validated tools, including CD-RISC 10 and WHO-5. The study's findings revealed concerning results, with 38.5% of participants displaying low resilience and an equal percentage reporting low well-being. These statistics highlight the pressing need for intervention schemes to improve nurses' WB and resilience. Future studies should incorporate more extensive and more diverse samples with objective measures for a more ample understanding. Ethical considerations were considered, ensuring clearance and confidentiality throughout data analysis using SPSS with descriptive statistics and regression. Addressing resilience and WB in nursing is essential for sustaining a resilient and healthy labor force, leading to amended patient care and job satisfaction.

**Keywords:** Hospital, Nurses, Resilience, Well-Being

### INTRODUCTION

Nursing, an ancient profession, is the primary point of patient contact and a significant healthcare workforce globally (Hassmiller & Wakefield, 2022; Llop-Gironés et al., 2021; World Health Organization, 2021). Their job entails stressors like time pressure, heavy workload, multiple roles, toxic work environment, support, and distress, leaving no room for error. Such conditions hinder nursing performance (ILO, ICN, WHO, PSI, 2002; Llop-Gironés et al., 2021; Pramila et al., et al., 2022). Resilience is crucial in nursing, helping nurses recover from adversity and perform above average. A study of 230 Sri Lankan nurses found a strong positive correlation between resilience and nursing performance, indicating that higher resilience levels lead to better performance. Investing in resilience can combat adverse effects and improve work performance (Walpita & Arambepola, 2020). Moreover, resilience is crucial today as we face increasing pressure and rapid change. It involves successfully adapting to challenges, bouncing back from the setback, and thriving under extreme pressure. It is critical to overcoming adversity and achieving growth (Timalsina et al., 2021). In addition, resilience is an individual's ability to recover or "bounce back" from stressful events. A study by Sharma et al. (2018)

<sup>1</sup> Yeti Health Sciences Academy Pvt.Lt. Maharajgunj, Kathmandu, Nepal.

<sup>2</sup> Administrative and legal nurse in health management, Casa Sollievo della Sofferenza, Italy.  
<https://orcid.org/0000-0002-2957-5479>

<sup>3</sup> Founder, Life Skill Education Institute. Pvt. Lt/ Yeti Health Sciences Academy, Kathmandu.  
<https://orcid.org/0000-0003-4950-9855>

aimed to translate and culturally adapt the Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in Nepali, providing insights into resilience in Nepal. The psychometric properties of the 10- and 2-item versions were evaluated, confirming their reliability and validity (Sharma et al., 2018). According to a report by Hogan et al. (2015), WB has become of international interest, encompassing economic, sociological, environmental, and psychological factors. Citizen consultations, system science, and a comprehensive sociological toolkit are essential for effective policy design and facilitating sociological progress. Likewise, another study by Corbin et al. (2021) highlighted that health promotion supports the WB policy framework for human and planetary thriving. A WB agenda strengthens health promotion by addressing social determinants and ensuring universal access to resources. In addition, another piece of evidence by Christian et al. (2015) suggested that the global focus on WB extends beyond GDP, emphasizing economic, sociological, environmental, and psychological factors. Citizen consultation, system science, and a comprehensive sociological strategy toolkit are essential for advancing progress. A study by Simons & Baldwin (2021) highlighted that an operation definition was proposed that is not limited to doctors but universal and inclusive: WB is a state of positive feelings and meeting your full potential in the world. It can be measured subjectively and objectively through an autogenic approach. Development et al. (2022) report revealed that crises demand holistic approaches to societal, community, and individual WB, requiring changes in attitude and investment. Prolonged shocks intersect with natural disasters, climate events, and food insecurity, magnifying their effect. Adapting calls for redirecting values towards the 2030 Agenda for Sustainable Development, Prioritizing Health, and WB.' *Wellness* is a term used by the UK charity 'Mind' for action plans (Mind, 2020.) It serves as a tool for self-awareness, communication, and collaboration b/w employees and their managers to support WB and address any health-related needs in the workplace (Mind, 2020).

The Global Wellness Summit (GWS) predicts trends in the wellness industry, shaping billion-dollar markets and revolutionizing sectors within the wellness economy (Richard Oliver (Dalam Zeithaml, 2021). It added confusion to the WB study. It has been clear as 'the active pursuit of actions and lifestyles that are primary to holistic health. Wellness varies from WB in being a dynamic noun, whereas WB is impassive (Simons & Baldwin, 2021). According to Development and Report (2022), WB is to access essential resources, support systems, and equitable opportunities for overall WB. The holistic approach recognizes that WB encompasses physical, mental, social, and environmental dimensions and requires a collaborative effort at various levels of society to promote and protect it (Development & Report, 2022). Extensive research has focused on nurse's work experiences worldwide, exploring factors such as workload, resource scarcity, and workplace bias that impact WB, patient care, burnout, and the intent to leave the profession. Much of this research adopts a stressor-specific framework, enhancing our comprehension of nurses' workplace experiences. (Burke et al., 2011).

The literature review on resilience and well-being provides valuable insights into the factors influencing individuals' ability to adapt and thrive in the face of challenges. The findings empathize with the significance of sociological support, coping mechanisms, and positive psychological traits in fostering relationships and improving well-being outcomes. Numerous studies have been conducted to gain insight into the examination of the level of satisfaction and well-being, as well as socio-demographic factors, among nursing employees. A study conducted by Sumner & Kinsella (2021) with UK frontline workers (N = 869) reported lower well-being than Republic of Ireland (ROI) participants. Slow government response to the pandemic was associated with lower resilience, higher burnout, and a lower WB in UK workers.

Moreover, nursing is physically and emotionally demanding (Brennan, 2017). In this cross-sectional study of 377 midwives and nurses, the prevalence of depression was 31.8%. Midwives had a higher risk of depression compared to nurses. Perceived stress and emotional exhaustion increased the risk, while higher psychological resilience was protective against depression (Yörük & Güler, 2021). Promoting resilience and staff well-being benefits organizations, nurses, and patients. Activities like supervision, reflection, education, and supportive working climates contribute to building resilience. Mindfulness and meditation programs promote reducing stress (Brennan, 2017). A study by Park & Jung (2021) highlighted that individual and occupational characteristics could lead to differences in nursing resiliencies, job stress levels, and nursing professionalism, significantly mediating the relationship between b/w resilience and job stress level. Likewise, A cross-sectional study with a total of 230 nurses from Sri Lanka found that higher levels of resilience at work were associated with better working performance among nurses (Walpita & Arambepola, 2020). Multiple studies have examined resilience and WB in different populations and settings, highlighting varied levels and influential factors. Research in Nepal showed low rates of WB among frontline and general healthcare workers. Quality of life and WB are distinct concepts with different measurement approaches. Marital status, education, and work environment affect nurse WB. For that reason, exploration is needed in Nepal's context. Despite the critical role of nursing employees in providing health care services, their WB and resilience in Nepal still need to be studied. This study aims to address this research gap by examining the level of resilience and WB among nurses employed in selected private hospitals in Kathmandu while exploring socio-demographic factors associated with these outcomes. Findings will contribute to understanding Nepal's nursing educators' unique challenges and support needs, enabling tailored intervention for their WB.

## **2. MATERIALS & METHODS**

A hospital-based descriptive-analytical study determined resilience and WB among nurses in selected private hospitals in Vasundhara, Kathmandu. This study was conducted at three private hospitals. The Consecutive (Enumerative) sampling technique was used in this study, and the total sample size was 200. This study used a self-administered survey to gather the data and combined a quantitative method with a descriptive cross-sectional research design. Various tools were used, including the 10-Items Version Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10) to measure resilience and the World Health Organisation-5 points WB Index (WHO-5) to measure WB. At the same time, the correlation formula was used to show associations. All the tools used in the study have been validated and tested for reliability. The tools used in this research study contain a total of three sections,

**Section A:** It consists of 8 socio-demographic information on gender, age, ethnicity, religion, marital status, qualification, type of family, and work experience.

**Section B:** It consists of 10-Items Version CD-RISC 10 (Connor-Davidson Resilience Scale). Scale scores range from 0 (not accurate) to 4 (accurate nearly always). CD-RISC 10 consists of 10 items measuring resilience. Each item has a minimum score of 0 and a maximum score of 4. Total scores are calculated by summing all ten items, and a higher score indicates higher resilience. None of the items are reverse scored (Connor-Davison salience Scale 10-Item/Rehab Measures Database, n.d.).

**Section C:** It is according to the WHO standard tool. The WHO-5 is an instrument developed for assessing psychological WB over two weeks. The five items in the scale cover positive mood (feeling in good spirits, feeling relaxed), vitality (being active and waking up fresh and rested), and being



interested in things. Each item is rated on a six-point Likert scale from 0 'at no time' to 5 'at all the time', with higher scores representing better self-perceived WB. The total scores range from 0 to 25, with a score below 13 indicating poor WB (Chow Ki et al., 2018). All levels of registered nurses who were met and ready to participate in the self-administered questionnaire survey were included in the study, and nurses who were on leave and unwilling to participate were excluded. The survey was created to emphasize anonymity and privacy, ensuring that individual responses are handled in compliance with the Institutional Review Committee of Yeti Health Science Academy and assessed as a whole. The use of anonymous or collective data was fully consented to by the researchers. Collected data was checked, reviewed, and organized for completeness and accuracy. The data was coded, tabulated, and analyzed and was stored safely and accurately. The collected data was analyzed using SPSS version 26 using descriptive statistics in frequency, percentage, mean, and standard deviation and presented in different tables. The link between independent and dependent variables was investigated using descriptive and regression analyses. Ethical clearance was taken from the Institutional Review Committee (IRC) of Yeti Health Science Academy (YHSA). Informed consent was taken, and privacy and confidentiality were maintained. **RESULTS**

The obtained data were analyzed according to the objectives of the study and research questions. The findings of the study are presented in three parts: 1. Questionnaire related to socio-demographic variables, 2: Questionnaire related to resilience, and 3. Questionnaire related to wellbeing.

**Table.1: Socio-demographic Information of participants**

Variables	Frequency	Percentage
Age		
Less than 20	21	10.5
20-29	162	81.0
30-39	14	7.0
40-49	3	1.5
Mean: 24.96 Standard Deviation: 3.643		
Religion		
Hindu	158	79.0
Buddhist	25	12.5
Christians	14	7.0
Muslims	3	1.5
Ethnicity		
Dalit	6	3.0
Janajati	102	51.0
Madhesi	8	4.0
Chhetri	44	22.0
Brahmins	40	20.0
Marital Status		
Single	140	70.0
Married	58	29.0
Divorced	2	1.0
Types of family		
Nuclear family	148	74.0
Single Parent Family	29	14.5
Extended Family	23	11.5
Educational level		
Certificate of Nursing	117	58.5
Bachelor of Nursing Science	48	24.0
Post Basic Bachelor in Nursing Science	35	17.5
Work experience		
less than 1 year	45	22.5
2-5 years	127	63.5
6-10 years	25	12.5
10 years above	3	1.5
Working Ward / Unit		
Emergency	29	14.5
General Ward	52	26.0
Post-Operative Ward	42	21.0
Intensive Care Unit	59	29.5
Outpatient Department	14	7.0
Operation Theater	4	2.0

Researchers used descriptive data analysis to determine socio-demographic factors, and the results showed that 200 nurses participated in this study. The respondents' ages ranged from 20-29 (n= 162, 81%). Out of 200 respondents maximum (n=158, 79%) were from the Hindu religion. Regarding ethnicity, the maximum (n=102, 51%) was Janajati. Maximum respondents (n=140, 70%) were single and had a nuclear family (n=148, 74%). Most of the respondents had passed the certificate of nursing (n=117, 58.5%). In terms of years of experience, most of them (n=127, 63.5%) had work experience of 2-5 years. Most (n=59, 29.5%) were from the intensive care unit.

**Table. 2:10-Item Resilience Scale**

SN	10-Item Resilience Scale	Not at all n (%)	Rarely true n (%)	Sometimes true n (%)	Often true n (%)	True nearly all the time n (%)
1	Adaptive during change occurs	13(6.5%)	13(6.5%)	48(24%)	71(35%)	55(27.5%)
2	Deal with whatever comes on the way.	0(0%)	9(4.5%)	50(25%)	76(38%)	65(32.5%)
3	See the humorous side of things when faced with problems.	9(4.5%)	19(9.5%)	66(33%)	74(37%)	32(16%)
4	Having to cope with stress can make you stronger.	5(2.5%)	9(4.5%)	48(24%)	86(43%)	52(26%)
5	Bounce back after illness, injury, or other hardships.	8(4%)	25(12.5%)	56(28%)	68(34%)	43(21.5%)
6	Achieve my goals, even if there are obstacles.	3(1.5%)	17(8.5%)	36(18%)	72(36%)	7(6%)
7	Under pressure also stays focused and thinks clearly.	14(7%)	25(12.5%)	44(22%)	67(33.5%)	50(25%)
8	Not discouraged by failure.	8(4%)	11(5.5%)	43(8.6%)	86(43%)	52(26%)
9	When dealing with life's challenges and difficulties think as strong	2(1%)	19(9.5%)	38(19%)	82(41%)	58(29%)
10	Able to handle unpleasant or painful feelings like sadness, fear, and anger.	7(3.5%)	14(7%)	41(20.5%)	72(36%)	66(33%)

The above table's findings show that most participants (35%) are adaptive to change, 38% can deal with whatever comes their way, 37% see a humorous side while facing problems, and most of the questions answered were as "often accurate."

**Table. 3: 5-Items Well -being Index**

5-Items Wellbeing Index	At no time n (%)	Some of the time n (%)	Less than half of the time n (%)	More than half of the time n (%)	Most of time n (%)	All of the time n (%)
Feeling cheerful and in good spirits.	4(2%)	27(13.5%)	19(9.5%)	50(25%)	65(32.5%)	35(17.5%)
Feeling calm and relaxed.	0(0%)	13(6.5%)	29(14.5%)	44(22%)	83(41.5%)	31(15.5%)
Feeling active and vigorous.	7(3.5%)	8(4%)	21(10.5%)	65(32.5%)	69(34.5%)	30(15%)
Feel fresh and rested waking up in morning.	9(4.5%)	20(10%)	13(6.5%)	57(28.5%)	75(37.5%)	26(13%)
Daily life has been filled with things that interest me.	9(4.5%)	20(10%)	16(8%)	44(22%)	72(36%)	39(19.5%)

The above table shows that most of the participants' answers are "most of the time" for every index.

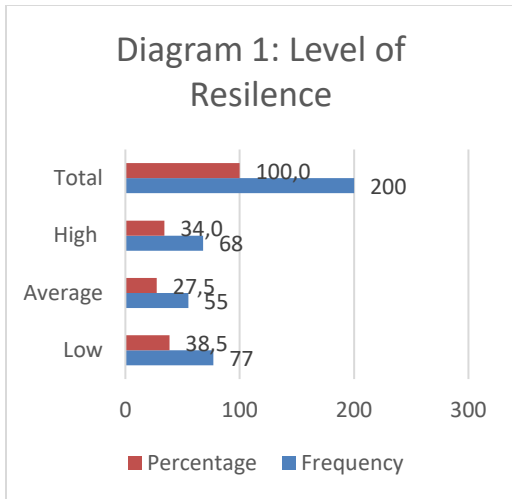


Diagram 1 shows that among all 200 nurses, 4% had high resilience, 27.5% had average resilience, and 38.5% had low resilience.

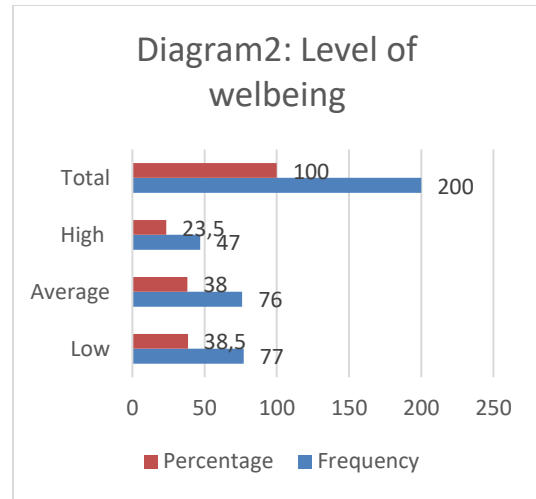


Diagram 2 shows that among all 200 participants, 23% had a high level of WB, 38% had an average, and 38.5% had a low level of WB

**Table. 4: Level of resilience**

Level of resilience	Frequency	Percentage
Low	77	38.5
Average	55	27.5
High	68	34.0

Table 4 showed that among all 200 participants; 34% had high resilience, 27.5% had average resilience, and 38.5% had low resilience.

**Table. 5: level of well-being**

Level of wellbeing	Frequency	Percentage
Low	77	38.5
Average	76	38.0
High	47	23.5

Table 5 shows that 23% had a high level of well-being, 38% had an average, and 38.5% had a low level of well-being.

**Table. 6: Association between Resilience and Socio-demographic Variables.**

Variables	Coefficient		Standardized coefficient	t	Significance
	B	Std. error	Beta		
	3.084	.417		7.394	.000
Age	-.001	.017	-.005	-.054	.957
Religion	.019	.071	.020	.273	.785
Ethnicity	-.006	.037	-.011	-.153	.879
Marital Status	-.115	.108	-.087	-1.061	.290
Types of family	-.122	.067	-.131	-1.819	.071
Education level	-.113	.061	-.136	-1.847	.066
Work experience	.065	.028	.218	2.352	.020

*Dependent Variable Mean Resilience*

The result shows that the association between resilience and work experience is significant.

**Table. 7: Association between Wellbeing and Socio-demographic Variables**

Variables	Coefficient		Standardized coefficient	T	significance
	B	Std. error	Beta		
	3.575	629		5.681	0.000
Age	.026	.026	.094	.997	.320
Religion	-.084	.106	-.057	-.794	.428
Ethnicity	-.203	.055	-.263	-3.648	.000
Marital Status	-.043	.163	-.021	-.263	.793
Types of family	.006	.101	.004	.056	.955
Education level	.183	.092	-.143	-1.993	.048
Work experience	.057	.042	.123	1.373	1.71

The result shows a significant association between WB and age, type of family, and work experience.

## DISCUSSION

This section deals with the discussion of different findings of the study. It also concludes the study results and provides recommendations for further study. This analytical cross-sectional study was conducted among 200 nurses working in different wards /units of three private hospitals to assess resilience and well-being among nurses. The study's socio-demographic information revealed that most respondents (81%) were between 20-29 years old. Similar findings were obtained from a study conducted in Mangalore in 2022 that showed most participants were aged 21-25 (64.6%). In this study, most respondents (58.5%) had an educational qualification of PCL level. Similar findings were found in the majority group with a bachelor's degree (91%). In this study, most of the participants have work experience of 2-5 years (63.5%), whereas similar study results as most of the participants had 3-6 years (60%) (Kannappan & Veigas, 2021).

The present study aims to assess the level of resilience among 200 participants and compares it with previous research findings. Table 4 displays the distribution of resilience levels among the participants. The results indicate that 34% of the participants exhibited high resilience, 27.5% had average resilience, and 38.5% displayed low resilience. However, the data from Table 5 indicates that, in general, 23% reported a high level of WB, 38% reported an average level, and 38.5% reported a low level of WB. These results highlighted the prevalence of varying levels of WB in the study population. Notably, a significant proportion of individual users reported a low level of WB, indicating potential areas of concern and the need for targeted intervention to address their WB.

Further exploration into the factors contributing to these levels of WB would provide valuable insights for healthcare professionals, policymakers, and researchers in improving statistics to improve the overall WB of nurses in a private hospital in Kathmandu. These findings align with previous studies that have examined resilience levels among different populations. For instance, a study conducted by Timalisina et al. (2021) reported having an intermediate level of resilience (48.5%), followed by low (28.7%) and high(22.8%) levels. Another study by Sumner and Kinsella (2021) suggests a potential association between countries' response strategies and frontline workers' WB. The slower response in the UK was associated with lower resilience, higher burnout, and lower WB among frontline workers. Another study by Lee et al. (2019) and Pudashini et al., 2023 et al., 2022) demonstrated that the nurses reported challenges, toxic work environments, and working conditions that significantly impacted the WB of nursing employees. These consistent findings from the studies suggested that stress levels among nursing employees may be influenced by contextual factors such as work environment, stress levels, and available support systems. The demanding nature of the nursing profession and the challenges faced by the COVID-19 pandemic could contribute to the observed distribution of stress levels. Identifying individuals with low levels of resilience is crucial for developing targeted interventions to enhance their psychological well-being. Interventions such as resiliency training programs, mindfulness-based interventions, and social support systems can play a vital role in promoting resilience among nursing employees' well-being. It is important to note that the current study has certain limitations. The sample size was limited to 200 participants, which may not represent Nepal's entire nursing population. Additionally, the study uses self-reported measures, which may introduce response bias. Further research with more extensive and diverse samples utilizing objective satisfaction measures could provide a more comprehensive understanding of satisfaction levels among nursing employees. In conclusion, this study found varying resilience levels among nursing employees in Nepal. Promoting high, average, and low resilience and well-being with recurrent research, highlighting the need for targeted intervention in enhancing resilience and promoting WB among nursing employees by investing in resilience-building and well-being-starting organizations can contribute to the well-being and overall effectiveness of their nursing workforce. The current study findings are consistent with previous research demonstrating significant associations between resilience and work experiences (Table 6) and between WB and age, types of family, and work experiences (Table 7). These results support the notion that work experiences are crucial in developing resilience. In contrast, age, types of family, and work experiences are important factors affecting WB among non-nursing employees. These factors underscore the importance of considering these socio-demographic variables when implementing interventions to promote resilience and WB in the nursing workforce.

## **Recommendations**

Based on the findings of this study, it is recommended that healthcare organizations invest in resiliency and WB initiatives for nursing employees. Targeted interventions such as resiliency training programs, mindfulness-based interventions, and social support systems should be implemented to enhance the psychological WB of nurses. Additionally, further research with a more extensive and diverse sample should be conducted to understand safety and WB among nurses in Nepal. Objective satisfaction measures and other factors should be utilized to manage patient responses and assess nursing employees' WB more accurately.

## **Limitations**

This study has certain limitations that should be acknowledged. The sample size was 200 participants from private hospitals in Kathmandu and Basundhara areas in Kathmandu, which may reflect the generalization of the findings to the entire Nepalese population in Nepal. The use of self-reported measures increases the possibility of response bias, which may affect the accuracy of the results. Further research should consider more extensive and diverse samples to obtain a more responsive portfolio of responsive and well-educated nurses. Moreover, utilizing objective satisfaction measures and incorporating a longitudinal design could provide a more comprehensive understanding of the factors influencing employee satisfaction and WB.

## CONCLUSIONS

In conclusion, this descriptive-analytical study aimed to assess the levels of resilience and WB among nurses working in selected private hospitals in Bashundhara, Kathmandu. The findings revealed that 38.5% had low resilience. Additionally, 38.5% reported a low level of WB. The study emphasizes the need for targeted interventions to enhance resilience and promote WB among nursing employees. Associations were observed between resilience and work experience, WB and age, type of family, and work experience. More extensive studies incorporating objective measures are recommended to understand nurse WB comprehensively.

**Conflict of Interest:** The authors declare that there is no conflict of interest

**Funding:** These is no financial support

**Acknowledgement:** We would like to express our sincere gratitude to the Institutional Review Committee (IRC) of Yeti Health Science Academy for granting permission to conduct this study. We would also like to thank the staff and participants of the selected private hospitals in the Budhanilkantha area of Kathmandu for their support and cooperation. Their valuable time and willingness to provide information significantly contributed to the successful completion of this research.

## REFERENCES

- Adhikari, et.al(2023). Impact of Social Media Use on Academic Performance and Well-Being among the Secondary Level Students in Selected Schools in Nepal. 19(June);DOI: [10.56580/GEOMEDI31](https://doi.org/10.56580/GEOMEDI31)
- Ang, et.al.,(2018). Association between demographics and resilience – a cross-sectional study among nurses in Singapore. *International Nursing Review*, 65(3), 459–466. <https://doi.org/10.1111/inr.12441>
- Badu, et.al., (2020). Workplace stress and resilience in the Australian nursing workforce: A comprehensive integrative review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(1), 5–34. <https://doi.org/10.1111/inm.12662>.
- Burke, et.al., (2011). Hospital culture, work satisfaction and psychological well-being among nurses in Turkish hospitals. *Europe’s Journal of Psychology*, 7(4), 624–639.




- Chow,et.al., (2018). Resilience and well-being of university nursing students in Hong Kong : a cross-sectional study. 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1119-0>
- Chow, et.al., (2018). Resilience and well-being of university nursing students in Hong Kong: A cross-sectional study. BMC Medical Education, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1119-0>
- Christian, et.al.,. (2015). Provided by the author(s) and University College Dublin Library in accordance with publisher policies. Please cite the published version when available. Psychology of Sport & Exercise, 16(1), 3–14.
- Corbin, et.al.,(2021). Wellbeing as a policy framework for health promotion and sustainable development. Health Promotion International, 36, I64–I69. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab066>
- Development, Sustainable, & Report, Goals. (2022). Achieving well-being. Development, Sustainable, Report, Goals, & States, Member. (2022). Achieving well-being.
- Hassmiller, et.al., (2022). The Future of Nursing 2020–2030: Charting a path to achieve health equity. In Nursing Outlook (Vol. 70, Issue 6). <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2022.05.01>
- Hogan, et.al.,. (2015). Consulting with Citizens in the Design of Wellbeing Measures and Policies: Lessons from a Systems Science Application. Social Indicators Research, 123(3), 857–877. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0764-x>
- ILO, et.al, (2002). Workplace violence in the health sector country case studies research instruments survey questionnaire English, Joint Programme on Workplace Violence in The Health Sector.
- Kannappan, et.al. (2021). Perceived Stress and Resilience among Nurses Working in a Selected Hospital at Mangalore. Journal of Health and Allied Sciences NU. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1736455>.
- Khanal,et.al.,(2023). The Moderating Role of Emotional Intelligence in the Effect of a Toxic Working Environment on Employee Well-Being Journal of Humanities and Social Sciences Research. January; [https://www.researchgate.net/publication/372444298\\_The\\_Moderating\\_Role\\_of\\_Emotional\\_Intelligence\\_in\\_the\\_Effect\\_of\\_a\\_Toxic\\_Working\\_Environment\\_on\\_Employee\\_Well-Being](https://www.researchgate.net/publication/372444298_The_Moderating_Role_of_Emotional_Intelligence_in_the_Effect_of_a_Toxic_Working_Environment_on_Employee_Well-Being).
- Konnur, et.al (2022). Empathy level among the Nursing Workforce in the selected Health Institutes in Kathmandu consuming Toronto Empathy Scale. Modern Issues of Medicine and Management, 24(2), 1–10. <https://doi.org/10.56580/geomedi12>.
- Labrague, et.al.,. (2020). Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource center with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource center is hosted on Elsevier Connect , the company ’ s public news and information . January.

- Lee, et.al, (2019). Impact of Coping Strategies on Nurses' Well-Being and Practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(2), 195–204. <https://doi.org/10.1111/jnu.12467>
- Li, et.al., (2021). Factors associated with the psychological well-being among front-line nurses exposed to COVID-2019 in China: A predictive study. *Journal of Nursing Management*, 29(2), 240–249. <https://doi.org/10.1111/jonm.13146>
- Llop-Gironés, et.al., (2021). Employment and working conditions of nurses: where and how health inequalities have increased during the COVID-19 pandemic? *Human Resources for Health*, 19(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00651-7>
- Mak, et.al., (2011). Resilience: Enhancing well-being through the positive cognitive triad. *Journal of Counseling Psychology*, 58(4), 610–617. <https://doi.org/10.1037/a0025195>
- McCann, et.al., (2013). Resilience in the health professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing*, 3(1), 60–81. <https://doi.org/10.5502/ijw.v3i1.4>
- Mind. (n.d.). Guide for employees: Wellness Action Plans (WAPs): How to support your mental health at work.
- Paladino,et.al., (2023). JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT AND LEADERSHIP ( JOHMAL ) From The Establishment of The Professional Figure. April. <https://doi.org/10.35345/johmal.1241652>.
- Park, et.al., (2021). Effects of the resilience of nurses in long-term care hospitals during on job stress covid-19 pandemic: Mediating effects of nursing professionalism. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph181910327>.
- Pandey et.al.,(2022). The Effect of Toxic Workplace Environments on Employee Engagement: Mediating Roles of Employee's Wellbeing and Organization Support. *Journal of Humanities and Social Sciences Research*, 4(2), 66–74. <https://doi.org/10.37534/bp.jhssr.2022.v4.n2.id1168.p66>
- Pudasaini, et.al., (2022). Challenges and Opportunities for Nurse Managers Working in Nepal ' s Level II and III COVID Hospitals;[https://www.researchgate.net/publication/366781302\\_Challenges\\_and\\_Opportunities\\_for\\_Nurse\\_Managers\\_Working\\_in\\_Nepal's\\_Level\\_II\\_and\\_III\\_COVID\\_Hospitals](https://www.researchgate.net/publication/366781302_Challenges_and_Opportunities_for_Nurse_Managers_Working_in_Nepal's_Level_II_and_III_COVID_Hospitals).
- Sharma, et.al., (2018). Measurement properties of the Nepali version of the Connor Davidson resilience scales in individuals with chronic pain. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0884-0>.
- Simons, et.al., (2021). A critical review of the definition of 'wellbeing' for doctors and their patients in a post Covid-19 era. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(8), 984–991. <https://doi.org/10.1177/00207640211032259>
- Sumner, et.al., (2021). Grace Under Pressure: Resilience, Burnout, and Wellbeing in Frontline Workers in the United Kingdom and Republic of Ireland During the SARS-CoV-2 Pandemic. *Frontiers in Psychology*, 11(January). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.576229>

- Thapa et.al.,(2023). Exploring the Relationship between Self-Management Skills and Demographic Factors among Managers in Kathmandu-based Organizations. April. <https://doi.org/10.56580/GEOMEDI24>
- Thapa et.al. (2021). Emotional Intelligence among the Health Care Providers Working in a Tertiary Level Hospital. Modern Issues of Medicine and Management, December. <https://doi.org/10.52340/mid.2021.640>.
- Thapa, et.al (2023). Impact of Demographic Factors on Emotional Intelligence in Selected Organizations in the Kathmandu Valley. International Journal of Management and Administration, January. <https://doi.org/10.29064/ijma.1197541>
- Thapa et.al(2023). Impact of Emotional Intelligence on Transformational Leadership in Selected Academic Institutions in Kathmandu, Nepal. International Multidisciplinary Research Journal, 4(4). <https://doi.org/10.54476/ioer-imrj/595660>.
- Thapa, et.al,(2023). Examining the Impact of Emotional Intelligence on Employee Well- Being and Examining the Impact of Emotional Intelligence on Employee Well- Being and Employee Engagement in the Digital Era. April, 2–9.; [https://www.researchgate.net/publication/370158731\\_Examining\\_the\\_Impact\\_of\\_Emotional\\_Intelligence\\_on\\_Employee\\_Well-Being\\_and\\_Employee\\_Engagement\\_in\\_the\\_Digital\\_Era](https://www.researchgate.net/publication/370158731_Examining_the_Impact_of_Emotional_Intelligence_on_Employee_Well-Being_and_Employee_Engagement_in_the_Digital_Era).
- Thapa et.al.,(2023). The Role of Resilience in Relationship between Burnout and Well- being among Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic [https://www.researchgate.net/publication/372160039\\_The\\_Role\\_of\\_Resilience\\_in\\_Relationship\\_between\\_Burnout\\_and\\_Well-being\\_among\\_Healthcare\\_Workers\\_during\\_COVID-19\\_Pandemic](https://www.researchgate.net/publication/372160039_The_Role_of_Resilience_in_Relationship_between_Burnout_and_Well-being_among_Healthcare_Workers_during_COVID-19_Pandemic).
- Timalsina, et.al.,(2021). Resilience and its associated factors among older disaster survivors. Geriatric Nursing, 42(6), 1264–1274. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.08.008>.
- Tugade, et.al., (2007). Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience. Journal of Happiness Studies, 8(3), 311–333. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9015-4>.
- Walpita, et.al., (2020). High resilience leads to better work performance in nurses: Evidence from South Asia. Journal of Nursing Management, 28(2), 342–350. <https://doi.org/10.1111/jonm.12930>.
- World Health Organization. (2021). Global strategic directions for nursing and midwifery 2021-2025. In Jama (Vol. 292, Issue 24).
- World Health Organization (WHO). (2020). The State of the world’s nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership [sede Web]. Ginebra-Suiza: WHO; 2020 [actualizado en 2020; acceso en octubre de 2020]. 1–16. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331673/9789240003293-eng.pdf>.

Yörük, et.al.,(2021). The relationship between psychological resilience, burnout, stress, and sociodemographic factors with depression in nurses and midwives during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 390–398. <https://doi.org/10.1111/ppc.12659>

	<b>JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT AND LEADERSHIP (JOHMAL)</b> **** <b>SAĞLIK YÖNETİMİ VE LİDERLİK DERGİSİ</b>	
E-ISSN: 2667-5838	<a href="https://dergipark.org.tr/tr/pub/johmal">https://dergipark.org.tr/tr/pub/johmal</a>	Paper Type: Research Paper, Makale Türü: Araştırma Makalesi
Sayı:1 Eylül 2024	Issue:1 September 2024	Received Date / Geliş Tarihi: 06/02/2024 Accepted Date / Kabul Tarihi: 06/03/2024
<b>ÖZEL HASTANELERİN PAYDAŞLARI İLE İLETİŞİMİ: LINKEDİN ÖRNEĞİ*</b> ◆◆◆ <b>COMMUNICATION OF PRIVATE HOSPITALS WITH THEIR STAKEHOLDERS: LINKEDIN EXAMPLE</b>		
Atıf/ to Cite (APA): Şahinli, S. ve Eren, M. (2024). Özel Hastanelerin Paydaşları ile İletişimi: LinkedIn Örneği, Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL), (1), 9-17.		<b>Serhan ŞAHİNLİ<sup>1</sup></b> <b>Murat EREN<sup>2</sup></b>
DOI: <a href="https://doi.org/10.35345/johmal.1432460">https://doi.org/10.35345/johmal.1432460</a>		

## ÖZEL HASTANELERİN PAYDAŞLARI İLE İLETİŞİMİ: LINKEDİN ÖRNEĞİ

### ÖZ

Sosyal medya kullanımının tüm dünyada yaygınlaşması ile bu platformların sağlık alanında hastalar ve sağlık çalışanları açısından; sağlıkla ilgili bilgiyi aramak, sağlığın geliştirilmesi ve tanıtım gibi değişik alanlarda kullanımı da giderek yaygınlaşmaktadır. Hastaneler, ağır rekabet ortamında paydaşları ile iletişim kurabilmek için farklı sosyal medya platformlarını birlikte kullanmaktadır. Bu platformlar arasında dünyada 875 milyon kişinin, ABD’de 190 milyon kişinin, Türkiye’de ise 11 milyon kişinin kullandığı LinkedIn bulunmaktadır. Hastanelerin mevcut ve potansiyel paydaşları ile iletişimde ve kurumları hakkında bilgi sunabilecekleri bu platformu nasıl kullandıklarını tespit etmek, bu çalışmanın amacıdır. Bu amaç doğrultusunda en fazla takipçi sayısı olan beş özel hastane grubunun Eylül 2022-2023 tarihleri arasında yapmış oldukları paylaşımlar incelenmiştir. Çalışma da yöntem olarak, nitel araştırma seçilmiştir. Amaç doğrultusunda içerik analizi yöntemi tercih edilmiştir. Türkiye’deki beş özel hastane grubunun, LinkedIn’i farklı amaçlar doğrultusunda kullandıkları söylenebilir. X5 hastane grubu hastalıklar konusunda bilgilendirme yaparak ve öneride bulunarak; X3 hastane grubu, sosyal sorumluluk etkinlikleri konusunda paylaşım yaparak; X1 hastane grubu, almış olduğu ödül ve özel günler konusunda paylaşım yaparak; X4 hastane grubu, sponsorluk anlaşmaları konusunda paylaşım yaparak; en az gönderi paylaşan X2 hastane grubu ise gündemdeki gelişmeler ve özel günler ile ilgili paylaşım yaparak stratejik farklılık oluşturmaya çalışmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** LinkedIn, Hastane, İletişim, Strateji.

### ABSTRACT

As the use of social media becomes widespread all over the world, the use of these platforms in the field of healthcare for patients and healthcare professionals; Its use in various areas such as searching for health-related information, health promotion and promotion is also becoming increasingly widespread. Hospitals use different social media platforms together to communicate with their stakeholders in a fiercely competitive environment. Among these platforms is LinkedIn, which is used by 875 million people in the world, 190 million people in the USA, and 11 million people in Turkey. The aim of this study is to determine how hospitals use this platform to communicate with their current and potential stakeholders and provide information about their institutions. For this purpose, the posts of the five private hospital groups with the highest number of followers between September 2022 and 2023 were examined. Qualitative research was chosen as the method in the study. For this purpose, content analysis method was preferred. It can be said that five private hospital groups in Turkey use LinkedIn for different purposes. X5 hospital group provides information and suggestions about diseases; X3 hospital group shares about social responsibility activities; X1 hospital group shared about the awards and special days it received; X4 hospital group shared about sponsorship agreements; The X2 hospital group, which posts the least, tries to create a strategic difference by sharing current developments and special days.

**Keywords:** LinkedIn, Hospital, Communication, Strategy.

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, [srhn.sahinli@gmail.com](mailto:srhn.sahinli@gmail.com), Orcid: 0000-0001-9675-2570

<sup>2</sup> Uzm., Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, [muratteren@gmail.com](mailto:muratteren@gmail.com) Orcid: 0000-0001-6590-0470

## 1. GİRİŞ

Dünya’da internet teknolojileri ve çevrimiçi sosyal platformlardaki yaşanan gelişmeler, her alanda olduğu gibi sağlık alanında da önemli değişimlerin yaşanmasını tetiklemiştir (Kara, 2017). Sosyal medya kullanımının tüm dünyada yaygınlaşması ile bu platformların sağlık alanında hastalar ve sağlık çalışanları açısından; sağlıkla ilgili bilgiyi aramak, sağlığın geliştirilmesi ve tanıtım gibi değişik alanlarda kullanımı da giderek yaygınlaşmaktadır (Carillo-Larco, 2012). Bununla birlikte sosyal medyanın hastalar, kurumlar ve sağlık iletişimi üzerinde birçok olumlu etkiye sahip olduğu bilinmektedir. Bunlar; sağlık ve korunmayla ilgili bilginin daha etkin ve hızlı aktarılmasını sağlaması; hedef kitleyle olan iletişimi güçlendirerek bilgi paylaşımını kolaylaştırması; bilginin çok daha geniş kitlelere ulaşmasını sağlaması; belirlenmiş olan hedef kitlelere uygun ve motive edici sağlık mesajlarını kişiselleştirerek etkisini arttırmaya imkan sağlaması; karşılıklı iletişimi, irtibat kurmayı ve toplumun katılımını kolaylaştırması; insanları daha güvenli ve sağlıklı karar almalarına katkı sağlaması ve hastaların sağlık bilgisini istedikleri zamanda, istedikleri yerde almalarına imkan sağlamasıdır (Centers for Disease Control and Prevention, 2011). Sosyal medya, özellikle hastaneler tarafından iletişime entegre olacak şekilde kullanılmaktadır. Sosyal medya, sağlıkla ilgili konularda farkındalığın artmasına yardımcı olan ve davranış değişikliğini kolaylaştıran, bir kurumun her türlü ilişki veya hedef kitlesi için rekabet avantajı yaratmaya ortam sunan bir platformdur (Vinerean, 2017;Hughs, 2010). Kaplan ve Haenlein (2010)’e göre sosyal medya, internette mevcut olan ve kullanıcı tarafından oluşturulan içeriğin geliştirilmesine, tüketilmesine ve paylaşılmasına imkân veren uygulamalara dayalıdır (Kaplan ve Haenlein, 2010). Filo ve ark., (2015) ise “sosyal medya” kavramını, hastaneler ve bireyler arasında kurulan ilişkilerde etkileşime ve kullanıcı tarafından oluşturulan içeriğin birlikte yaratılmasına odaklanarak açıklamıştır (Filo ve ark., 2015; Kumar, 1999). Sosyal medya, hastanelerin paydaşları ile etkileşiminde oldukça kritik bir role sahiptir (Robledo, 2012; Thackeray ve ark., 2012). Hastaneler sosyal medyayı, hizmetler ve fikirler hakkında olumlu algıları teşvik ederek, sağlık paydaşlarının hizmet ihtiyaçlarını harekete geçirmek için kullanabilmektedir (Thota, 2018). Alalwan ve ark., (2017), sosyal medya platformlarının (örneğin LinkedIn vb.) hastaneler tarafından paydaşlar ile olan iletişimde kullanılması gerektiğini vurgulamaktadır (Alalwan, 2017). Benzer araştırmalarda da sosyal medyanın, paydaşların görüşlerini dikkate almada, hekim seçiminde ve hastaneler ile iletişim kanalı sağlamada önemli olduğu vurgulanmaktadır (Glover ve ark., 2015; Tengilimoğlu ve ark., 2015; Lovejoy ve Saxton, 2012).

Hastaneler, ağır rekabet ortamında paydaşları ile iletişim kurabilmek için farklı sosyal medya platformlarını birlikte kullanmaktadır. ABD’de 2010 yılında 1800 hastane üzerinde yapılan çalışmada, en çok kullanılan sosyal medya platformunun %18 ile Facebook olduğu ifade edilmiştir (Thaker vd., 2011). 12 Batı Avrupa ülkesindeki, seçilen 873 hastanelerinin sosyal medya kullanımının incelendiği bir diğer çalışmada, en popüler sosyal medya aracının Facebook olduğu ve ülkeler arasında hastanelerin sosyal medya araçlarını kullanımlarında farklılıklar olduğu belirlenmiştir (Belt vd., 2012). İspanya’da 2013 yılında yapılan bir diğer çalışmada, hastanelerin sosyal medyayı nasıl uyguladığı, hastane yöneticilerinin sosyal medya kullanma nedenleri, başarı faktörleri ve uygulamadaki sorunlar ele alınmıştır (Tamayo vd., 2013). Griffis vd. (2014), ABD’de 3.371 hastanenin; Facebook, Twitter, Yelp ve Foursquare gibi dört sosyal medya kanalı ile hastanelerin etkinlikleri incelemişlerdir. ABD’de 2014 yılında 471 hastane üzerinde yapılan çalışmada, hastanelerin YouTube, Twitter, Blogs, Facebook, Google+ ve LinkedIn faaliyetleri incelenmiştir. (Richter, 2014). Hastanelerde en fazla kullanılan platformlardan birisi de dünyada 875 milyon kişinin, ABD’de 190 milyon kişinin, Türkiye’de ise 11 milyon kişinin kullandığı LinkedIn’dır (URL-1). "Bir kişinin mesleki hayatındaki (profesyonel) ilişkileri, başarısının anahtarıdır felsefesine dayanan" LinkedIn, çalışanların, girişimcilerin, şirketlerin iş bağlantıları kurmalarına imkân tanır. Kullanıcıların profil yaratmasına, diğer profesyoneller ile bağlantı kurmasına ve şirketlerin insan kaynakları yönetimi kapsamında faaliyetlerini yürütmesine

imkân vermektedir (Kuduğ, 2011). 25-34 yaş arası kişiler, LinkedIn kullanıcı tabanının %59,1'ini oluşturmaktadır. LinkedIn'da 17 milyondan fazla fikir lideri ve 58 milyondan fazla şirket sayfası bulunmaktadır. Aktif bir LinkedIn şirket sayfasına sahip işletmeler, takipçi başına 5 kat daha fazla sayfa görüntüleme, 7 kat daha fazla gösterim ve 11 kat daha fazla tıklama almaktadır. Haftalık olarak düzenli şekilde LinkedIn şirket sayfalarında gönderi yayınlayan kurumların, etkileşimlerinde 2 kat artış sağlamaktadır (URL-2; Gökçe, 2006). Hastanelerin mevcut ve potansiyel paydaşları ile iletişimde ve kurumları hakkında bilgi sunabilecekleri bu platformu nasıl kullandıklarını tespit etmek, bu çalışmanın amacıdır.

## 2. GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmanın amacına bağlı olarak, Türkiye'de takipçi sayısı en fazla beş özel hastane grubu seçilmiştir. LinkedIn hesaplarından Eylül 2022-2023 tarihleri arasında hastane gruplarının, paylaştıkları gönderiler çalışma kapsamına dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil edilen özel hastane gruplarının LinkedIn hesapları, kurumların kendi dijital pazarlama ekipleri veya anlaşma yaptıkları ajanslar tarafından yönetilmektedir. Çalışma da yöntem olarak, nitel araştırma seçilmiştir. Amaç doğrultusunda içerik analizi yöntemi tercih edilmiştir. İçerik analizi yöntemi, niteliksel ve niceliksel olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır (Gökçe, 2006). Nitel içerik çözümlemelerinde metnin içerisinde önemli olarak görülen temalardan bazı kategoriler oluşturulmakta ve sosyal gerçekliğin çoklu tanımlamalarıyla betimlemeler yapılmaktadır. Niceliksel boyutu ise frekans analizine dayanmakta olup, araştırmada her iki boyut birlikte kullanılmıştır (Gül ve Nizam, 2021; Metin ve Ünal, 2021; Keskin ve Çilingir, 2010). Çalışmanın verilerinin toplanması sürecinde öncelikle belirlenen ilgili tarihler aralığında seçilen özel hastane gruplarının LinkedIn hesaplarındaki gönderiler kayıt altına alınmıştır. Sonrasında kaydedilen veriler Nvivo11 programı aracılığı ile kodlanmıştır. Yapılan kodlamalar Sugawara ve ark., (2016) ve Akbolat ve ark., (2019)'nin araştırmalarında kullanılan temalar örnek alınmış olup, çalışmadaki kategoriler ve temalar oluşturulmuştur (Sugawara ve ark., 2016; Akbolat ve ark., 2019). Araştırma doğrultusunda kullanılan ana temalar ve alt kategoriler Tablo 1'de sunulmuştur. Ana temalar hakkında aşağıda kısaca bilgi verilmiştir:

**Tablo 1.** Ana Temalar ve Alt Kategoriler

Ana Tema	Alt Kategoriler
Tıbbi Bilgi	Tedavi
	Öneri
	Bilgilendirme
	Sonuç
	Yönlendirme
	Fayda
	Etkinlik
	Yönlendirme
	Hastalıktan Korunma
	Farkındalık
Erken Teşhis	

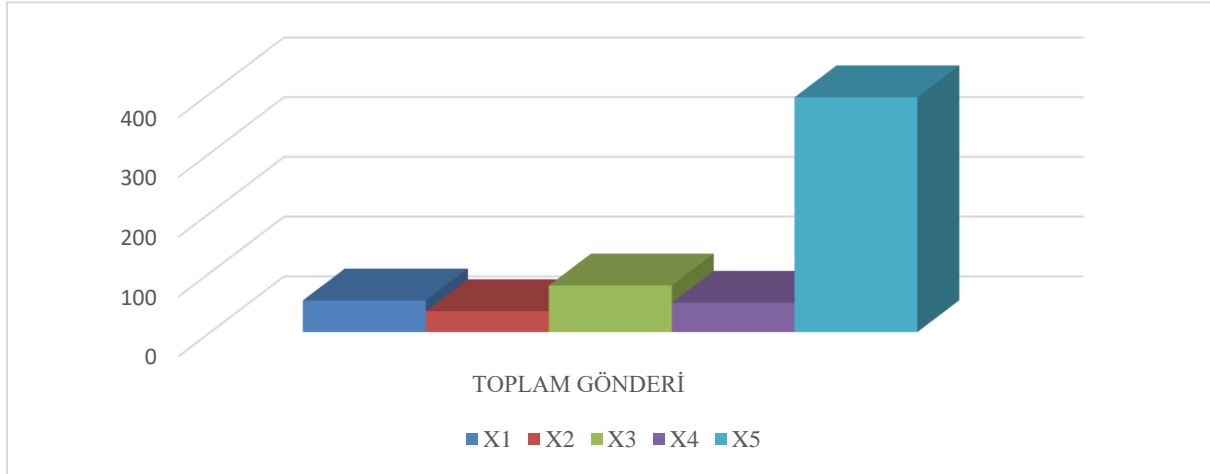
**Tablo 1.** Ana Temalar ve Alt Kategoriler-Devamı

<b>Tanıtım/Rehberlik</b>	Tanıtım	Sponsorluk
		Açılış
		Bölüm Tanıtımı
		Haber Kanalı
	Önemli Günler ve Ödüller	Ödül
	Doktor İsmi Kullanması	Soru-Cevap
		Öneri
Bilgilendirme		
Gündem		
<b>Sağlıklı Yaşam Biçimi</b>	Beslenme	Korunma
		Bilgilendirme
		Özel Günler
		Öneri
	Bilgilendirme	
	Etkinlik	
	Konular	Spor
		Uyku
Diş Fırçalama		

### 3. BULGULAR

Şekil 1’de özel hastane gruplarının LinkedIn hesaplarından çalışmanın gerçekleştirildiği tarihlerde elde edilen gönderi sayıları verilmiştir. Buna göre X1 hastane grubu 53, X2 hastane grubu 35, X3 hastane grubu 78, X4 hastane grubu 49 ve X5 hastane grubu 393 gönderi paylaşmıştır (Şekil 1).

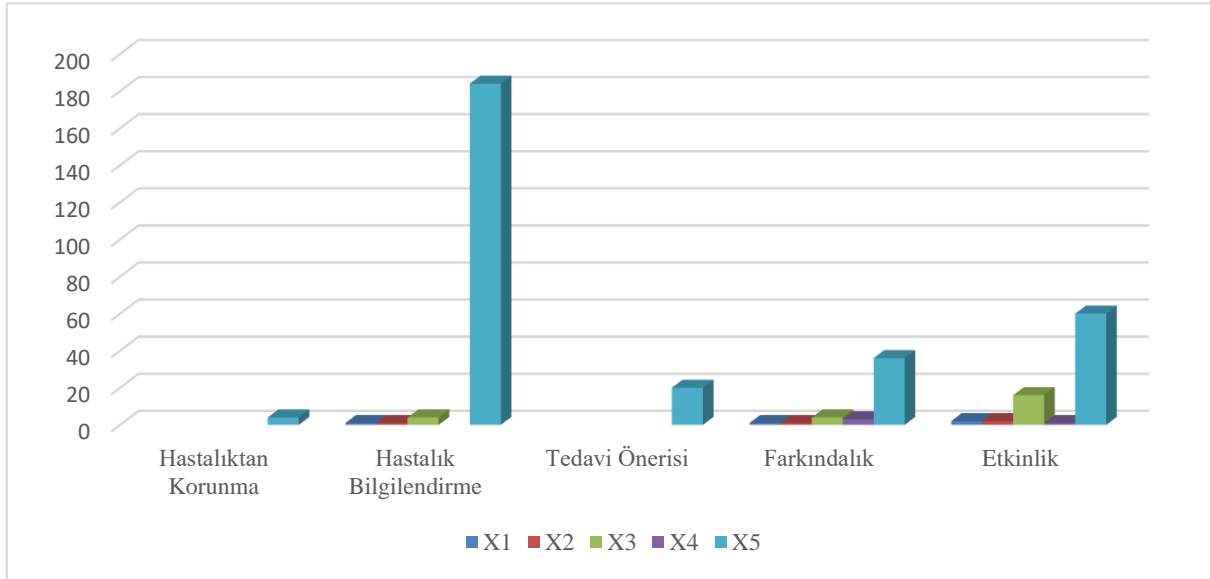
**Şekil 1.** Hastanelerin Gönderi Sayısı



Şekil 2 ‘de tıbbi bilgi teması ile ilgili oluşturulan frekans bilgileri verilmiştir. X5 özel hastane grubu tıbbi bilgi teması içerisinde 393 gönderi ile en fazla paylaşım yapan hastane konumundadır. X5 hastane grubundan sonra 78 gönderi ile X3 özel hastane grubu gelmektedir. İlgili temanın alt kategoriler incelediğinde en fazla paylaşılan gönderinin, hastalıklar konusunda bilgilendirmelerde yapıldığı gözlenmektedir.

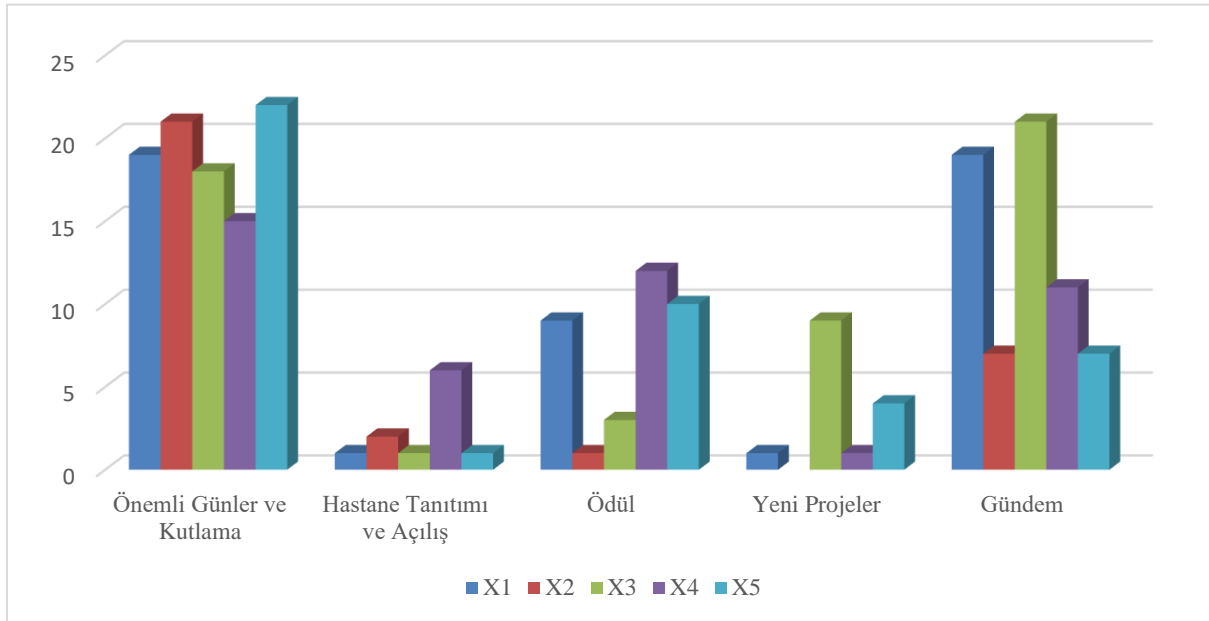


Şekil 2. Tıbbi Bilgi Teması



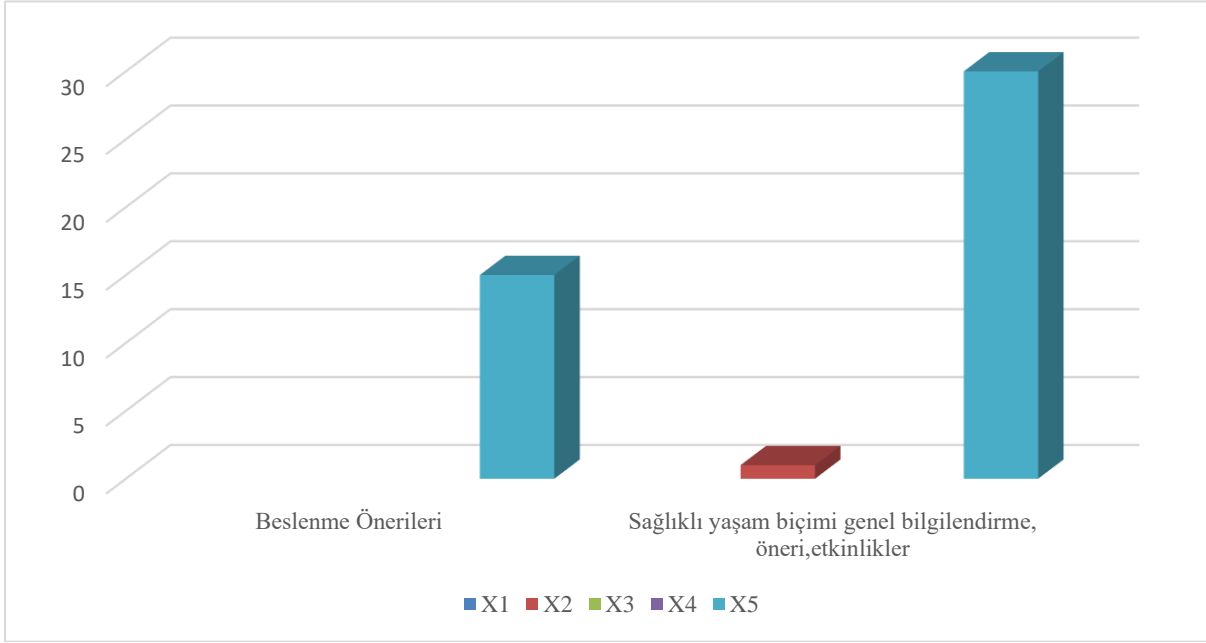
Şekil 3'te tanıtım/ rehberlik temasına ilişkin frekans bilgileri sunulmuştur. X3 özel hastane grubu danışma rehberi teması içerisinde 52 gönderi ile en fazla paylaşım yapan hastane konumundadır. X3 hastane grubundan sonra 49 gönderi ile X1 özel hastane grubu gelmektedir.

Şekil 3. Danışma Rehberi Teması



Şekil 4'te sağlıklı yaşam biçimi temasında en fazla X5 hastane grubu gönderi paylaşmıştır. Bu tema altında beslenme önerileri ve sağlık yaşama biçimi genel bilgilendirme, öneri ve etkinlikleri olarak en fazla, spor, beslenme, uyku ve diş fırçalamaya ilişkin konular ön plana çıkmıştır.

Şekil 4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Teması



#### 4. TARTIŞMA ve SONUÇ

Türkiye’de özellikle 1980’li yıllarda başlayan özelleştirme çalışmaları ile özel hastanelerin sayısı hızlı bir şekilde artmıştır. Özel hastanelerin artan sayısı her geçen gün rekabet şartlarını zorlaştırmaktadır. Ağır rekabet ortamında hastanelerin rakipleri ile nasıl mücadele edeceği, bugün hala önemli sorunların başında gelmektedir. Sosyal medya, rekabet ortamında hastanelerin en önemli stratejik araçlarından birisi konumuna gelmiştir. Dünya’da ve Türkiye’de internetin kullanılma sıklığı ciddi derecede yükselirken, bu sıklık içerisinde sosyal medyanın kullanılma oranı artmaktadır. Yakın bir gelecekte internet kullanımının büyük bir bölümünü sadece sosyal medyanın oluşturacağı varsayılmaktadır. Bu doğrultuda sosyal medya araçları artık sadece iletişim amaçlı değil, medikal maliyetlerin daha yüksek fiyatlandırılmasını sağlama, kurum imajını iyileştirme, hizmet ve projelerin tanıtımını yapma amacı ile de hastaneler tarafından stratejik bir araç olarak kullanılabilir (Sugawara ve ark., 2016; Akbolat ve ark., 2019; Mason ve ark., 2021; Hudson ve ark., 2016).

Türkiye’de 2020 yılında Cumhurbaşkanlığı İletişim Başkanlığı tarafından sosyal medya kullanım kılavuzu yayımlanmasına rağmen özel hastanelerin sosyal medya hesaplarını nasıl yöneteceklerine dair bir kılavuz yayımlanmamıştır. Buna bağlı olarak da hastaneler, sosyal medya hesaplarını kendi stratejik amaçları doğrultusunda yönetmekte ve hastanelerin paylaşımlarında stratejik farklılıklar görülmektedir. Araştırma tarihleri içerisinde X5 hastane grubu en yakın rakibi X3 hastane grubuna göre yaklaşık 5 kat daha fazla gönderi paylaşmıştır. Farklılıklar sadece paylaşılan gönderi sayıları ile değil içerik anlamında da olmaktadır. Örneğin, en fazla gönderi paylaşan konumunda olan X5 hastane grubu, gönderilerini ağırlıklı olarak hastalık bilgilendirmesi konusunda yapmaktadır. Diğer dört özel hastane grubu ise hastalık bilgilendirme ile ilgili gönderilerini ciddi derecede sınırlı tutmaktadır. Ayrıca X5 hastane grubu, rakiplerine göre sağlıkla ilgili konularda farkındalık oluşturmak amacı ile daha fazla paylaşım yaparken, X4 hastane grubu, yapmış olduğu sponsorluk anlaşmaları ile ilgili önemli paylaşımlar yapmaktadır. Öne çıkan bir diğer farklılık ise hastane gruplarının hekimlerin isimlerini kullanma durumunda gözlenmiştir. X5 hastane grubu sıklıkla kurumda çalışan hekimlerinin isimlerini kullanmaktadır. Diğer dört hastane grubunun hekimlerinin isimlerini nadir paylaştıkları görülmektedir. Bir diğer farklılık ise hastane gruplarının, uzmanları ve hekimlerinin yapmış olduğu canlı video paylaşımlarında gözlenmektedir. X5

ve X3 hastane grubu en fazla canlı video paylaşım etkinliği yapan konumda iken diğer üç hastane grubunun, hemen hemen hiç paylaşım yapmadığı görülmektedir.

X5 ve X2 hastane grubu paydaşlarına beslenme ve sağlıklı yaşam biçimi önerileri sunma eğiliminde olduğu görülürken diğer üç hastane grubunun bu alanda hiç paylaşım yapmaması dikkat çekicidir. Bir diğer dikkat çekici durum ise beş özel hastane grubunun almış olduğu ödülleri, geliştirdikleri yeni projeleri ve açılan yeni şubeleri konusunda paylaşımlar yapmalarındır. En az ikinci gönderi sayısına sahip olan X4 hastane grubunun, ödül, proje ve yeni şube ile ilgili paylaşımları, toplam paylaşımları içerisindeki oranı yaklaşık %40'tır. Bu durum X4 hastane grubunun bu alanda farklı bir strateji izlediğini göstermektedir.

Türkiye'deki beş özel hastane grubunun, LinkedIn'i farklı amaçlar doğrultusunda kullandıkları söylenebilir. En fazla gönderi paylaşan X5 hastane grubu, stratejisinin diğer hastanelerden farklı olduğu gözlenmektedir. X5 hastane grubu hastalıklar konusunda bilgilendirme yaparak ve öneride bulunarak; en fazla ikinci gönderi paylaşan X3 hastane grubu, sosyal sorumluluk etkinlikleri konusunda paylaşım yaparak; en fazla üçüncü gönderi paylaşan X1 hastane grubu, almış olduğu ödül ve özel günler konusunda paylaşım yaparak; en fazla dördüncü gönderi paylaşan X4 hastane grubu, sponsorluk anlaşmaları konusunda paylaşım yaparak; en az gönderi paylaşan X2 hastane grubu ise gündemdeki gelişmeler ve özel günler ile ilgili paylaşım yaparak stratejik farklılık oluşturmaya çalışmaktadır.


Günümüzde hastaneler stratejik amaçları doğrultusunda sosyal medya araçlarını kullanmaktadır. Bununla birlikte araştırmada paylaşımları incelenen özellikle dört hastane grubunun sınırlı gönderi paylaştığı gözlenmiştir. Bu doğrultuda hastane gruplarının stratejik hedeflerine ulaşabilmeleri ve paydaşları ile daha etkin bir iletişim kanalı kurabilmeleri için sosyal medya hesaplarını stratejik bir araç olarak görmeleri ve daha aktif bir şekilde kullanmaları önerilmektedir. Ayrıca hastane gruplarının etkinliklerini artırabilmek için rakiplerinin sosyal medya paylaşımlarını analiz etmeleri ve bu doğrultuda yeni stratejiler belirlemeleri önerilmektedir. Gelecekte yapılması planlanan çalışmalar için örneklem sayısının artırılarak, daha fazla hastanenin LinkedIn hesaplarının analizinin gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Son olarak gelecekte yapılacak çalışmalarda hastanelerin yaptıkları bilgilendirmelerin, kanıtlanmış tıbbi doğruluğa sahip bilgiler olup olmadığının araştırılması önerilebilir.

## KAYNAKÇA

- Akbolat M., Amarat M., Otyıldız N. (2019). Sağlık kurumları, paydaşları ile iletişimde twitter'i nasıl kullanıyor?. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 22(1),181-190.
- Alalwan A.A., Rana N.P., Dwivedi Y.K., Algharabat R. (2017). Social media in marketing: a review and analysis of the existing literature. *Telematics and Informatics*. Forthcoming.
- Belt, T.H.V., Berben, S.A.A., Samsom, M., Engelen, L. J. L. P. G. Schoonhoven, L. (2012). Use of social media by western european hospitals: longitudinal study, *Journal of Medical Internet Research*, 14(3), 61.
- Carillo-Larco R., M. (2012). Social networks and public health: use of twitter by ministries of health public health, *International Journal of Public Health*. (57), 755–756.
- CDC, Centers for Disease Control and Prevention, (2011), The Health Communicator's Social Media Toolkit, [https://www.cdc.gov/healthcommunication/toolstemplates/socialmediatoolkit\\_b m.pdf](https://www.cdc.gov/healthcommunication/toolstemplates/socialmediatoolkit_b m.pdf). (Erişim Tarihi: 01.03.2024).
- Filo K., Lock D., Karg A. (2015). Sport and social media research: A review. *Sport Management Review*. 18(2),166-181.

- Glover M., Khalilzadeh O., Choy G., Prabhakar A. M., Pandharipande P. V., Gazelle G. S. (2015). Hospital evaluations by social media: a comparative analysis of facebook ratings among performance outliers. *Journal of General Internal Medicine*. 30(10),1440-1446.
- Griffis, H. M., Kilaru, A.S., Werner, R.M., Ash, D., Hershey, J. C., Hill, S. (2014). Use of social media across us hospitals: descriptive analysis of adoption and utilization, *Journal of Medical Internet Research*, 16(11), 264.
- Gökçe O. (2006). İçerik analizi kurumsal ve pratik bilgiler. Ankara, Siyasal Kitabevi.
- Gül S. S., Nizam Ö. K. (2021). Sosyal bilimlerde söylem ve içerik analizi. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 42,181-198.
- Hudson S., Huang L., Roth M.S., Madden, T.J. (2016). The influence of social media interactions on consumer–brand relationships: a three-country study of brand perceptions and marketing behaviors. *International Journal of Research in Marketing*. 33,27-41.
- Hughs A. 2010; Using social media platforms to amplify public health messaging. from<http://smexchange.ogilvypr.com/2010/11/using-social-media-platforms-to-amplifypublic-health-messaging/>. Erişim Tarihi: Eylül 2023.
- Kaplan A., Haenlein M. (2011). Two hearts in three-quarter time: how to waltz the social media/viral marketing dance, *business horizons*, (4),319-335.
- Kara T. (2017). Instagram’ın sağlık iletişimi bağlamında kullanımı: özel hastaneler üzerine bir inceleme. *Global Media Journal*. 7(14),7-22.
- Keskin H., Çilingir Z. (2010). Web sitelerinin globalizasyonu üzerine büyük global Amerikan markalarına yönelik bir içerik analizi uygulaması. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*. 5(2),51–66.
- Kuduğ H. (2011). Sosyal ağ analizi ölçütlerinin iş ağlarına uyarlanması, Ege Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- Kumar K. (1999). Sanayi sonrası toplumdan post-modern topluma çağdaş dünyanın yeni kuramları. Ankara, Dost Kitabevi Yayınları.
- Lovejoy K., Saxton G. D. (2012). Information, community, and action: how nonprofit organizations use social media. *Journal of Computer-Mediated Communication*. 17(3),337-353.
- Mason A., Narcum J., Mason K. (2021). Social media marketing gains importance after Covid-19. *Cogent Business & Management*. 8(1),1-17.
- Metin O., Ünal Ş. (2022). İçerik analizi tekniği: iletişim bilimlerinde ve sosyolojide doktora tezlerinde kullanımı. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 22(2),273-294.
- Robledo D. (2012). Integrative use of social media in health communication. *Online Journal of Communication and Media Technologies*. 2(4),77-95.
- Sugawara Y., Narimatsu H., Tsuya A., Tanaka A., Fukao A. (2016). Medical institutions and twitter: a novel tool for public communication in Japan. *JMIR Public Health and Surveillance* 2(1),1-12.
- Tamayo, C. B., Ruiz, R. A., Pernet, J. J., Gutiérrez, G. J.F., Salcedo, T. V. Sánchez, Y. D. (2013). Use of social media by spanish hospitals: perceptions, difficulties, and success factors, *Telemedicine Journal And E-Health*, 19(2), 137-145.

- Tengilimoğlu E., Parıltı N., Yar C. E. (2015). Hastane ve hekim seçiminde sosyal medyanın kullanım düzeyi: Ankara ili örneği. *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 17(2),76-96.
- Thackeray R., Neiger B. L., Smith A. K. Van Wagenen S. B. (2012). Adoption and use of social media among public health departments. *BMC Public Health*. 12(1),242.
- Thaker, S. I., Nowacki, A. S., Mehta, N. B. Edwards, A. R. (2011). How U.S. hospitals use social media, *Annals of Intern Medicine Journal*, 154(10), 707-708.
- Thota S. (2018). Social media: A conceptual model of the why's, when's and how's of consumer usage of social media and implications on business strategies. *Academy of Marketing Studies Journal*. 22(3),1-12.
- URL-1 <https://www.websiterating.com/tr>. (Erişim Tarihi: 02.06.2023).
- URL-2 <https://www.linkedin.com> (Erişim Tarihi: 05.07.2023).
- URL-3 <https://www.statista.com> (Erişim Tarihi: 01.05.2023).
- Vinerean S. (2017). Importance of strategic social media marketing. *Expert Journal of Marketing*. 5(1),28-35.

	<b>JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT AND LEADERSHIP (JOHMAL)</b> *** <b>SAĞLIK YÖNETİMİ VE LİDERLİK DERGİSİ</b>	
E-ISSN: 2667-5838	<a href="https://dergipark.org.tr/pub/johmal">https://dergipark.org.tr/pub/johmal</a>	<b>Paper Type:</b> Research Paper, <b>Makale Türü:</b> Araştırma Makalesi
Sayı:1 Eylül 2024	Issue:1 September 2024	<b>Received Date / Geliş Tarihi:</b> 04/02/2024 <b>Accepted Date / Kabul Tarihi:</b> 01/04/2024
<b>SAĞLIK HİZMETİNDEN FAYDALANAN BİREYLERİN HASTA HAK VE SORUMLULUKLARI BİLGİ DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ*</b> ◆◆◆ <b>EVALUATION OF PATIENT RIGHTS AND RESPONSIBILITIES KNOWLEDGE LEVEL OF INDIVIDUALS BENEFITING FROM HEALTHCARE SERVICES</b>		
<b>Atıf/ to Cite (APA):</b> Yavuz, D., Kankan, Ş., Özdemir, Ş. ve Aslan, Y. (2024). Sağlık Hizmetinden Faydalanan Bireylerin Hasta Hak ve Sorumlulukları Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi, Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL), (1), 18-31.		<b>Dila YAVUZ<sup>1</sup></b> <b>Şeyma KANKAN<sup>2</sup></b> <b>Şule ÖZDEMİR<sup>3</sup></b> <b>Yasemin ASLAN<sup>4</sup></b>
<b>DOI:</b> <a href="https://doi.org/10.35345/johmal.1431608">https://doi.org/10.35345/johmal.1431608</a>		

## ÖZ

Bu çalışmanın amacı sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin hasta hakları ve sorumlulukları ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesidir. Tanımlayıcı nitelikte kesitsel tipte tasarlanan çalışmanın evrenini Bursa il merkezinde yaşayan ve sağlık hizmetlerinden faydalanmış olan 18 yaş üstü bireyler, örneklemini ise çalışmaya katılmaya gönüllü 500 kişi oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak “Sağlık Kurumlarına Müracaat Eden Hasta Bireylerin Hak ve Sorumluluk Bilgi Düzeyi Ölçeği” ve “Kişisel Bilgi Formu” kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Veri analizinde tanımlayıcı istatistiklerden ve Number Cruncher Statistical System 2007 programından faydalanılmıştır. Katılımcıların çoğu 21-30 yaş grubunda (%34), evli (%58,8), lise mezunu (%31,6) ve geliri giderine eşittir (%50). Evli katılımcıların bekarlara nazaran hasta hak ve sorumlulukları puanlarının anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür. Gelir düzeyi ve sağlık hizmetlerinden faydalanma sayısı yüksek katılımcıların bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonuçları sağlık hizmetlerinden faydalanan katılımcıların hasta hakları ve hasta sorumlulukları ile ilgili bilgi düzeyinin genel olarak yüksek olduğunu göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta hakları, Hasta sorumlulukları, Sağlık hizmetleri.

## ABSTRACT

This research aimed to assess the knowledge level of individuals receiving healthcare services regarding their understanding of patient rights and responsibilities. The study design was descriptive and cross-sectional, consisting of individuals over 18 who lived in the city center of Bursa and benefited from healthcare services. The sample consisted of 500 people who volunteered to participate in the study. “Knowledge Level of Rights and Responsibility of Sick Individuals Applying to Health Institutions Scale” and “Personal Information Form” served as instruments for data gathering. Face-to-face interviewing was used for collecting the data. Descriptive statistics and the Number Cruncher Statistical System 2007 program were used in data analysis. Most of the participants are in the 21-30 age group (34%), married (58.8%), and high school graduates (31.6%), and their income matches their expenses (50%). It was found that the married participants had significantly higher patient rights and responsibilities scores than the single participants. Participants with higher income levels and more benefits from

\* Bu çalışma TÜBİTAK Bilim İnsanı Destek Programları Başkanlığı (BİDEB) tarafından yürütülen, 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı kapsamında destek almaya hak kazanan 1919B012200245 numaralı projenin çıktısı olarak üretilmiştir. Çalışma için Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan 05.12.2022 tarih ve 2022-10 numaralı ile izin alınmıştır.

<sup>1</sup> Lisans Öğrencisi, Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, yavuzdilaa12@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-8825-2201>

<sup>2</sup> Lisans Öğrencisi, Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, seymakankan@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-2068-7158>

<sup>3</sup> Lisans Öğrencisi, Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, suleozmdr@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0002-1462-2938>

<sup>4</sup> Dr. Öğr. Üyesi, Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, yaseminaslan@bandirma.edu.tr, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6292-2332>

health services had higher levels of knowledge. The findings indicate a predominantly elevated level of awareness among participants concerning patient rights and responsibilities.

**Keywords:** Patient rights, Patient responsibilities, Healthcare services.

## GİRİŞ

Ulusal ve uluslararası bildirelerle güvence altına alınan en temel insan haklarından biri sağlıktır. Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) 1982 Anayasası'nın 56.Maddesinde bireylerin sağlık hakkı devlet güvencesi altına alınmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982: 18). Türk Dil Kurumu (TDK)'nda hak; "*doğru, adaletli davranma, adaletin veya hukukun gerektirdiği veya birine ayırdığı kazanç, verilen emekten doğan manevi yetki*" şeklinde tanımlanmıştır (TDK, 2023). Hastalık hali, insanı zayıf düşüren ve bir başkasının destek ve müdahalesine gereksinim gösteren bir durumdur (Arslan, 2010: 1). Hastalanan birey, fiziksel veya psikolojik rahatsızlıklarından dolayı diğer bireylerden daha zayıf ve dezavantajlı konuma düşmektedir. Hastalık sürecinde ortaya çıkan "hasta hakları" üçüncü kuşak olarak kabul edilen insan hakları arasında yer almaktadır (Arslan, 2010: 1).

Sağlık Bakanlığı tarafından 1998 yılında yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'ne göre hasta hakları; "*Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip buldukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan hakları*" şeklinde tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 1998: 1). Tanrıverdi (2012) hasta haklarını, hastalar için özen gösterilmesi ve hasta menfaatlerinin korunmasını gerektiren hak şeklinde açıklamıştır. Sağlık hakkı, yaşam hakkına benzer şekilde bireylerin doğuştan itibaren sahip olduğu devredilemez haklar arasında yer almaktadır. Sağlık hakkı olmadan diğer temel hakların ve özgürlüklerin hedeflendiği şekilde kullanılması güçtür (Kalyoncu, 2018: 18). Hasta Hakları Yönetmeliği kapsamında temel hasta hakları arasında; adalet ve hakkaniyete uygun şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, bilgi isteme hakkı, hizmet alacağı sağlık kuruluşunu ve sağlık profesyonellerini seçme-değiştirme, hizmetten öncelikli olarak faydalanma, tıbbi gerekliliklere uygun teşhis ve tedavi alma hakkı, refakatçi bulundurma, ötenazi yasağı, tıbbi özenin gösterilmesi, mahremiyete saygı, tedaviyi reddetme/durdurma, dini ödevlerini yerine getirebilme, sağlık hizmeti sunan kurumlar dışında da hizmetten faydalanma hakkı, dava hakkı gibi haklar yer almaktadır. Bu haklara ek olarak hastaların sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde faydalanabilmeleri için bazı sorumlulukları da bulunmaktadır. Bu sorumluluklar arasında; sağlık personeli tarafından istenen bilgileri verme, bulaşıcı hastalığı bildirme, önerilere ve kurallara uyma, saygı gösterme, ziyaretçiler için belirlenen kurallara uyma ve tedavi masraflarını ödeme sorumluluğu yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 1998: 1-4). Bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanma sürecinde hakları ve sorumlulukları ile ilgili bilgi sahibi olması, hizmetlerden etkin bir şekilde faydalanabilmeleri açısından önemlidir. Bu çalışmada, sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin hasta hakları ve sorumlulukları ile ilgili bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma soruları aşağıda belirtildiği gibidir:

- 1) Sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin hasta hakları ve sorumlulukları hakkındaki bilgi düzeyi sosyodemografik özelliklere göre anlamlı bir fark göstermekte midir?
- 2) Sağlık hizmetinden yararlanan bireylerin hasta hakları ve hasta sorumlulukları ile ilgili bilgi düzeyi sağlık hizmetinden faydalanma durumuna göre farklılık göstermekte midir?

## LİTERATÜR TARAMASI

### Dünyada Hasta Haklarının Kısa Tarihçesi

Yirminci yüzyıl dünyasında hasta hakları konusunda yoğun bir gelişme yaşanmış ve sağlık profesyonelleri tarafından hastalara sunulan hizmetler, uluslararası bildirelerle koruma altına alınmıştır (Arslan, 2010). Dünya Tabipler Birliği'nin çalışmalarıyla 1981'de yayımlanan Lizbon Bildirgesi hasta haklarına ilişkin ilk uluslararası düzenleme olma özelliği taşımaktadır. Bu bildirmede hekimini özgürce seçme, önerilen tedaviyi ret veya kabul etme, hastaların özel hayatının gizliliğine saygı duyma, onurlu

bir biçimde ölme ve istem halinde dini temsilci yardımı gibi haklara vurgu yapıldığı görülmektedir. 1994'te Hollanda'nın Amsterdam kentinde Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi hazırlanmıştır. Bu bildirmede ele alınan hasta hakları arasında; sağlık bakımında insan hak ve değerlerinin gözetilmesi, hastaların bilgilendirilmesi, hastanın onamının alınması, mahremiyete ve özel hayata saygı duyulması, bakım ve tedavi hizmetlerinden faydalanma gibi hakların yer aldığı görülmektedir. 1995'te Dünya Tabipler Birliği'nce yayımlanan Hasta Hakları Bildirgesi ile hasta hakları kavramı, gelişmişlik seviyesi yüksek ülkelerin toplumsal yaşamında daha fazla yer edinmiş, nitelikli sağlık hizmetinden faydalanma, sağlık kurumu ve sağlık personelinin seçme, bakım kararlarına katılarak kendi kaderini belirleme, bilinci kapalı ve yasal olarak yeterli otonomiye sahip olmayan hastalara yaklaşım, hastanın isteği dahilinde yapılan girişimlerle ilgili düzenlemeler, hastaların bilgi edinmesi, gizliliğe saygı, sağlık eğitimi alma, hastanın onurunu koruma ve dini destek haklarına bildirmede yer verilmiştir (Sert, 2019).

### **Türkiye'de Hasta Haklarının Kısa Tarihçesi**

Türkiye'de hukuksal açıdan hasta hakları ile ilgili en değerli kaynaklardan biri, 1961 yılında yürürlüğe giren Tıbbi Deontoloji Nizamnamesidir. Bu nizamname ile hasta haklarının toplum tarafından bilinirliğini artırmak amacıyla alınabilecek önlemler ve uygulamalar üzerinde durulmuştur (Sert, 2019). 1998'de "Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği" ve 2003 yılında "Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge" yayımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 1998). Bu gelişmelerin yaşandığı dönemlerde sağlık hizmetlerinde kalite çalışmalarının önem kazanmasıyla, hasta hak ve sorumlulukları ile ilgili düzenlemelere ulusal ve uluslararası sağlıkta kalite ve akreditasyon standartlarında yer vermeye başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020; Sağlık Bakanlığı, 2021; Joint Commission International, 2021).

### **Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Standartları Bağlamında Hasta Hakları**

Hasta hakları ile ilgili yapılan çalışmalar, memnuniyet ve algılanan hizmet kalitesiyle bağlantılı olarak hizmet kalitesinin göstergelerinden biridir (Şahinli ve Tarım, 2020). Samancı ve Bayrak Kök (2020) tarafından yapılan bir araştırmada, kurum çalışanlarının hasta mahremiyetine saygı göstermesi durumunun, katılımcı memnuniyetini sağlayan en yüksek ifade olduğu tespit edilmiştir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından geliştirilen ve sağlık kurumlarında uygulanması zorunlu olan sağlıkta kalite standartları (SKS) hastane setinin hasta deneyimi bölümünde, hasta haklarının uygulanmasına yönelik süreçlerin etkin bir şekilde yönetilmesi gerektiği, kurumda hasta hakları ile ilgili uygulamaların takibinden sorumlu bir birimin olması, bu birimde çalışan sorumluların ve sorumluluklarının tanımlanması, hastaların gerekli durumlarda bu birime kolaylıkla erişimini sağlayacak şekilde düzenlemelerin yapılması, birime yapılan görüş, öneri ve şikayetlerin değerlendirilmesi, gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılması ve sonuçları üst yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılması gerektiği vurgulanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020: 133).

Buna ek olarak SKS hastane setinde hastaların ve yakınlarının hasta hakları ve sorumlulukları hakkında bilgilendirilmesi ve bu bilgilendirmenin asgari; mahremiyet, itibar ve saygı görme, bilgi gizliliğinin sağlanması, hasta güvenliği ve emniyet, tedaviyi reddetme, hasta sorumlulukları ve tıbbi hizmetler ile ilgili bilgilendirme sonrası hastanın rızasının alınması gerektiği belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020: 132). Ayrıca hasta karşılama, danışma ve kayıt birimlerinde görev yapan çalışanlara yılda en az bir kez hasta hakları ve sorumlulukları konusunda eğitim verilmesi istenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020: 240). Türkiye'de sağlık hizmetleri akreditasyonu ile ilgili çalışmaları yürüten Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA) tarafından hazırlanan Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS)'nda temel hasta hakları başlığı altında; hastaların ve yakınlarının haklarının korunması ve iyileştirilmesine yönelik idari bir yapının oluşturulması, hizmetlere erişim ve kalite ile ilgili bilgilere yer



verilmesi, hizmet sunum sürecinde hasta tercihlerinin dikkate alınması, hastanın tıbbi dokümanları inceleme ve isteği halinde bir kopyasını alabilme, hizmet sunum sürecinde hastaların manevi ve kültürel ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik düzenlemeler yapılması, hastaların ve yakınlarının hasta hak ve sorumlulukları konusunda bilgilendirilmesi, bilgilendirmenin içeriğinin SKS maddelerine benzer içeriğe ek olarak tedavi ret etme hakkının bulunduğu konusunda bilgilendirilmesi istenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021: 30).

## YÖNTEM

### Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı nitelikte kesitsel bir çalışmadır.

### Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 1 Nisan 2023 – 30 Temmuz 2023 tarihleri arasında Bursa il merkezinde gerçekleştirilmiştir.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Bursa il merkezinde ikamet eden ve sağlık hizmetinden faydalanan 18 yaş üzeri bireyler oluştururken, örneklemini ise il merkezinde ikamet eden ve sağlık hizmetinden faydalanan 500 kişi oluşturmuştur. 2022 yılında Bursa ilinin nüfusu 3.194,720 olup, bu nüfusun yaklaşık %80'i 18 yaş üstü bireylerden oluşmaktadır. Örneklemin evreni temsil niteliği ile ilgili olarak Yazıcıoğlu ve Erdoğan (2004), %95 güven düzeyi ve %5 hata payıyla 384 kişilik örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu belirtmiştir.

**Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:** 18 yaşından büyük olmak, sağlık hizmetinden faydalanmış olmak, çalışmaya katılmak için gönüllü olmak.

**Araştırma Dışı Bırakılma Kriterleri:** Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılamamak.

### Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmuştur:

**Kişisel Bilgi Formu:** Anketin birinci bölümünde katılımcıların yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi gibi sosyodemografik özelliklerine, daha önce almış olduğu tedavi hizmetlerine, hasta hak ve sorumluluklarıyla ilgili ifadelerle ver verilen ve 14 sorudan oluşan "Kişisel Bilgi Formu" kullanılmıştır.

**Sağlık Kurumlarına Müracaat Eden Hasta Bireylerin Hak ve Sorumluluk Bilgi Düzeyi Ölçeği:** Anketin ikinci bölümünde katılımcıların hasta hak ve sorumlulukları konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla "Sağlık Kurumlarına Müracaat Eden Hasta Bireylerin Hak ve Sorumluluk Bilgi Düzeyi Ölçeği" kullanılmıştır. Bilgin ve Diğer (2019) tarafından geliştirilen ölçek hasta hakları (18 madde) ve hasta sorumlulukları (6 madde) olmak üzere iki alt boyut ve 25 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5'li Likert tiptedir (5: Kesinlikle Katılıyorum, 1: Kesinlikle Katılmıyorum) ve orijinal çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,939 olarak bulunmuştur.

### Veri Toplama Yöntemi

Veriler kolayda örnekleme yöntemiyle, yüz-yüze görüşmeler yapılarak elde edilmiştir.

### Verilerin Analizi

Verilerin analizi için Number Cruncher Statistical System 2020 Statistical Software (NCSS LLC, Kaysville, Utah, USA) programından faydalanılmıştır. Çalışmada nicel değişkenlerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, medyan değerlerinden; nitel değişkenlerin değerlendirilmesinde ise frekans ve yüzde tanımlayıcı istatistiksel metotlardan faydalanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro Wilks testi ve Box Plot grafikleri ile sınıanmıştır. Normal dağılıma uygunluk gösteren niceliksel iki grubun değerlendirmesinde Student t-test, üç grup ve üzeri karşılaştırmasında Oneway ANOVA, farklılığa sebep olan grubun belirlenmesinde

ise Bonferroni testinden faydalanılmıştır. Elde edilen sonuçlar %95 güven aralığı ve  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Alfa katsayısının değerlendirilmesinde;  $0,0 \leq \alpha < 0,40$ =ölçeğin güvenilir olmadığı,  $0,4 \leq \alpha < 0,60$ =ölçeğin düşük güvenilirlik düzeyinde olduğu,  $0,60 \leq \alpha < 0,80$ =ölçeğin oldukça güvenilir,  $0,80 \leq \alpha < 1,00$ =ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğu ölçütünden faydalanılmıştır (Karagöz, 2014).

### Araştırmanın etik yönü

Çalışma için Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan 05.12.2022 tarih ve 2022-10 numarası ile izin alınmıştır. Çalışmada kullanılan ölçeğin kullanım izni alınmıştır. Araştırmaya, gönüllü katılımcılar dahil edilmiş ve Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

### BULGULAR

Katılımcıların %34'ü 21-30 yaş grubunda, %58,8'i evli, %31,6'sı lise mezunu, %50'sinin geliri giderine eşit ve %75'i çalışmaktadır. Ayaktan tedavi hizmetinden faydalanan katılımcıların %59,9'u, yatarak tedavi hizmetinden faydalananların ise %71,7'si hasta hak ve sorumlulukları konusunda kendilerine bilgi verildiğini belirtmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1.** Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Yaş	20 yaş ve altı	58	11,6
	21 ile 30 yaş	170	34
	31 ile 40 yaş	123	24,6
	41 ile 50 yaş	96	19,2
	51 ve üzeri	53	10,6
Medeni Durum	Evli	294	58,8
	Bekar	206	41,2
Eğitim Durumu	İlköğretim	109	21,8
	Lise	158	31,6
	Ön lisans	100	20
	Lisans ve üstü	133	26,6
Çalışma Durumu	Çalışıyor	375	75
	Çalışmıyor	125	25
Gelir Durumu	Geliri giderinden az	115	23
	Geliri giderine eşit	250	50
	Geliri giderinden fazla	135	27
Yılda ortalama kaç kez sağlık hizmetlerinden faydalanırsınız?	1-3	223	44,6
	4-6	186	37,2
	7-9	61	12,2
	10 ve Üzeri	30	6
Daha önce hastalandığınızda ayaktan tedavi hizmeti aldınız mı?	Evet	451	90,2
	Hayır	49	9,8
Bir önceki soruya cevabınız evet ise; hasta hakları ve sorumluluklar hakkında size bilgi verildi mi?	Evet	270	59,9
	Hayır	181	40,1
Daha önce hastalandığınızda yatarak tedavi hizmeti aldınız mı?	Evet	361	72,2
	Hayır	139	27,8
Bir önceki soruya cevabınız evet ise; hasta hakları ve sorumluluklar hakkında size bilgi verildi mi?	Evet	259	71,7
	Hayır	102	28,3
Ayaktan ya da yatarak tedavi hizmet almış olduğunuz sağlık kurumunda Hasta Hak ve Sorumluluklarıyla ilgili herhangi bir dokümana rastladınız mı?	Evet	316	63,2
	Hayır	184	36,8
Hastaların hakları ve sorumluluklarına dair genel bir bilginiz var mı?	Evet	356	71,2
	Hayır	144	28,8
Haklarımızla ilgili danışmak istediğiniz bir durum olduğunda nereye müracaat etmeniz gerektiğini biliyor musunuz?	Evet	355	71
	Hayır	145	29

Ölçeğin iç tutarlılığı incelendiğinde; *Hasta Hakları* alt boyutu ortalama puanı  $4,23 \pm 0,69$ , Cronbach Alpha katsayısı 0,930 olup yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. *Hasta Sorumlulukları* alt boyut puan

ortalaması  $4,41 \pm 0,67$ , Cronbach Alpha katsayısı ise  $0,890$  olup yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Ölçeğin toplam puan ortalaması  $4,28 \pm 0,65$ , Cronbach Alpha katsayısı ise  $0,948$  olup yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Ölçeğin toplam puanlarına göre sınıflandırıldığında; katılımcıların %2,6'sının ( $n=13$ ) düşük, %12'sinin ( $n=60$ ) orta, %85,4'ünün ( $n=427$ ) yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu görülmüştür (Tablo 2).

**Tablo 2.** Ölçeğin ve Alt Boyutları İç Tutarlık Analizi

	N	Soru Sayısı	Puan Aralığı	Ort±SS	Cronbach Alpha	Hak ve Sorumluluk Bilgi Düzeyi n (%)		
						Düşük	Orta	Yüksek
Hasta Hakları	500	18	1-5	4,23±0,69	0,930	15 (3)	40 (8)	445 (89)
Hasta Sorumlulukları	500	7	1-5	4,41±0,67	0,890	14(2,8)	76(15,2)	410 (82)
Ölçek Toplam	500	25	1-5	4,28±0,65	0,948	13(2,6)	60 (12)	427(85,4)

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Ölçeğin tanımlayıcı özelliklere göre karşılaştırması Tablo 3'te sunulmuştur.

**Tablo 3.** Ölçeğin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Karşılaştırmaları

Değişkenler		Hasta Hakları		Hasta Sorumlulukları		Ölçek Toplam	
		Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)
Yaş	20 Yaş ve Altı	4,11±0,75	4,3(1,6-5)	4,34±0,67	4,6(2,3-5)	4,18±0,69	4,5(2,3-5)
	21-30	4,25±0,68	4,5(1,1-5)	4,49±0,65	4,7(1-5)	4,32±0,63	4,6(1-5)
	31-40	4,24±0,64	4,4(1,7-5)	4,39±0,62	4,7(1,9-5)	4,29±0,6	4,5(1,8-5)
	41-50	4,18±0,73	4,4(1-5)	4,33±0,73	4,6(1-5)	4,23±0,71	4,5(1-5)
	51 ve Üzeri	4,33±0,73	4,6(1-5)	4,44±0,71	4,7(1-5)	4,36±0,7	4,6(1-5)
p		0,484		0,338		0,465	
Medeni Durum	Evli	4,32±0,6	4,5(1-5)	4,47±0,58	4,7(1-5)	4,37±0,57	4,6(1-5)
	Bekar	4,1±0,78	4,3(1-5)	4,33±0,78	4,7(1-5)	4,16±0,74	4,4(1-5)
p		<b>0,001**</b>		<b>0,022*</b>		<b>0,001**</b>	
Eğitim Durumu	İlköğretim	4,38±0,66	4,6(1,6-5)	4,47±0,68	4,7(1,3-5)	4,4±0,65	4,6(1,5-5)
	Lise	4,25±0,69	4,5(1-5)	4,43±0,61	4,7(1-5)	4,3±0,63	4,5(1-5)
	Ön Lisans	4,15±0,74	4,4(1-5)	4,34±0,81	4,7(1-5)	4,2±0,73	4,5(1-5)
	Lisans ve Üstü	4,15±0,66	4,3(1,1-5)	4,41±0,61	4,7(1-5)	4,22±0,61	4,3(1-5)
p		<b>0,040*</b>		0,547		0,089	
Çalışma Durumu	Evet	4,25±0,71	4,5(1-5)	4,42±0,71	4,7(1-5)	4,29±0,68	4,6(1-5)
	Hayır	4,18±0,62	4,3(1,6-5)	4,4±0,54	4,6(2,4-5)	4,24±0,57	4,4(2,3-5)
p		0,350		0,869		0,447	
Gelir Durumu	Geliri Giderden Az	3,98±0,78	4,1(1,5-5)	4,27±0,76	4,6(1-5)	4,06±0,73	4,2(1,8-5)
	Geliri Gidere Eşit	4,23±0,68	4,4(1-5)	4,39±0,67	4,7(1-5)	4,27±0,65	4,5(1-5)
	Geliri Giderden Fazla	4,45±0,54	4,6(1,6-5)	4,57±0,55	4,7(1,3-5)	4,49±0,53	4,6(1,5-5)
p		<b>0,001**</b>		<b>0,002**</b>		<b>0,001**</b>	

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum, Student T Test, One-Way ANOVA, \* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$

Çalışmada yaşa ve çalışma durumuna göre hasta hakları ve sorumlulukları alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ( $p > 0,05$ ). Medeni duruma göre *Hasta Hakları* alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel bakımdan ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmış olup, evli katılımcıların bekarlara nazaran aldıkları puanlar daha yüksek bulunmuştur. Medeni duruma göre *Hasta Sorumlulukları* alt boyutundan alınan puanlar arasında da istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık saptanmış olup, evli katılımcıların bekar katılımcılara göre almış oldukları puanlar daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Medeni duruma göre ölçekten alınan toplam

puanlar arasında istatistiki bakımdan anlamlı farklılık saptanmış olup, evli katılımcıların bekarlara nazaran aldıkları puanlar daha yüksektir (Tablo 3).

Eğitim durumuna göre *Hasta Sorumlulukları* alt boyut puanları ve ölçek toplamından alınan puanlar arasında istatistiki açıdan anlamlı düzeyde farklılık saptanamazken, *Hasta Hakları* alt boyutundan elde edilen puanlar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Farklılığın kaynağını belirlemeye yönelik yapılan ikili değerlendirmeler neticesinde, ilköğretim mezunu katılımcıların aldıkları puanlar, lisans ve üstü mezunu olan katılımcıların aldıkları puanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 3). Gelir durumuna göre *Hasta Hakları* alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Geliri giderinden fazla olan katılımcıların aldıkları puanlar, geliri giderine eşit ve geliri giderinden az olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Öte yandan geliri gidere eşit olan katılımcıların puanları, geliri giderinden az olan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Gelir durumuna göre *Hasta Sorumlulukları* alt boyutundan elde edilen puanlar arasında istatistiki açıdan ileri düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili değerlendirmeler sonucunda, geliri giderinden fazla olan katılımcıların aldıkları puanlar, geliri giderine eşit ve geliri giderinden az olan katılımcılara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Gelir durumuna göre ölçek toplam puanları arasında istatistiki bakımdan ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır. Geliri giderden fazla olan katılımcıların aldıkları puanlar, geliri giderine eşit ve gelirine kıyasla gideri daha fazla olan katılımcıların aldıkları puanlardan anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Buna ek olarak geliri giderine eşit olan katılımcıların puanları, geliri giderinden az olan katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 3).

Ölçeğin sağlık hizmeti alma durumuna göre karşılaştırma sonuçları Tablo 4'te yer almaktadır.

**Tablo 4.** Ölçeğin Sağlık Hizmeti Alma Durumuna Göre Karşılaştırmaları

		Hasta Hakları		Hasta Sorumlulukları		Ölçek Toplam	
		Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)	Ort±SS	Medyan (Min-Maks)
Yılda ortalama sağlık hizmetlerinden faydalanma sayısı	1-3	4,17±0,75	4,4 (1-5)	4,42±0,68	4,7 (1-5)	4,24±0,69	4,5 (1-5)
	4-6	4,26±0,63	4,4 (1,8-5)	4,4±0,66	4,7 (1-5)	4,3±0,61	4,5 (1,8-5)
	7-9	4,45±0,47	4,6 (2,8-5)	4,52±0,52	4,7 (2,4-5)	4,47±0,47	4,6 (2,7-5)
	10 ve Üzeri	4,07±0,88	4,3 (1-5)	4,2±0,89	4,6 (1-5)	4,11±0,87	4,3 (1-5)
p		<b>0,019*</b>		0,187		<b>0,041*</b>	
Daha önce ayaktan tedavi hizmeti alma durumu	Evet	4,27±0,65	4,5 (1-5)	4,43±0,66	4,7 (1-5)	4,32±0,63	4,6 (1-5)
	Hayır	3,82±0,88	4 (1,5-5)	4,22±0,76	4,4 (2-5)	3,93±0,78	4 (1,8-5)
p		<b>0,001**</b>		0,062		<b>0,001**</b>	
Önceden ayaktan tedavi hizmeti almış olanlara haklar ve sorumluluklar hakkında bilgi verilmesi durumu	Evet	4,46±0,64	4,6 (1-5)	4,55±0,66	4,7 (1-5)	4,48±0,63	4,6 (1-5)
	Hayır	4±0,57	4 (1,7-5)	4,27±0,62	4,3 (1-5)	4,07±0,54	4,1 (1,8-5)
p		<b>0,001**</b>		<b>0,001**</b>		<b>0,001**</b>	
Daha önce yatarak tedavi hizmeti alma durumu	Evet	4,35±0,63	4,6 (1-5)	4,49±0,63	4,7 (1-5)	4,39±0,6	4,6 (1-5)
	Hayır	3,91±0,75	4 (1-5)	4,2±0,72	4,3 (1-5)	4±0,7	4 (1-5)
p		<b>0,001**</b>		<b>0,001**</b>		<b>0,001**</b>	
Önceden yatarak tedavi hizmeti almış olanlara haklar ve sorumluluklar hakkında bilgi verilmesi durumu	Evet	4,45±0,65	4,6 (1-5)	4,56±0,64	4,7 (1-5)	4,48±0,62	4,6 (1-5)
	Hayır	4,1±0,48	4,1 (2,3-5)	4,33±0,59	4,4 (1-5)	4,17±0,47	4,2 (1,9-5)
p		<b>0,001**</b>		<b>0,002**</b>		<b>0,001**</b>	
Önceden tedavi olunmuş sağlık kurumunda hasta hak ve sorumluluklarıyla ilgili bir dokümana rastlama durumu	Evet	4,41±0,65	4,6 (1-5)	4,52±0,65	4,7 (1-5)	4,44±0,63	4,6 (1-5)
	Hayır	3,92±0,65	4 (1,1-5)	4,24±0,68	4,3 (1-5)	4,01±0,6	4,1 (1-5)
p		<b>0,001**</b>		<b>0,001**</b>		<b>0,001**</b>	
Hastaların hak ve sorumluluklarına dair genel bir bilgisi olma durumu	Evet	4,35±0,66	4,6 (1-5)	4,49±0,66	4,7 (1-5)	4,39±0,63	4,6 (1-5)
	Hayır	3,92±0,67	4 (1,5-5)	4,21±0,67	4,3 (1-5)	4±0,62	4 (1,5-5)
p		<b>0,001**</b>		<b>0,001**</b>		<b>0,001**</b>	
Hasta haklarıyla ilgili bir ihlale uğrandığında nereye müracaat edileceğini bilme durumu	Evet	4,36±0,69	4,6 (1-5)	4,51±0,65	4,7 (1-5)	4,4±0,65	4,6 (1-5)
	Hayır	3,92±0,59	3,9 (1,5-5)	4,17±0,65	4,1 (1-5)	3,99±0,56	4 (1,9-5)
p		<b>0,001**</b>		<b>0,001**</b>		<b>0,001**</b>	

SS: Standart sapma, Ort: Ortalama, Min: Minimum, Maks: Maksimum, Student T Test, One-Way ANOVA  
\*p<0,05 \*\*p<0,0

Yılda ortalama sağlık hizmetlerinden faydalanma sayısına göre *Hasta Hakları* alt boyutu ve ölçekten alınan toplam puanlar arasında istatistiksel bakımdan anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05). Yılda 1 ile 3 kez sağlık hizmetinden faydalanan katılımcıların aldıkları puanlar, yılda 7 ile 9 kez sağlık hizmetinden faydalanan katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Daha önce ayaktan tedavi hizmeti alma durumuna göre *Hasta Hakları* alt boyutu ve ölçek toplamından alınan puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık saptanmış olup, daha önce ayaktan tedavi hizmeti almış olan katılımcıların aldıkları puanlar daha yüksek bulunmuştur. Buna ek olarak çalışmada, daha önce ayaktan tedavi hizmeti almış olanlara haklar ve sorumluluklar hakkında bilgi verilmesi durumuna göre *Hasta Hakları* ve *Hasta Sorumlulukları* alt boyutlarından alınan puanlar ile ölçek toplam puanı arasında istatistiksel bakımdan ileri düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmış olup, bilgilendirilen katılımcıların aldıkları puanlar anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Daha önce yatarak tedavi hizmeti alma durumuna göre *Hasta Hakları* ve *Hasta Sorumlulukları* alt boyutlarından alınan puanlar ile ölçekten alınan toplam puanlar arasında istatistiksel bakımdan ileri düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmış olup, daha önce yatarak tedavi hizmeti almış olan katılımcıların aldıkları puanlar almayanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Daha önce yatarak tedavi hizmeti almış olanlara haklar ve sorumluluklar hakkında bilgi verilmesi durumuna göre *Hasta Hakları* ve *Hasta Sorumlulukları* alt boyutundan alınan puanlar ile ölçekten alınan toplam puanlar arasında istatistiksel bakımdan ileri düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmış olup, bilgilendirilen katılımcıların aldıkları puanlar bilgilendirilmeyenlere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

Ayaktan ya da yatarak tedavi hizmet almış olduğunuz sağlık kurumunda hasta hak ve sorumluluklarıyla ilgili bir dokümana rastlama durumuna göre *Hasta Hakları* ve *Hasta Sorumlulukları* alt boyutlarından alınan puanlar ile ölçek toplam puanları arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmış olup, dokümana rastlayan katılımcıların aldıkları puanlar anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Hastaların hak ve sorumluluklarına dair genel bir bilgisi olma durumuna göre ölçekten alınan toplam puanlar ile *Hasta Hakları* ve *Hasta Sorumlulukları* alt boyutlarından alınan puanlar arasında istatistiksel açıdan ileri düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmış olup, genel bilgisi olan katılımcıların aldıkları puanlar daha yüksek bulunmuştur. Hasta olarak haklarla ilgili herhangi bir ihlale uğrandığında, müracaat edilecek yeri bilme durumuna göre ölçekten alınan toplam puanlar arasında istatistiksel bakımdan ileri düzeyde anlamlı bir farklılık saptanmış olup, soruya evet cevabını veren katılımcıların aldıkları puanlar daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

## TARTIŞMA

Sağlık hizmetlerinde hasta odaklı bakım uygulamalarının önem kazandığı günümüz dünyasında, hastaların hak ve sorumlulukları ile ilgili bilgi sahibi olması, sağlık kurumlarında süreçlerin etkin ve verimli bir şekilde yönetilmesi açısından önemlidir. Ulusal ve uluslararası alanda yapılan çalışmalar neticesinde hastalar hakları ve sorumlulukları ile ilgili daha detaylı bilgi sahibi olmaya başlamıştır (Bilgin ve Diğer, 2020). Çalışmada, katılımcıların %85,4'ünün hasta hak ve sorumlulukları ile ilgili bilgi düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sakarya ve Tokat illerinde yapılan çalışmalarda çalışma bulgularına benzer şekilde katılımcıların, hasta hakları ile ilgili farkındalık düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Bilgin ve Diğer, 2020: 307; Kırılmaz vd., 2018: 233). Diyarbakır'da bir hastaneden hizmet alan bireylerin, hasta hakları ve hasta sorumlulukları konusundaki bilgi seviyelerini tespit etmek gayesiyle yapılan bir çalışmada, katılımcıların yarıdan fazlasının (%55) hasta hakları ile ilgili yönetmeliği bildiği, %44'ünün hakkaniyet ve adalete uygun şekilde sağlık hizmetlerinden faydalanma ve %50'sinin tıbbi zorunluluklar haricinde hastanın rızası olmadan işlem yapılamayacağı hakları konusunda bilgi sahibi olduğu, Yönetmelikte bahsi geçen hasta sorumlulukları konusunda katılımcıların bilgi seviyesinin ise genel olarak %70'in üzerinde olduğu tespit edilmiştir (Korkutan ve Işık, 2021: 281). Ekmen (2018) çalışmasında, bireylerin %62,8'inin hasta hakları konusunda bilgilerinin olduğu saptanmıştır. Agrawal vd. (2017) üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden yatarak tedavi gören hastaları dahil ettikleri bir çalışmada, hastaların sağlık hizmetinden faydalanma sürecindeki hakları konusu ile ilgili pozitif düzeyde farkındalık seviyesinin %28 ile %97,4 arasında olduğu görülmüştür. Bununla birlikte Kırılmaz vd. (2018) yaptıkları çalışmada hastaların orta düzeyde hasta hakları farkındalığına sahip olduğunu tespit etmiştir. Kahramanmaraş'ta bir sağlık uygulama ve araştırma hastanesinde yapılan çalışmada, katılımcıların %53,1'i hasta hakları konusunda bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir (Oktay vd., 2021). Pakistan'da yürütülen bir çalışmada, hastaların çoğunun (%64) haklarının farkında olmadığı tespit edilmiştir (Tabassum vd., 2016). Khalaf vd. (2014) yaptıkları çalışmada, hastaların hakları konusunda bilgi eksikliğinin olduğu sonucuna varmışlardır. 17 ile 70 yaşları arasında en az iki gündür hastanede yatan hastaların dahil edildiği bir çalışmada, hastaların çoğunun bireysel sağlık hakkının

farkında olmadığı tespit edilmiştir (Muhammad vd., 2021). Sudan’da bir eğitim hastanesinde yatan hastaların hakları konusundaki farkındalık durumunun değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların çoğunun (%95.2) hasta hakları ile ilgili bildirelerden haberdar olmadığı ve hasta haklarının hiçbirini açıklayamadığı (%92,8) görülmüştür (Younis vd., 2017). İran’da yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %30,5’inin hasta hakları farkındalığının zayıf olduğu saptanmıştır (Mastaneh ve Mouseli, 2013). Çalışmada katılımcıların hasta hak ve sorumlulukları ile ilgili farkındalık düzeyinin yüksek olmasının, Sağlık Bakanlığı’na bağlı kalite ve akreditasyon süreçleriyle ilgili Daire Başkanlığı tarafından belirlenen ve bütün sağlık kurumlarında uygulanması zorunlu olan Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında, sağlık kurumlarının hasta hak ve sorumlulukları ile ilgili yaptıkları düzenlemelere bağlı olabileceğini düşündürmektedir. Buna ek olarak katılımcıların il merkezinde yaşamaları ve çoğunun (%78,2) eğitim durumunun lise ve üzeri olması farkındalık düzeylerinin yüksek olmasıyla ilişkili olabilir.

Çalışmada yaşa göre hasta hakları ve sorumlulukları ölçeği alt boyut puanları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Literatürde çalışma bulgularıyla uyumlu sonuçlar gösteren araştırmalara rastlamak mümkündür (Tanrıverdi, 2012; Kırılmaz vd., 2018; Mastaneh ve Mouseli, 2013; Çetinkaya vd., 2013). Bununla birlikte Oktay vd. (2021) yaptıkları çalışmada, katılımcıların yaş grubunun, hasta haklarını kullanma tutumları üzerinde etkili olmadığını tespit etmiştir. Bir diğer çalışmada 26-35 yaş grubundaki katılımcıların hak ve sorumlulukları konusunda daha fazla bilgi sahibi olduğu tespit edilmiştir (Bilgin ve Diğer, 2020). Taylan ve Baydoğan (2015) yaptıkları çalışmada, 18-29 genç yaş grubunun hasta hakları konusunda daha fazla bilgi sahibi olduğunu tespit etmiştir. Toygar vd. (2015), hastaların iletişim kurma ve bilgi alma haklarına yönelik, sağlık çalışanlarının yaşa göre algı puanları arasında istatistiksel bakımdan ileri seviyede anlamlı bir farklılık tespit etmişlerdir. Öztürk ve Ertaş (2022), yaş grupları arasında hasta hakları alt boyut puanı ile hastaların hak ve sorumlulukları bilgi düzeyi toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığını ancak yaş grubuna göre hasta sorumlulukları alt boyut puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunduğunu tespit etmiştir. 20 yaşın altında olan katılımcıların puanlarının diğerlerine nazaran anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur. Agrawal vd. (2017) yaptıkları çalışmada, genç yetişkin bireylerin diğer yaş grubundaki bireylerle kıyaslandığında, hasta hakları ile ilgili bilinç seviyesinin daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Literatürdeki bu farklılıkların katılımcıların eğitim düzeyi, yaşadıkları bölge, sağlık hizmetlerinden faydalanma durumu, sağlık hizmetinden faydalanma esnasında hasta hak ve sorumlulukları ile ilgili bilgilendirme dokümanlarına erişme gibi değişkenlere bağlı olabileceği düşünülmektedir. Çalışmada 51 yaş ve üzeri katılımcı sayısının düşük olması da bu sonuç üzerinde etkili olmuş olabilir.

Çalışmada evli katılımcıların bekarlara nazaran ölçek puan ortalamalarının daha yüksek seviyede olduğu bulunmuştur. Öztürk ve Ertaş (2022) çalışmalarında, evli olan katılımcıların puanlarının bekarlara nazaran daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Çetinkaya vd. (2013) tarafından yürütülen bir çalışmada hasta hakları konusundaki bilgi düzeyi ile medeni durum arasında bir ilişki bulunamazken, Tanrıverdi (2012) çalışmasında, bekar katılımcıların güvenlik ve genel hizmet ile ilgili hasta hakları farkındalık düzeylerinin, evlilerden anlamlı seviyede yüksek olduğunu bulmuştur. Evli katılımcıların aile kaynaklı sorumluluk duygularının daha yüksek olması nedeniyle farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Çalışmanın öngörülemez bulgularından biri ilköğretim mezunu katılımcıların hasta hakları ortalama puanlarının, lisans ve üzeri katılımcıların aldıkları puanlardan anlamlı derecede yüksek olmasıdır. Bilgin ve Diğer (2020) yaptıkları çalışmada, okuryazar kesimin hasta hak ve sorumlulukları hakkındaki bilgi düzeyinin daha yüksek olduğunu tespit etmiştir. Çetinkaya vd. (2013) çalışmalarında, katılımcıların eğitim düzeyi ile hasta hakları konusundaki bilgi seviyesi arasında negatif yönde çok zayıf bir ilişkinin bulunduğunu ve kişilerin eğitim düzeyi arttıkça bilgi alma gerekliliğinin de azaldığını bulmuştur. Buna karşın Kırılmaz vd. (2018) yaptıkları çalışmada, öğrenim durumu ile hasta hakları farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamışlardır. Tanrıverdi (2012) çalışmasında, eğitim düzeyi farklı olan katılımcıların farkındalık düzeyinin eşit olduğunu bulmuştur. Oktay vd. (2021), katılımcıların eğitim

durumunun hasta haklarından faydalanma tutumları üzerinde etkili olmadığını, Öztürk ve Ertaş (2022) ise katılımcıların eğitim durumu ile hasta hakları alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık olduğunu, lise mezunu katılımcıların puanlarının, lisans ve üstü katılımcılara kıyasla anlamlı derecede daha düşük olduğunu tespit etmiştir. Pakistan’da yapılan bir çalışmada eğitim durumu ile hasta hakları farkındalık düzeyinin pozitif ilişkili olduğu görülmüştür (Tabassum vd., 2016). Literatürde yaşanan bu farklılıkların hastaların sağlık hizmetlerinden beklentilerine, sağlık hizmetlerinden faydalanma sıklığına ve kültürel faktörlere bağlı olabileceği düşünülmektedir. Eğitim seviyesi yüksek olan bireyler, sağlığı geliştirme ve koruma uygulamalarına daha fazla özen göstererek, mümkün olduğu ölçüde sağlık hizmeti talebinde bulunmamaya gayret gösteriyor olabilir.

Çalışmada geliri giderden fazla olan katılımcıların ölçekten almış oldukları puanlar anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Tokat ilinde yapılan bir çalışmada, en yüksek bilgi seviyesine sahip katılımcıların, çalışmanın yapıldığı dönem için orta ile üst gelir düzeyi arasındaki grup olduğu ve bu durumun sosyal güvence durumu ve beklenti düzeyi ile ilgili olabileceği belirtilmiştir. Taylan ve Baydoğan (2015), orta ve yüksek gelir düzeyine sahip katılımcıların bilgi düzeyinin yüksek olduğunu bulmuştur. Buna karşın gelir ile hasta hakları bilgi düzeyi arasında bir ilişkinin bulunmadığını gösteren çalışmalara da rastlamak mümkündür (Kırılmaz vd., 2018; Oktay vd., 2021; Çetinkaya vd., 2013; Öztürk ve Ertaş, 2022). Gelir düzeyi yüksek olan katılımcıların genel sağlık sigortası haricinde özel sağlık sigortası yaptırma ve özel sağlık hizmetlerinden faydalanma olasılıkları daha yüksektir. Özel sağlık kurumlarında hasta yükünün kamuya nazaran daha düşük olduğu göz önünde bulundurulduğunda, hastalarla ilgilenme, hastaların hak ve sorumlulukları konusunda bilgilendirilmesi ve bu konu ile ilgili görsel doküman kullanma ihtimallerinin daha yüksek olması nedeniyle, gelir düzeyi yüksek olan grubun farkındalık düzeyinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Çalışmada sağlık hizmetinden daha fazla sayıda faydalanan katılımcıların ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bilgin ve Diğer (2020) yaptıkları çalışmada, en yüksek bilgi düzeyine sahip katılımcıların çalışma bulgularıyla uyumlu şekilde 5-7 ay aralığında sağlık hizmetinden faydalanan bireyler olduğunu tespit etmiştir. Diğer yandan Öztürk ve Ertaş (2022) çalışmalarında, sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı ile hasta hak ve sorumlulukları toplam puanı ve alt boyutlardan alınan puanlar arasında anlamlı bir farklılık bulamamışlardır. Sağlık hizmetlerinden daha fazla sayıda faydalanan bireylerin sağlık kurum ve kuruluşlarını her ziyaretinde, konu ile ilgili bilgilendirilmesi ve kurumda konuyla ilgili yazılı bir dokümana rastlaması kaynaklı bilgi düzeyinin yüksek olduğu düşünülebilir.

Çalışmada hasta hak ve sorumluluklarına dair genel bir bilgiye sahip olduğunu belirten katılımcıların ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Kibar (2008) tarafından hasta hakları konusunda sağlık çalışanlarının bilgi seviyesi ve tutumlarının değerlendirilmesi gayesiyle yürütülen çalışmada, katılımcıların %48,8’inin hasta hakları konusunda daha önce hiç eğitim almadığı, %40,2’sinin bir kez eğitim aldığı tespit edilmiştir. Bu bulgu sağlık profesyonellerinin de hasta hakları ile ilgili eğitim ve farkındalık çalışmalarıyla desteklenmesi gerektiğini göstermektedir. Korkutan ve Işık (2021), hastaların hakları ve sorumlulukları konusunda bilinçlenmesi amacıyla kurumların daha fazla çalışmalar yapması ve konuya daha fazla önem vermesi gerektiğini belirtmiştir. Aynı çalışmada Hasta Hakları Yönetmeliği’nde bahsi geçen hasta hak ve sorumlulukları listelerinin hastalar tarafından rahatlıkla görülebilecek yerlere asılması gerek Sağlık Bakanlığı gerekse hastane yönetimi ve sağlık profesyonelleri tarafından kitle iletişim araçları kullanılarak toplumun hasta hak ve sorumlulukları konusunda bilgilendirilmesi, sağlık hizmeti sunumunda görevli personele hizmet içi eğitim verilmesi önerilmiştir. Erdem ve Akgün (2018), ülkemizde hasta hakları ile ilgili yasal düzenlemelere rağmen, bunların henüz hastalar tarafından yeterince bilinmediğini tespit etmiştir. Aydemir ve Özhan (2011)’in çalışmalarında, katılımcıların %40,2’si hizmet alım sürecinde broşür, video, pano bilgilendirmesi gibi araçlar kullanılarak hasta hakları ve sorumlulukları konusunda bilgilendirilmediklerini ifade etmiştir. Khalaf vd. (2014) yaptıkları çalışmada, katılımcıların %77,2’si bazı hakları konusunda bilgi sahibi olmalarına rağmen, kendi ülkelerindeki hasta hakları ile ilgili listelerden haberdar olmadıklarını belirtmiştir.



Çalışmada hasta haklarıyla ilgili durumları danışmak üzere müracaat edilecek yeri bilen katılımcıların ölçekten aldıkları puanlar, bilmeyenlere nazaran daha yüksek bulunmuştur. Çetinkaya vd. (2013)'nin çalışmalarında, sağlık hizmetinden faydalanan katılımcıların büyük kısmının hasta hakları birimine müracaat etmediği ve bunun nedeninin hastalara bu konu ile ilgili yeterince bilgi verilmemesi olabileceği belirtilmiştir. Kocaeli ilinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %23,2'sinin hangi birime başvuracağını bilmediği tespit edilmiştir (Taylan ve Baydoğan, 2015). Oktay vd. (2021) yaptıkları çalışmada, katılımcıların %54,9'unun sağlık hizmeti aldıkları kurumda hasta hakları birimi olduğu konusunda bilgi sahibi olmadığını tespit etmiştir. Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi'ne başvuran hastalar ve yakınları üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %35'i haklarının ihlal edilmesi durumunda nereye başvurması gerektiğini bilmediğini ifade etmiştir (Aydemir ve Özhan, 2011). Kalaycı ve Duruk (2020), hasta hakları ile ilgili bilgi sahibi olan katılımcıların bu hakları kullanma tutum puanının, bilgi sahibi olmayanlara kıyasla anlamlı düzeyde yüksek olduğunu tespit etmiştir. Hasta ve hasta yakınlarının hakları ile ilgili herhangi bir danışmanlığa ihtiyaç duydukları durumlarda nasıl bir yol izleyeceği hakkında bilgi sahibi olması, hastaların sorununa çözüm bulunması, sağlıkta kalite standartlarına uyum sağlanması, hastaların zaman kazanması ve süreçlerin etkin bir şekilde yönetilmesi açısından önemlidir. Bireylerin hasta hakları ve sorumlulukları ile ilgili bilgi sahibi olması, kendileri ile ilgili verilecek kararlara katılmaları noktasında, hasta odaklı bakımın da önemli unsurlarından birini oluşturmaktadır.

### **Sınırlılıklar**

Bu çalışma 1 Nisan 2023-30 Temmuz 2023 tarihleri arasında Bursa il merkezinde ikamet eden ve sağlık hizmetlerinden daha önce faydalanmış olan katılımcıların hasta hakları ve hasta sorumlulukları ile ilgili yapılan bu çalışmaya gönüllü olarak verdiği cevaplarla sınırlıdır.

### **SONUÇ**

Çalışma sonuçları, hastaların hakları ve sorumlulukları konusundaki bilgi düzeyinin genel olarak yüksek olduğunu, evli, gelir düzeyi yüksek, sağlık hizmetinden daha fazla sayıda faydalanan, hizmet sunum sürecinde hasta hakları ve sorumluluklarıyla ilgili herhangi bir dokümana rastlayan, hasta hak ve sorumluluklarıyla ilgili bilgi almak amacıyla nereye başvurması gerektiğini bilen katılımcıların hasta hak ve sorumluluk puan düzeylerinin diğer katılımcılara nazaran daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonuçlarına dayanarak, sağlık hizmetlerinden faydalanan bireylerin hakları ve sorumlulukları ile ilgili bilgi düzeyinin ölçülmesi önem arz etmektedir. Dünya genelindeki bütün bireylerin sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde faydalanması gerektiği durumundan hareketle; hastaların hakları ve sorumlulukları ile ilgili bilgi düzeyinin artması, kaliteli, etkili, hakkaniyetli ve adil sağlık hizmeti sunum felsefesinin benimsenmesi, cinsiyet, din ve ırk ayırımı yapılmaksızın bütün bireylerin adil ve hakkaniyetli bir şekilde sağlık hizmetine ulaşabilmesi açısından önemlidir. Türkiye'de Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında sağlık kurumlarında hasta hak ve sorumlulukları ile ilgili yapılan düzenlemelere riayet edilmesi, konu ile ilgili hazırlanan broşürlere hasta ve hasta yakınları tarafından erişimin kolaylaştırılması, kamu spotu çalışmalarlarıyla toplumsal farkındalığın artırılması, sağlık profesyonellerine bu konuyla ilgili düşen sorumluluklar hakkında bilgi verilmesi ve özellikle mezuniyet öncesi eğitim programlarında konuya yer verilmesi, hasta hakları biriminin kolay erişim sağlanabilecek bir noktaya konumlandırılması ve Sağlık Bakanlığı ile sağlık kurumlarının sosyal medya platformlarında halkın bilgilendirilmesini sağlayan içeriklere yer verilmesi önerilebilir. Buna ek olarak, gelecek dönemlerde farklı coğrafi bölgelerde ve farklı yerleşim alanlarında ikamet eden bireyler üzerinde benzer çalışmaların yapılması, toplumun hasta hak ve sorumlulukları ile ilgili bilgi düzeyi konusunda daha net çıkarımlar yapılmasını sağlayacak sonuçlara ulaşılması açısından önemlidir.

## Teşekkür

Bu çalışmaya 1919B012200245 proje numarası ile destek veren TÜBİTAK 2209-A Bilim İnsanı Destek Programları Başkanlığı (BİDEB)'na ve istatistik eğitim ve analiz desteği sağlayan Empiar İstatistik Danışmanlık kurumlarına çok teşekkür ederiz.

## KAYNAKLAR

- Agrawal, U., D'Souza, B. C. ve Seetharam, A. M. (2017). Awareness of patients' rights among inpatients of a tertiary care teaching hospital- a cross-sectional study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 11(9), IC01-IC06.
- Arslan, E. (2010). *Türkiye'de hasta hakları*. Yüksek Lisans tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Aydemir, İ. ve Özhan, A. (2011). Hasta hakları uygulamalarının hasta ve yakınları tarafından değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 22(1), 85-104.
- Bilgin, R. ve Diğer, H. (2019). Sağlık Kurumlarına Müracaat Eden Hasta Bireylerin Hak ve Sorumluluk Bilgi Düzeyi Ölçeğinin geliştirilmesi. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(2), 558-570.
- Bilgin, R. ve Diğer, H. (2020). Hastanede yatan bireylerin, hasta hakları ve sorumlulukları konusundaki bilgi düzeyleri: Tokat ilindeki bir devlet hastanesi örneği. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 30(1), 307-327.
- Çetinkaya, F., Koçyiğit, N. ve Emiroğlu, A. (2013). Hasta hakları ve Ermenek Devlet Hastanesi hastalarının hasta hakları bilgi düzeyi üzerine bir inceleme. *Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 15(25), 79-84.
- Ekmen, E. (2018). *Hasta hakları algısı: Karaman ili örneği*. Yüksek Lisans tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Erdem, Ö. ve Akgün, H. S. (2018). Hasta ve sağlık çalışanlarının, hasta hakları konusunda bilgi düzeyleri: bir müdahale çalışması. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(3), 518-524.
- Joint Commission International. (2021). *Genel Hastaneler ve Akademik Tıp Merkezi Hastaneleri Akreditasyon Standartları*. USA: Joint Commission Resources.
- Kalaycı, F. ve Duruk, N. (2020). Evaluation of patients' attitudes towards using patient rights. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(4), 621-632.
- Kalyoncu, S. (2018). *Türkiye'de hasta haklarının kapsamlı bir araştırması*. Yüksek Lisans tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Karagöz, Y. (2014). *SPSS 21.1 uygulama biyoistatistik (1.Basım)*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Khalaf, S. K., Al-Asadi, J. N., Shami, S. A. ve Al-Shammery, H. (2014). Assessment of patients' knowledge and awareness about their rights and duties. *Kufa Journal for Nursing Sciences*, 4(3), 1-11.
- Kırılmaz, H., Fıçıcı, Y. ve Şimşir İ. (2018). Hasta hakları farkındalığına yönelik bir çalışma. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 18(41), 233-258.
- Kibar, N. (2008). *1.Basamak sağlık hizmetlerinde hasta hakları bilinirlik düzeyinin ölçülmesi: Bahçelievler örneği üzerine bir araştırma*. Yüksek Lisans tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Korkutan, M. ve Işık, Ü. (2021). Hastaların hak ve sorumlulukları konusundaki bilgi durumları: Diyarbakır örneği. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(22), 281-294.
- Mastaneh, Z. ve Mouseli, L. (2013). Patients awareness of their rights: insight from a developing country. *International Journal of Health Policy and Management*, 1(2), 143-146.
- Muhammad, D., Jan, A. ve Naz, S. (2021). Assessment of hospitalized patients awareness of their rights: a cross-sectional descriptive study. *The Pan African Medical Journal*, 38, 157.

- Oktay, A. A., Taş, F., Gülpak, M. ve Yel, F. (2021). Bir üniversite hastanesinde hastaların hasta haklarını kullanma tutumunun incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(2), 131-139.
- Öztürk, Z. ve Ertaş, Ş. (2022). Üniversite hastanesinden sağlık hizmeti talep eden bireylerin hak, sorumluluk ve bilgi düzeyinin incelenmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 12-28.
- Sağlık Bakanlığı. (1998). *Hasta Hakları Yönetmeliği*, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>, Erişim Tarihi: 10.10.2023
- Sağlık Bakanlığı. (2020). *Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti (SKS, Sürüm 6.1)*, <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR,9064/sks-hastaneversiyonlar.html>, Erişim tarihi: 20.08.2023
- Sağlık Bakanlığı. (2021). *Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı, Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti (SAS) (v3.0/2021)*, <https://files.tuseb.gov.tr/tuseb/files/yayinlar/20230703124740-pjoyoZ9C2DLS-.pdf>, Erişim tarihi: 20.08.2023
- Samancı, M. ve Bayrak Kök, S. (2020). Sağlık kurumlarında algılanan hizmet kalitesi: Samsun ili örneği, *Journal of Healthcare Management and Leadership*, 1, 43-53.
- Sert, G. (2019). *Uluslararası bildirgeler ve tıp etiği açısından hasta hakları* (Güncellenmiş 2. Baskı), Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Şahinli, S. ve Tarım, M. (2020). Sağlık sektöründe hizmet kalitesi ölçümü: Sistematik bir derleme çalışması. *Journal of Healthcare Management and Leadership*, 1, 1-14.
- Tabassum, T., Ashraf, M. ve Thaver, I. (2016). Hospitalized patients' awareness of their rights-a cross sectional survey in a public and private tertiary care hospitals of Punjab, Pakistan. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad*, 28(3), 582-586.
- Tanrıverdi, H. (2012). Hastaların, hasta hakları konusundaki farkındalık düzeylerinin incelenmesi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 16(3), 101-122.
- Taylan, H. ve Baydoğan, T. (2015). Hasta ve yakınlarının hasta hakları ve “hasta hakları birimi” hakkındaki bilgi düzeylerinin ve faydalanma durumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(55), 248-256.
- Toygır, Ş. A., Akyürek, Ç. E. ve Turaç, İ. S. (2015). Hasta hakları uygulamalarına ilişkin tarafların görüşleri: bir eğitim ve araştırma hastanesi örneği. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(1), 136-159.
- Türk Dil Kurumu (TDK) Sözlükleri. (2023). *Hak*, <https://sozluk.gov.tr/>, Erişim tarihi: 20.09.2023
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. (1982). *Türkiye Cumhuriyeti Anayasası*, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2709.pdf>, Erişim Tarihi: 14.08.2023
- Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2004). *SPSS uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri* (4. Baskı). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Younis, A. A., Hassan, A. H., Dmyatti, E. M., Elmubarak, M. A., Alterife, R. A., Salim, R. E., Mohamed, S. A. ve Ahmed, W. S. (2017). Awareness and practice of patients' rights among hospitalized patients at Wad-Medani Teaching Hospital, Sudan. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 23(2), 80-86.

	<b>JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT AND LEADERSHIP (JOHMAL)</b> *** <b>SAĞLIK YÖNETİMİ VE LİDERLİK DERGİSİ</b>	
E-ISSN: 2667-5838	<a href="https://dergipark.org.tr/tr/pub/johmal">https://dergipark.org.tr/tr/pub/johmal</a>	Paper Type: Research Paper, Makale Türü: Araştırma Makalesi
Sayı:1 Eylül 2024	Issue:1 September 2024	Received Date / Geliş Tarihi: 15.02.2024 Accepted Date / Kabul Tarihi: 08.06.2024
<b>HASTANELERDE FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK ANALİZİ*</b> ◆◆◆ <b>FINANCIAL SUSTAINABILITY ANALYSIS IN HOSPITALS</b>		
Atıf/ to Cite (APA): Yıldırım, K. (2024). Hastanelerde Finansal Sürdürülebilirlik Analizi, Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL), 32-45		<b>Kadir YILDIRIM**</b>
DOI: <a href="https://doi.org/10.35345/johmal.1435805">https://doi.org/10.35345/johmal.1435805</a>		

### ÖZ

Örgütlerin faaliyet alanlarının tüm bölümlerine konu olan finansal sürdürülebilirlik, bugünün ihtiyaçları giderilirken gelecekteki karşılama düzeylerinden eksilme olmadan sunumunun yapılabilmesidir. Bunun sağlanabilmesi için yapılması gereken, gelir veya kazanç sağlama ve maliyetleri kontrol etmedir. Sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği için de sınırsız gereksinimlerle sınırlı olan finansal kaynaklar arasında baş gösterecek sorunların çözülüp giderilmesi gerekir. Araştırmaya konu olan çalışma, sorunların tespiti ve çözüme yönelik katkının sağlanması, hastanelerde finansal sürdürülebilirlik için oluşturulan göstergelerin semantik diferansiyel aracılığıyla derecelendirilmesini içerir. Böylelikle hizmetlerin verimliliği ve etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Semantik diferansiyel, ölçümlemenin yapılabilmesi için hazırlanmış Likert ölçeklendirme benzeri bir derecelendirme türüdür. Ölçek ile hassas durumlarda direkt sorulan soruların oluşturduğu olumsuzlukların ortadan kaldırılması hedeflenmektedir. Hazırlanan göstergelerle ve periyodik olarak yapılan değerlendirmelerle model oluşturulması, sağlık yöneticilerinin bilgi düzeylerinin yükseltilmesi, farkındalıklarının artırılması, karar aşamalarında onlara objektiflik ve kolaylık sağlama amaçlanmaktadır. Araştırma için kapsamlı literatür taraması yapılarak oluşturulan on bir gösterge çerçevesinde, sadece hastaneler için değil farklı sağlık kurum ve kuruluşlarına uyarlanabilir, ihtiyaçlar ve yeni gelişmeler doğrultusunda değiştirilip geliştirilebilir göstergeler hazırlanmıştır. Araştırmada neticesinde Semantik Diferansiyel ile derecelendirmesi yapılan sağlık kurumunun finansal sürdürülebilirlik ortalaması 3,00 olarak hesaplanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Finansal Sürdürülebilirlik, Hastanelerde Finansal Sürdürülebilirlik, Finansal Sürdürülebilirlik Analizi.

### ABSTRACT

Financial sustainability, which is the subject of all parts of the fields of activity of organizations, is the ability to meet today's needs without compromising future satisfaction levels. What needs to be done to achieve this is to generate income or profit and control costs. For the sustainability of health systems, problems that may arise between unlimited needs and limited financial resources must be resolved. The subject of the research includes identifying problems and contributing to solutions, and rating the indicators created for financial sustainability in hospitals through semantic differential. Thus, it is aimed to evaluate the efficiency and effectiveness of the services. Semantic differential is a type of rating similar to Likert scaling prepared for measurement. The scale aims to eliminate the negativities caused by questions asked directly in sensitive situations. It is aimed to create a model with the prepared indicators and periodic evaluations, to increase the knowledge level of health managers, to increase their awareness, and to provide them with objectivity and convenience in the decision stages. A comprehensive literature review was conducted for the research, and within the framework of eleven indicators, indicators that can be adapted not only to hospitals but also to different health institutions and organizations and can be changed and developed in line with needs and new developments have been prepared. As a result of the research, the financial sustainability average of the health institution rated by Semantic Differential was calculated as 3.00.

**Keywords:** Financial Sustainability, Financial Sustainability in Hospitals, Financial Sustainability Analysis.

\*Bu makale Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında "Semantik Diferansiyel Tekniği ile İkinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında İşlevsel Analiz ve Uygulaması" isimli doktora tezinden üretilmiştir. 2021-Ocak-13 Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Onayı, 06.05.2021 E-76728045-806.01.03 sayılı Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Ön İzin Belgesi Onayı.

\*\*Uzman, Sivas İl Sağlık Müdürlüğü, İzleme Değerlendirme ve Denetim Birimi, kadyil58@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1107-5425>.

## 1. GİRİŞ

Finansal sürdürülebilirlik, kurumların veya bireylerin faaliyetlerini uzun dönemli olarak yürütebilme kabiliyetidir. Sağlıkın finansal sürdürülebilirliği ise bir ülkenin mali imkanlarıyla, orta ve uzun dönemlerde sağlık sistemini destekleyebilmedir. Uzun dönemde hizmetin sunumunda ve sağlık bakımında süreklilik için büyük bir öneme sahiptir. İstenilen potansiyelde finansman kullanarak gelirin giderin karşılanması anlamına gelir (Yıldırım, 2012b).

Sağlıkta finansal sürdürülebilirlik, sağlık sistemlerinin beklenileni gerçekleştirmek için yeterli düzeyde kaynak ayırabilmesi, bu kaynaklarla sağlığı koruma ve ilerletme sorumluluğunu yerine getirebilme becerisidir. Sistem, giderleri toplanan gelirlerle karşılayamıyor, hazine veya mali yardımlarla yerine koymaya çalışıyorsa, bunun sürekliliği gerekir (Kalkınma Bakanlığı, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık sisteminin finansmanını “birincil ve ikincil kaynaklardan gelir elde etme, fon havuzlama ve hizmet sunuculara ödeme yapma süreci” olarak tanımlar (WHO, 2000).

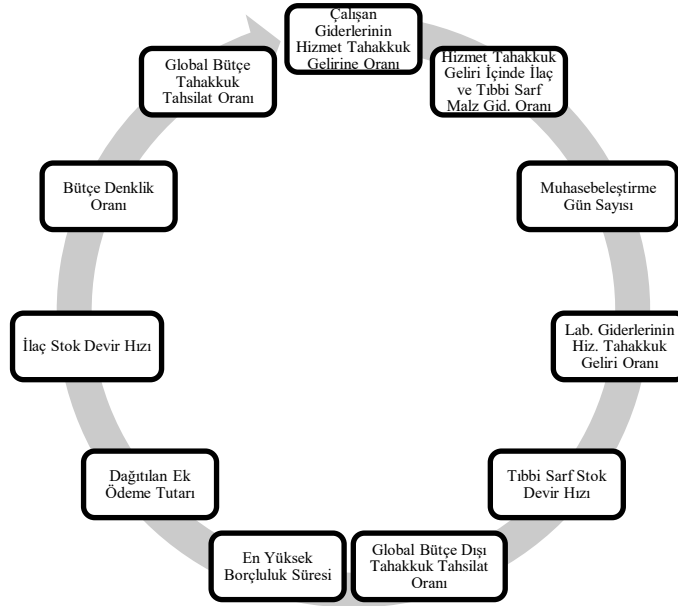
Sağlık finansmanının temel amacı; ihtiyaç duyulan sağlık hizmetini zamanında, uygun yerde, uygun kişiler ve kuruluşlardan etkili, kaliteli bir şekilde, uygun bir teminat paketiyle uygun bir kapsamda nüfusun tamamının kapsanacağı şekilde sürdürülebilir ve erişilebilir kılmaktır. Diğer bir deyişle sağlığın finansmanı ile kaynakları ekonomik, etkili ve verimli ve biçimde kullanıp sağlık hizmet sunumu gerçekleştirerek, sağlık verilerini istenilen düzeye yükseltecek biçimde kullanılmasının sağlanmasıdır (Yıldırım, 2012a).

Sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğinin temel etmeni ve sağlık politikası tartışmalarının merkezidir. Sınırlı imkanlarla artan maliyetler arasında denge kurabilmeyi gerektirir (Thomson ve ark., 2009).

Sağlık finansmanında çeşitli yöntemler ve sistemler kullanılmakla birlikte, ağırlıklı olarak karma sistemler ön plana çıkmaktadır. Bu yöntemler; sosyal sigorta, tıbbi tasarruf hesapları, özel sigorta, cepten harcama, vergi, kredi, hibe ve bağışlardır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı her ülkede farklılıklar göstermektedir. Hangi yöntemin finansal sürdürülebilirliği en kapsamlı ve erişimi daha kolay sağlayabildiği hususunda birçok tartışma vardır. Yalnız karma yöntemler iyi bir yöntem olarak durmaktadır (Yalçın ve Yıldırım, 2001; Mossialos ve Dixon, 2002; Yıldırım, 2012a).

Nüfus yapılarındaki değişimler, teknolojik ilerleme, tüketici beklentileri, kaynaklarının sınırlılığı sağlık hizmetlerindeki artan maliyetler ve Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'daki (GSYİH) sağlık harcamalarının payının artması son yıllarda sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği (Thomson ve ark., 2009) öncelikli olarak politika gündem maddesidir. Hükümetlerin en öncelikli görevlerinden biri sağlık sistemlerinin etkili ve verimli olarak sürdürülebilmesidir (Wang, 2010).

Çalışmada hastanenin finansal sürdürülebilirlik analizi 11 gösterge ile değerlendirilecektir.



Şekil 1: Finansal Sürdürülebilirlik Göstergeleri

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi, (2019). İl Sağlık Müdürlükleri İl İzleme ve Değerlendirme Rehberi.

Çalışmada hastanelerde finansal sürdürülebilirlik analizi semantik diferansiyel ile derecelendirilmiştir. Semantik Diferansiyel, anlamsal diferansiyel olarak da bilinen ve ölçümlendirme amacıyla düzenlenmiş derecelendirme türüdür. Teorik temelleri olarak; Nominalistler, “yalnızca gerçek şeylerin varlıklar olduğunu ve evrensel denilen bu varlıklardan soyutlamaların sadece kelimeler olduğunu”, Realistler ise “evrensellerin bağımsız bir nesnel varoluşa sahip olduğunu” savunmuşlardır. Son yıllarda yaygın olarak kullanılan ölçeklerden biri olmasının nedeni, ölçeklerinin çok yönlü ve birbirine zıt sıfat tiplerinin farklı alanlar üzerinde çok kullanışlı olması nedeniyledir. Araştırmacılar bu yüzden ölçeği "her zaman hazır batarya" olarak isimlendirir. İlk yılları 1950'lerin sonlarına doğru olan izlenim farklılığı olarak bilinen anlamsal farklılık, kişilerin obje veya bir şeylerle ilgili tutumlarını, hissettiklerini ilişkilendirerek ölçeklendirme süreci olarak kullanmaya başlanmıştır. Uygulaması, kişilere iyi-kötü, güzel-çirkin, temiz-kirli gibi kavramların karşıtları 5 puanlık bir derecelendirme biçiminde sunulmuştur (Questionpro, 2024).

İstatistiksel özellikleri olarak; beş adet iki uçlu sıfatlarla oluşturulan anlamsal diferansiyelin aynı sonucu Likert ölçümleriyle ilişkili güvenilir sonuçlar sağladığı belirlenmiştir. Semantik Diferansiyelde sorun psikometrik özelliklerin ve ölçüm seviyelerinin tartışmalı olmasıdır. Bununla birlikte genel yaklaşım, anlamsal diferansiyeli bir sıra ölçeği olarak ele alınması gerektiğidir. Ancak ölçekteki orta seçeneğin sıfır noktası gibi değerlendirilebileceği, ölçeğin değerleri arasındaki aralıkların eşit olarak ele alınabileceği ve bununla aralıklı ölçek haline getirebileceği söylenebilir. Derecelendiricinin ilgili konu ile tutumuna yönelik olarak yoğunluk ve içerik skorlamasını belirtmesine yaramaktadır. Bu, ölçümleyicinin tutumunu belirli içerikler itibarıyla saptanması sonucu elde edilir. Eşit uzaklıktaki aralıklarla ölçme amaçlanır. Ölçeğin bir yanında olumlu, diğer yanında ise olumsuz ifade bulunur. Aralıklar eşit olacak biçimde 1-7, -3 +3 biçiminde de olabilir. Değerlendirilecek olguya ait özelliklerin derecelendirilmeleri ters yönlere gelecek şekilde doğruya konumlandırılır. Ölçümleyici uygun gördüğü yere işaret koyarak derecelendirme yapar. Olumsuzluğun yönü fark etmeksizin ölçeğin sağında veya solunda olabilir. Bu, ölçümleyicinin testi için gereklidir. Çok olumlu veya çok olumsuz durumlarda sağ ya da sol kısımda yer almasına bağlı olarak, okumadan işaret konulmasının önüne geçilmesi ve tespiti nedeniyle yapılır. Böylelikle elde edilen yanıtların tüm göstergelerle ortalamaları oluşturulabilir, sonuçlar tablo şeklinde gösterilebilir. Böylece farklı göstergelerle belirlenen değerlerin analizi çıkarılır (İstanbul Üniversitesi, 2024).

İşlevsel analiz için hazırlanan sorular işletme içi analizlere daha uygun olduğundan yönetim, finans, ar-ge, üretim, personel, lojistik ve pazarlama bölümleriyle ilgili hususların işletme stratejileriyle uyumluluklarına verilen cevaplar semantik diferansiyel tekniği ile derecelendirilebilir. Stratejilerle uyumlu değil (1), stratejilerle uyumlu (5) noktaları arasında derecelendirme yapılır ve ortalama belirlenir (Ülgen ve Mirze, 2018).

**Tablo 1: Semantik Farklar Ölçeği**

<b>Sizece A;</b>			
Çok Ucuz	X		Çok Pahalı
Ürün Çeşiti Az		X	Ürün Çeşiti Bol
Klasik Yerleşim			X Modern Yerleşim
.....	X		.....
.....	X		.....

-3, +3 aralığında, 1-7 aralığında ölçeklendirilebilir.

**Kaynak:** Erbaş, Ünver, 2018. Erbaş C. Ü. (2018). *Araştırma Yöntemleri*, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

## 2. YÖNTEM

### 2.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma, nicel nitelikte, geliştirilebilir ve sağlık kurumlarının tümüne uyarlanabilir biçimde, verilerin analizini kapsayan retrospektif bir çalışmadır.

### 2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma, ikinci basamak sağlık kurumlarını içeren bir çalışmadır. Bu kapsamda Sivas ilinde bulunan kamuya bağlı Numune Hastanesi çalışmaya konu olmuştur. Uygulama için 3 yılın verileri incelenmiş (2019, 2020, 2021) 2021 yılı üçüncü çeyrek döneminin değerlendirilmesi yapılmıştır.

### 2.3.Veri Toplama Araçları

Çalışma, doğru ve gerçek verilere ulaşabilme hedefi ile sağlık bilgi sistem modülleri; Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (Sağlık-NET), Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler (SİNA), Temel Sağlık İstatistikleri Modülü (TSİM), Kara Destek Sistemler (KDS) gibi kaynaklar kullanılmıştır. Verileri destekleyici mahiyette olmak üzere açık kaynaklara da ulaşılarak değerlendirilme yapılmıştır.

### 2.4.Verilerin Analizi

Çalışma verilerinin analizi için 3 yılın verilerine ulaşılmış, 1 yıl 4 dönem olarak incelenerek, elde edilen veriler finansal sürdürülebilirlik göstergelerindeki hesaplama yöntemleriyle analiz edilmiş ve semantik diferansiyel ile derecelendirilmiştir. Analiz sonunda derecelendirilen verilerin ortalaması alınmıştır.

## 3. BULGULAR

Finansal sürdürülebilirliğin analizi için çalışmada kullanılacak ilk gösterge FS-1 İlaç Stok Devir Hızı hesaplama formülü ve sonucu;

FS-1 İlaç Stok Devir Hızı

A: Çıkışı Yapılan İlaç Miktarı

B: Dönem Başı Stok Miktarı

C: Son Stoktaki Miktar

Hesap Yöntemi= $A/(B + C)/2$

Hastane İlaç Stok Devir Hızı

1,21

İlaç stok devir hızı: Kurumun tüketimi ile uyumlu miktarda ilaç bulundurması gerekir. İlaç miktarları ile mali karşılıkların sonuçlarının benzer olması gerekir. Devir hızının yüksek çıkması kurumun stokları kısa zamanda paraya çevirdiğini, hızın çok yüksek çıkması ise yetersiz miktarda stok bulundurulduğunu düşündürür. Çok düşük oran ise gereksiz stok miktarına işaret eder. Nihai sonuç için hasta potansiyeli, kuruluş kapasitesi ve diğer durumların göz önünde tutulması gerekir.

Tıbbi sarf malzemelerin stok devir hızları da ilaç stok devir hızında olduğu gibidir.

#### FS-2 Tıbbi Sarf Stok Devir Hızı

Hesap Yöntemi= $A/(B+C)/2$

Hastane Tıbbi Sarf Stok Devir Hızı

A: Çıkışı Yapılan Tıbbi Sarf Miktarı

B: Dönem Başı Stok Miktarı

C: Son Stoktaki Miktar

1,39

İlaç stok devir hızında yapılan yorumlamanın aynısı tıbbi sarf malzemelerin stok devir hızı yorumlamasında da yapılabilir.

Araştırmanın yapıldığı hastaneye ait FS-3 oranı şu şekilde formüle edilip bulunmuştur.

#### FS-3 İlaç/Tıbbi Sarf Malzeme Giderleri Hizmet Tahakkuk Geliri Oranı

Hesaplama Yöntemi =  $(A / B) \times 100$

Hastane Oranı

A: Toplam Tıbbi Sarf ve İlaç Harcama Tutarları

B: Hizmet Tahakkuk Gelirleri Tutarı

22,46

Gösterge hesaplamasında hizmet ve mal alımları birlikte ele alınmalıdır. İlaç, tıbbi sarf malzeme harcamalarında maliyet etkinliğinin<sup>1</sup> sağlanması amaçlanmaktadır. Gösterge sonucu değerlendirilirken sağlık kurumunun kapasite kullanım oranlarına dikkat edilmelidir.

Sağlık kurumunun FS-4 Laboratuvar Giderlerinin Hizmet Tahakkuk Geliri Oranı hesaplama formülü ve sonuç şu şekildedir.

#### FS-4 Laboratuvar Giderlerinin Hizmet Tahakkuk Geliri Oranı

Hesap Yöntemi= $(A/B) \times 100$

Hastane Oranı

A: Toplam Laboratuvar Harcama Tutarları

B: Hizmet Tahakkuk Gelirleri Tutarı

6,6

Laboratuvar giderleri hesaplamasında laboratuvar harcamalarının maliyet etkinliği amaçlanmaktadır. Kurumun kapasite kullanım oranları dikkate alınmalı, mal ve hizmet alımları birlikte ele alınmalıdır.

Çalışan giderlerinin hizmet tahakkuk geliri formül ve sonucu:

#### FS-5 Çalışan Giderlerinin Hizmet Tahakkuk Gelirine Oranı

Hesap Yöntemi= $(A/B) \times 100$

Hastane Oranı

A: Çalışan Giderleri Toplamı

B: Hizmet Tahakkuk Geliri Toplamı

1,16

Çalışan giderlerinin hesaplanmasında; maaş, nöbet, yolluk, ek ödeme gibi çalışana ait tüm giderler hesaplamaya dahil edilerek, yapılacak planlamaların oluşacak ihtiyaçlar doğrultusunda gerçekleştirilebilmesi ve etkin, verimli kullanım amaçlanmaktadır.

6. göstergenin hesaplama yöntemi ve hastane oranı:

#### FS-6 Global Bütçe (GB) Tahakkuk Tahsilat Oranı

Hesap Yöntemi= $(A/B) \times 100$

Hastane Oranı

A: GB Tahsilat Tutarı

B: GB Hizmet Tahakkuk Gelirleri Tutarı

100

Bu oran ile hizmet üretim maliyetlerine ilişkin tahakkuk tahsilatlarındaki gecikmelerin azaltılması hedeflenmektedir.

<sup>1</sup> Maliyet Etkinliği; planlanan hedeflere erişebilmek için mevcut seçenekler arasında en iyinin, en etkinin seçimi yapılarak, maliyetleri minimize ve hizmet sonuçlarını maksimize etmeye yarayan bütçe yöntemidir. Farklı etkinlikteki yöntemlerin maliyetleri ve sonuçlarının beraber değerlendirilir.



FS-7 GB Dışı Tahakkuk Tahsilat Oranı şu şekilde hesaplanacaktır.

FS-7 GB Dışı Tahakkuk Tahsilat Oranı

Hesap Yöntemi =	A: GB Dışı Tahsilat Tutarları
(A/B )x100	B: GB Dışı Hizmet Tahakkuk Gelir Tutarları
Hastane Oranı	0,91

GB dışı tahakkuku göstergesini hesaplamanın amacı; hizmet üretim maliyetleriyle ilgili tahakkukların tahsilatlarındaki gecikmelerin azaltılmasıdır. Global Bütçeye dahil ancak mevzuata göre faturalandırılmayan işlemler hesaplamada kullanılmamalıdır.

Araştırma göstergelerinden Bütçe Denklik Oranı hesaplama yöntemi:

FS-8 Bütçe Denklik Oranı

Hesap Yöntemi=A/B	A: Hizmet Tahakkuk Gelirleri Toplamı
	B: Toplam Gider Tutarları
Hastane Oranı	0,55

Bütçe denklığında hesaplama yapılırken alternatif kaynaklar göz önünde bulundurulur. Kurumun gelir ve giderlerinin dengeli bir düzeyde olması amaçlanır.

Hastaneye ait en yüksek borçluluk süresi:

FS-9 En Yüksek Borçluluk Süresi

Hesap Yöntemi=A	A: Hizmet ya da Mal Alımı Karşılığında Borcun Ödendiği En Geç Gün Sayısı
Hastanenin En Yüksek Borçluluk Süresi	480

Bu gösterge ile nakit yönetiminin doğru yönetilmesi ve piyasada güvenilirliğin ölçülmesi amaçlanır. Hesaplamada ilgili hizmet veya malın muhasebe kaydına alınan tarih ile borcun ödenme tarihi arasındaki gün baz alınır. Önceki dönemlerden ödemesi yapılmamış borç var ise pay (A) göstergesi geçmiş hizmet/ mal alımları kullanılır.

FS-10 Muhasebeleştirme Gün Sayısı formülü ve hastane oranı;

FS-10 Muhasebeleştirme Gün Sayısı

Hesap Yöntemi=	A(1...n): Hizmet alımı veya temin edilen taşınır işlemlerinin muayene kabul tarihi
[ $\sum 1...n ( B(1...n) - A(1...n) ) ]/C$	B(1...n): Hizmet alımı veya temin edilen taşınır işlemlerinin (TDMS) ye alındığı tarih
	C: İlgili dönemde işlem sayısı
Hastane Oranı	7,48

Bütçe analizinin doğruluğu ve ödenek planlamalarının muhasebedeki dönemsellik<sup>2</sup> ilkesine uygunluğu için belirlenen süredir. Dönem sonu son 10 günde giriş yapılan kalemlerin hesaplama dışı tutulması gerekir. Bununla birlikte dönem başlamadan önceki 10 günde muayenesi yapılmış, dönem içerisinde de TDMS kayıtlarına alınan kalemlerin hesaplama dahil edilmesi gerekir.

Araştırmada hastaneye ait son gösterge olan dağıtılan ek ödeme tutarı:

FS-11 Dağıtılan Ek Ödeme Tutarı

<sup>2</sup> Dönemsellik ilkesi; muhasebe dönemi içinde yapılan faaliyetlerin, ilgili dönemde değerlendirilmesi ve analiz edilmesidir.

Hesap Yöntemi=A

A: Dağıtılan Toplam Ek Ödeme Tutarı

Hastane Ek Ödeme Tutarı

24.405.272,85

Oluşabilecek sorunları önceden tespit ve gerekli müdahalelerin yapılması amacıyla dağıtılan ek ödeme miktarının izlenmesi gerekir.

**Tablo 2:** Finansal Sürdürülebilirlik Verilerinin Semantik Diferansiyel Tekniği ile Derecelendirilmesi

	FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK					Ortalama	Düşünceler ve Tedbirler
	Stratejilerle Çok Uyumsuz		Stratejilerle Çok Uyumlu				
	1	2	3	4	5		
FS-1 İlaç Stok Devir Hızı		X					
FS-2 Tıbbi Sarf Stok Devir Hızı		X					
FS-3 İlaç/Tıbbi Sarf Malzeme Giderleri Hizm. Tahakkuk Geliri Oranı			X				
FS-4 Laboratuvar Giderlerinin Hizmet Tahakkuk Geliri Oranı					X		
FS-5 Çalışan Giderlerinin Hizmet Tahakkuk Geliri Oranı	X						
FS-6 GB Tahakkuk Tahsilat Oranı					X		
FS-7 GB Dışı Tahakkuk Tahsilat Oranı					X		
FS-8 Bütçe Denklik Oranı	X						
FS-9 En Yüksek Borçluluk Süresi					X		
FS-10 Muhasebeleştirme Gün Sayısı		X					
FS-11 Dağıtılan Ek Ödeme		X					
<b>SD ile Finansal Sürdürülebilirlik Ortalaması</b>						<b>3,00</b>	

Tablo'2de finansal sürdürülebilirlik analizi için oluşturulan göstergeler sonucunda hesaplanan verilerin semantik diferansiyel ile derecelendirilmesi yapılmıştır.

**Tablo 3:** Finansal Sürdürülebilirlik Verileri ve Semantik Diferansiyel ile Gösterilmesi

FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK DEĞERLERİ				
	Hastane SD Değeri	Göstergeler	Hastane Değeri	Düşünce, Tedbir veya Öneriler
Stratejilerle Çok Uyumsuz	1	• Bütçe Denklik Oranı	0,55	
		• Çalışan Giderlerinin Hizmet Tahakkuk Geliri Oranı	1,16	
		• Dağıtılan Ek Ödeme	24.405.272,8	
	2	• İlaç Stok Devir Hızı	1,21	
		• Tıbbi Sarf Stok Devir Hızı	1,39	
		• Muhasebeleştirme Gün Sayısı	7,48	
3	• İlaç ve Tıbbi Sarf Malz. Gid. Hiz. Tahakkuk Geliri Or.	22,46		
	• Global Bütçe Dışı Tahakkuk Tahsilat Oranı	0,91		
Stratejilerle Çok Uyumlu	5	• Global Bütçe Tahakkuk Tahsilat Oranı	100	
		• En Yüksek Borçluluk Süresi	480	
	5	• Laboratuvar Giderlerinin Hizmet Tahakkuk Geliri Oranı	6,6	
		<b>Finansal Sür. Ortalaması</b>	<b>3,00</b>	

Tablo 3’de hazırlanan gösterge verileri ile beraber semantik diferansiyelle derecelendirilmeleri ve finansal sürdürülebilirlik ortalaması gösterilmiştir.

#### 4. TARTIŞMA

Araştırmada; tüketim miktarları ile uyumlu olarak bulundurulması ve bunun ölçümünün yapılabilmesi için hazırlanan FS-1 ilaç stok devir hızının yüksek olması; stok miktarlarında hızlı bir çıkışın olduğunu gösterir. Oranın yüksek olması her zaman olumlu değerlendirilmez. Stok problemi olan ya da yetersiz miktarda stokla çalışılan birimlerde de bu oran yüksek çıkar. Düşük olması durumunda; tedarik etme veya çıkış sorununa ya da yanlış stoklamaya işaret eder. Araştırmada hastanede bu oran 1,21 olarak hesaplanmış olup yıl içerisinde stokları bu düzeyde yenilemiş anlamına gelmektedir. Düşük bir hızda ve fazla miktarda stok tutulduğu söylenebilir.

FS-2 Tıbbi sarf malzeme stok devir hızı göstergesi için 1,39 olarak hesaplanmış, ilaç stok devir hızında olduğu gibi yine düşük bir hızda olduğu, yenileme ve fazla miktarda stokla çalışıldığı söylenebilir. Bununla birlikte ilaç ve tıbbi sarf stok devir hızları için hastanenin hasta potansiyeli ve kapasitesi ile diğer hususların aynı anda göz önünde bulundurulması değerlendirilmesi gerekir.

Tahakkuk, Arapça kökenli kelime olup bir alacak ya da borcun ödenecek duruma gelmesi, alacak hakkının oluşmasıdır (Seyidoğlu, 2002). Muhasebe de “alacak hakkı”nın doğduğunu belirtmede kullanır. Tahakkuk, kazancın miktar olarak kesinleşmesi ve talep edilir hale gelmesidir (Şengöz, 1999). Kazancı oluşturan hadisenin tamamlanması ve hakkın kazanılmasını gerektirir. Başka deyişle, hak edilmeyen kazancın tahakkuku da söz konusu değildir (Yılmaz, 2003). Tahakkuk kavramı açıklamasından sonra araştırmada kullanılan göstergelerden FS-3 İlaç/Tıbbi Sarf Malzeme Giderleri Hizmet Tahakkuk Geliri İçinde Oranı göstergesinde; tıbbi sarf ve ilaçların harcama tutarı, hizmet tahakkuk gelir tutarının 22,46’sına tekabül etmektedir. FS-4 Laboratuvar giderlerinin hizmet tahakkuk geliri oranı 6,6 olarak hesaplanmıştır. Buradan laboratuvar harcamalarının oldukça düşük düzeylerde olduğu söylenebilir. FS-5 Çalışan giderlerinin hizmet tahakkuk geliri oranı 1,16 olarak hesaplanmıştır. İlgili dönemde çalışan giderlerinin hizmet tahakkuk gelirlerinden bile büyük olduğu söylenebilir.

Global bütçe; verilen hizmetin ücretini ve kalitesini belirleyen harcama sınırı olarak tanımlanır. Farklı biçimlerde karşılaşılmakla birlikte, harcama programları veya programların belli bölümlerine uygulanabilir. Ödeyicinin kapsadığı nüfus, sağlık kuruluşlarınca sunulan hizmetin ya da hizmeti sunan kuruluşların bütününe veya bir kısmına uygulanabilir (Dredge, 2004). Bu yöntemle yapılacak olan ödemeler gruplara ayrılmaz, tek kalemde ödeme yapılır. Hastane alınan ödemeyi ihtiyaç gördüğü alanda harcama yetkisindedir (Çelik, 2011).

Global bütçeye ne kadar yüksek oran ayrılırsa, kurumun stratejik amaçlara ulaşma derecesi de yüksek olacaktır. Ödeyici başka bir kuruluş olması durumunda bütçeyi daha çok etkili kılar. Global bütçenin idaresi genellikle taraflar arasında sağlanan uzlaşmaya dayanır. Hastanelerde global bütçe, işlem maliyetlerini içeren, uzlaşmış ve ileriye dönük bir tutar olması gerekir. Harcamalarda tepе tutarı fonksiyonunu yerine getirmeli, ödeyicinin kaynakları içeren net olarak belirtilmiş tutarı işaret etmelidir. Hastanelerde hizmet hedefine ulaşılması durumunda, ayrılan bütçe istenildiği gibi harcama serbestliğinde olmalıdır (Choi, 2011).

Global bütçenin esasları;

- Sağlık hizmeti sunulurken harcanacak önceden belirlenen sabit tutar, yerel veya ulusal ödeyici için ayrılır,
- Ödeyiciden hizmet sağlayıcıya dağıtılan tutar ileriye dönük belirlenmelidir,
- Sunulan hizmetin maliyeti ve kalite arasında tercihte bulunulması gerekir (Waters ve Hussey, 2004).

Hastanede FS-6 GB Tahakkuk Tahsilat Oranı % 100, FS-7 GB Bütçe Dışı Tahakkuk Tahsilat Oranı 0,91 olarak hesaplanmıştır.

Denk bütçe basitçe, gelirle giderin birbirine denk olmasıdır. Uygulamada bunu gerçekleştirebilmek zor ve ekonomik büyüme için problem oluşturabilir. Denk bütçe maliye politikalarının sıkılaştırılması

anlamına gelir. Denk bütçeyi, makul enflasyon oranı, makul büyüme oranı ve borçlanmayı karşılamak biçimde anlamak gerekir (Kamufinans, 2024). Hastanede hizmet tahakkuk gelir toplamının toplam gider tutarına oranı FS-8 Bütçe Denklik Oranı; 0,55 olarak hesaplanmıştır.

Piyasadaki güvenilirliğin ölçülmesi ve nakit akışının doğru yönetilmesi amacıyla hazırlanan FS-9 En Yüksek Borçluluk Süresi; Temmuz, Ağustos, Eylül 2021 tarihleri arasında hastane için 480 gün olarak gerçekleşmiş, günün koşullarında çok makul ve çok olumlu olduğu söylenebilecek bir süreyi kapsar.

FS-10 Muhasebeleştirme Gün Sayısı; “MBU.17.2. TDMS performans tablosunda, taşınır muhasebeleştirme gün süresi 10 günün altında olmalıdır” (S.B. Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Daire Başkanlığı, 2018). Uygulaması yapılan hastanede süre 7,48 gündür ve 10 günün altında bir zamandır. FS-11 Dağıtılan Ek Ödeme Tutarı; Ekim, Kasım, Aralık 2021 tarihi itibarıyla 24.405.272,8 TL olarak gerçekleştiği görülmektedir.

Finansal sürdürülebilirlik ve performans ilişkisi uluslararası literatürde çokça incelenmiş bir konu olmasına karşın araştırmalar çoğunlukla işletme düzeyinde, ulusal literatürde ise Borsa İstanbul (BIST) şirketlerinin finansal performanslarının incelenmesine yönelik çalışmalar olduğu görülmektedir. Bu araştırmada ise Ülgen ve Mirze'nin (2018) İşletmelerde Stratejik Yönetim adlı çalışmasından yola çıkılmış ve hazırlanan göstergelerle finansal sürdürülebilirliğin sağlık alanında, hastanenin Sağlık Bakanlığı politika ve stratejileriyle uyumluluk derecesini semantik diferansiyel aracılığıyla ölçülemeye ve farklı bir uygulama ile bir model oluşturulmaya çalışılmıştır. Araştırmadaki bulguların karşılaştırılması yazarın kendi çalışması dışında benzer çalışma olmadığından yapılamamıştır.

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık sistemlerinin temel hedefleri olan erişim, eşit fayda, sürdürülebilirliğin sağlanması, kişilerin sağlıklı yaşam kalitesini yükseltmek olduğuna göre tüm sağlık kuruluşları için yapılması gereken analiz ve değerlendirme sistemlerinin oluşturulmasıdır.

Araştırmada kullanılan finansal sürdürülebilirlik göstergelerinin farklı amaçlara hizmet etmesi düşünülerek hazırlanmıştır. Bu amaçla hazırlanan ve değerlendirmesi yapılan finansal sürdürülebilirlik analizinde; ilaç (1,21) ve tıbbi sarflar (1,39) için stok devir hızları düşük olup tedarik süreçlerinde veya stok işlemlerinde hata yapıldığı ya da fazla stokla çalışıldığına işaret etmektedir. Tedarik işlemlerinde problem var ise hangi kalemlerde olduğunun tespit edilerek gerekli işlemlerin yapılması gerekir. Şayet ödeme kaynaklı ise Sağlık Bakanlığı ile durumun görüşülmesi gerekir. Eğer stoklama kaynaklı bir hata söz konusu ise sonraki istemlerde, çıkılan ihalelerde bu durum göz önünde bulundurulmalıdır. Bununla birlikte tıbbi sarf ve ilaçların gelirlere oranı 22,46 düzeyindedir. Çalışan giderlerinin gelirlere oranında; (1,16) gider gelirden daha fazladır. Bununla birlikte oranın sağlık sektöründe, bir kamu hastanesinde olduğu düşünülüp, istihdam ve makro veriler açısından değerlendirilmesi gerekir. Buna müteakip laboratuvar giderlerinin gelirlere oranının (6,6) düşük olduğu ve tercih edilen bir durum olduğunu, mevcut durumun korunarak devamlılığı sağlanmasını, daha düşük oranlar için gelirleri artırıcı eğer bu mümkün değil ise giderleri azaltıcı tedbirler alınarak daha düşük oranlar hedeflenebilir.

Global bütçe tahakkuk tahsilat oranının %100 olduğu, gelir tahsilatlarının tam yapıldığı ve bu durum sürekliliğinin sağlanması, global bütçe dışı tahakkuk tahsilat oranında (0,91) hizmet gelirlerinin büyük oranda tahsil edildiği belirtilebilir.

Bütçe denklik oranında (0,55) gelirin giderden düşük olduğu bu nedenle denklikten uzak olduğu, geliri artırıcı veya gideri azaltıcı tedbirlerin alınması gerektiği söylenebilir.

En uzun borçluluk süresi belirtilen dönemde 480 gündür. Güven sorunu ile ilgili bir sorun olmadığı, durumun devamı söylenebilir.

Muhasebeleştirme gün sayısı incelenen yılın 4 dönemi içinde Muhasebe Bütçe Uygulamaları 17.2. TDMS performans tablosunda 10 günden az olduğu (Temmuz, Ağustos, Eylül 2021: 7,48) ve bu süre artmadan devam ettirilmesi gerekir.

Ek ödeme tutarı (24.405.272,8 TL) aynı roldeki diğer kamu hastaneleri için de benzer tutarlarda dağıtım yapıldığı düşünülmekte ancak bunun karşılaştırılması araştırma açısından mümkün olmamaktadır.

Araştırmada Semantik Diferansiyelle derecelendirmesi yapılan sağlık kurumunun hazırlanan 11 gösterge sonrasındaki finansal sürdürülebilirlik ortalaması 3,00 olarak hesaplanmıştır. Sonraki

dönemlerde yapılacak olan çalışmalarla tekrar değerlendirme sonrası kendi kendisi ile mukayese imkanı oluşacaktır. Böylelikle aksaklıklar ve gelişim daha iyi gözlemlenebilecektir. Çalışmanın aynı roldeki diğer hastanelerde yapılması neticesinde karşılaştırmanın daha olumlu ve farklı sonuçları doğacaktır.

## KAYNAKÇA

- Çelik, Y. (2011). *Sağlık Ekonomisi*, Siyasal Kitabevi, Ankara, 229.
- Choi, N. (2011). *Provider Res- Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye*, Boston University Graduate School of Arts and Sciences, Massachusetts, 40.
- Dredge, R. (2004). *Hospital Global Budgeting*, The World Bank, Washington, 5.
- Erbaş C. Ü. (2018). *Araştırma Yöntemleri*, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi, Mersin.
- İstanbul Üniversitesi, Bilimsel Araştırma Teknikleri, Erişim Adresi:  
<http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/kok/bilimselarastirmateknikleri.pdf>, 2024, Erişim Tarihi: 0.01.2024.
- İstanbul Üniversitesi, Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Erişim Adresi:  
[https://cdn-istanbul.edu.tr/auzefcontent/21\\_22\\_Guz/saglik\\_isletmeleri\\_yonetimi/10/index.html#ek\\_kaynaklar](https://cdn-istanbul.edu.tr/auzefcontent/21_22_Guz/saglik_isletmeleri_yonetimi/10/index.html#ek_kaynaklar), Erişim Tarihi 20.01.2024.
- Kalkınma Bakanlığı. (2014). *Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Ön Raporu*, Ankara.
- Kamu Finans, Erişim Adresi: <https://www.kamufinans.com>, Erişim Tarihi: 18.01.2024.
- Mossialos, E. ve Dixon, A. (2002). *Funding Health Care: An Introduction, Funding Health Care: Options of Europe*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia, USA.
- Sağlık Bakanlığı. (2019). *Proje Yönetim Destek Birimi, İl Sağlık Müdürlükleri İl İzleme ve Değerlendirme Rehberi*, Ankara, 62.
- Sağlık Bakanlığı. (2018). *Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Daire Başkanlığı, Verimlilik Yerinde Değerlendirme Muhasebe ve Bütçe Uygulamaları, Hastane Verimlilik Yerinde Değerlendirme Rehberi*, Ankara, 47.
- Semantik Diferansiyel ve Yığın Ölçeği, Erişim Adresi:  
<https://www.questionpro.de/tr/semantisches-differenzial-stapel-skala-skalometer/>, Erişim Tarihi: 13.01.2024.
- Seyidoğlu, H. (2002). *Ekonomik Terimler Ansiklopedik Sözlük*, Geliştirilmiş 3. Baskı, Güzem Can Yayınları:18, İstanbul, 592.
- Şengöz, Y. (1999). *Sermaye Şirketlerinin Ortaklarına Emsaline Göre Düşük Faizle Ödünç Para Vermek Suretiyle Örtülü Kazanç Dağıtması Katma Değer Vergisine Tabi midir?*, Vergi Sorunları Dergisi, Sayı: 125, 11-22.
- Thomson, S., Foubister, T. ve diğerleri. (2009). *Addressing Financial Sustainability in Health Systems, World Health Organization*, Copenhagen Denmark.
- Ülgen, H. ve Mirze, S. K. (2018). *İşletmelerde Stratejik Yönetim*, 9. Baskı, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., İstanbul, 410-411.
- Wang, Gx. (2010). *Financial Sustainability of Universal Healthcare and Its Reform: The Case of Taiwan*, Asian Social Science, 6(4): 3-18.
- Waters, H. ve Peter H. (2004). *Pricing Health Services for Purchasers: A Review of Methods and Experiences*, The World Bank, Washington, 14.
- World Health Organization. (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems-Improving Performance*, Geneva.

- Yalçın, T. ve Yıldırım, H. H. (2001). *Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı*, Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı, 40: 1-11.
- Yıldırım, H. H. (2012a). *Sağlık Harcamaları ve Sağlık Finansmanı*, Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir.
- Yıldırım, H. H. (2012b). *Türkiye’de Sağlık Sigortacılığının Değerlendirilmesi*, Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir.
- Yılmaz, Ö. (2003). *Gelir Vergisi Kanunu Yorum ve Açıklamaları*, Oluş Yayını, Ankara, 81.

## Ek : 1

### Etik Kurul İzin Belgesi



Altunizade Mahallesi Haluk Türksoy Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL  
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

SAYI:2024-Üsb-03

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ GELİĞENÇİ, OLMAKAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

P.A.S. YERİ P.A.S. NO: P.A.S. TARİHİ:	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Genişletilmiş Dijitalleşmeyle Tedavi Edilen Hastaların Sağlık Kurumlarında İşlevsel Anlık ve Uygulanması"					
	KOORDİNATÖR/BÖLÜMLÜ ARAŞTIRMACI UNVANI/ADRESOYADI	Doç.Dr.Faizül ALCITTEPE					
	KOORDİNATÖR/BÖLÜMLÜ ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İÇTİFAKİ					
	YARDEMCİ ARAŞTIRMACI UNVANI/ADRESOYADI	Kadik YILDIRIM					
P.A.S. NO: P.A.S. TARİHİ:	Toplantı No: 03 Kuruc No: 2	Tarih: 25/09/2024	Yüklenmiş bilimsel veriler geliştirilmeden önceki araştırma kapsamındaki ilgili belgeler araştırmanın gereğiyle, amacı, yöntemi ve yetersizliği ile ilgili olarak incelenmiş çalışmaların kapsamı dışındaki belgelerin araştırma kapsamına alınmasıyla ilgili olarak Etik Kurul'ün kararına göre hareket edilmesi için karar verilmiştir.				
	<b>ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ GELİĞENÇİ, OLMAKAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>						
BARÇANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Doç. Dr. Cansel TAŞ					
Unvan/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurum	Araştırma No / Tarihi		Kabul *	İmza	
Doç. Dr. Cansel TAŞ	Felâhîyat/İnşaat İlim	Üsküdar Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chen
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet NAKYIRI	Felâhîyat	Üsküdar Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M. Nakir
Prof. Dr. Ökmen HIZLI SAYAR	Felâhîyat	Üsküdar Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jalban
Doç. Dr. Atil ÖZDOĞRU	Felâhîyat	Üsküdar Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Özdoğan
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Duygu KAYA YERKUTANCI	Felâhîyat	Üsküdar Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yerkutan
Dr. Öğr. Üyesi Nuri BİNGÖL	İş Sağlığı ve Güvenliği	Üsküdar Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bingöl
Dr. Öğr. Üyesi Sultan Mehmet BÜYÜKÇEKİR	Beşerîyat	Üsküdar Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Büyükçeker
Dr. Öğr. Üyesi Zihâl Öner ÇALIŞKANIRI	Moleküler Biyolojik Genetik	Üsküdar Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Çalışkan
Dr. Öğr. Üyesi Bahar EKİCİ	Flaşîyat	Üsküdar Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ekici

Etik Kurul Başkanı  
Unvan/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Cansel TAŞ  
İmza:

Chen

\*Teyarında Tühaşın

## Ek 2. İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Ön İzin Belgesi



T.C  
SİVAS VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
(Destek Hizmetleri Başkanlığı)

Sayı : E-76728045-806.01.03  
Konu : Tez Çalışması - Kadir YILDIRIM

Sayın : Kadir YILDIRIM  
(Sağlık Hizmetleri Başkanlığı)

İlgi : Kadir YILDIRIM' ın 04.05.2021 tarihli dilekçeniz.

İlgi sayılı dilekçenize istinaden, "**Semantik Diferensiyel Tekniği ile İkinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında İşlevsel Analiz ve Uygulaması**" başlıklı tezinizin saha çalışmasını, Haziran 2021 tarihinden itibaren 1.5 (Birbuçuk) yıl süre zarfında, Müdürlüğümüze bağlı ikinci basamak sağlık kuruluşlarında yapabilemeniz Müdürlüğümüze uygun görülmüş olup, Araştırma Ön İzin Belgesi ektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Suzi DAŞTAN  
İl Sağlık Müdürü a.  
Başkan

EK \_\_\_\_\_ :  
Araştırma Ön İzin Belgesi



T. C.  
SİVAS VALİLİĞİ  
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda,  
gereğini arz ederim.

Kadir YILDIRIM  
04/05/2021

Araştırmamın;

Adı:	Semantik Diferansiyel Tekniği ile İkinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında İşlevsel Analiz ve Uygulanması
Amaç:	<p>Sağlık kuruluşunun mevcut durum ve faaliyetlerinin değerlendirilmesi ile;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Sunulan sağlık hizmetlerinin il ve sağlık kuruluşu düzeyinde etkinlik ve verimliliklerinin stratejik plan ve hedeflerine uygunluğunun izlenmesi,</li><li>- Yapılan analizler doğrultusunda gelişim fırsatlarının tespiti ve faaliyetlerin sistematik bir dizeyle takip edilmesi,</li><li>- Sağlık kuruluşu ve il sağlık yöneticilerinin, hizmet etkinliği ve verimliliği konusundaki bilgi ve farkındalıklarının artırılması,</li><li>- Gerçekleştirilen iyi uygulama örneklerinin tespiti ve bu uygulamaların yaygınlaştırılmasına yönelik bilgilendirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi,</li><li>- Üst yönetim ve politika yapıcılarına karar verme aşamasında destek sağlanması amaçlanmaktadır.</li></ul>
Yöntemi:	<p>Çalışmamda İşlevsel Analiz için oluşturulan parametreler olarak 9 ana başlık çerçevesinde toplanan ve tüm sağlık kuruluşlarına uygulanabilir şekilde;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- İletişim Yönetimi: Gerçek veya tüzel kişiler arasında, doğru, düşünce, bilgi ve haberlerin çeşitli metod ve yollarla karşılıklı olarak aktarılmasına iletişim denir.</li><li>- Yönetimsel Karar Alma ve Planlama: Kararlar bir sorunu çözmeye yönelik olarak geliştirilirler. Amacı sorunu çözmek olan karar alma süreci, yönetsel bakan açısından en doğru ve etkili araştırmaları seçimini gerektirmektedir.</li><li>- Sağlıkli Yaşamın Teviki: Sağlık kuruluşlarının, eğitim ve bilgilendirme faaliyetleri için iyi bir planlama yapması ve sürekliliğini sağlaması gerekmektedir. Kuruluşların halka açık eğitim ve organizasyonları, kliniklerde verilen bireysel eğitimlerin sorgulanması, o kuruluşun sağlığın teviki konusundaki başarısını ortaya çıkaracaktır.</li><li>- Hizmet Sunumu: Kalite ve akreditasyon sistemleri, bütüncül olarak süreç ve hizmet planlama aşamalarını kapsadığından bunların başarılı bir şekilde uygulanması, hizmet sunumunun daha akıcı olmasını sağlayacaktır. Bu standartları karşılama düzeyi, kuruluşun hizmet sunumundaki başarı konusunda oldukça yeterli düzeyde bir fikir verebilir.</li><li>- Finansal Sürdürülebilirlik: Güntüzdade sağlık kuruluşları, varlıklarını sürdürülebilirlik için gerçekleştirdikleri faaliyetlerinin sonuçlarını değerlendirilerek performanslarını ve finansal durumlarını ortaya koymak, güçlü ve zayıf yönlerini belirlemek, eksikliklerini düzeltmeye çalışmak ve böylece artan finansal ve ekonomik baskılara baş etmek zorundadırlar. Geçmişte çoğunlukla tüzel sektör için geçerli olan bu husus artık kamu kurumlarının verimli kullanılması açısından da son yıllarda büyük önem kazanmıştır.</li><li>- Sağlıkli Çalışma Yaşamı: Bir sağlık kuruluşunda sunulan hizmetin gerçekleştirilmesi için belirli bir kararl setinin olması şarttır. Fakat bu kararlar,</li></ul>






T.C.  
SİVAS VALİLİĞİ  
SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

	<p>hizmet kalitesini sadece belirli bir standart seviyesinde tutabilirler</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Hasta Memnuniyeti: Sağlık kuruluşlarının varlıklarını sürdürülebilirliği için tedavi edilecekleri hastalara ihtiyaçları vardır. Bu yüzden hasta ve hasta yakınlarının aldıkları hizmet süreçlerinde yaşadıkları deneyim ve işlemlerinin iyi olması, kuruluşların temel başarı düzeyini yansıtır</li><li>- Sağlık Hizmetlerine Erişim: Sağlık hizmetine erişimin kolay olması şartlar ve bütçe yönetimi düzenlemelerinin kuruluşlara gerçekleştirilmiş olması gerekir.</li><li>- Destek Hizmetleri: Bir sağlık kuruluşunda tıbbi süreçlerin dışında kalın tıbbi lojistik ve operasyonel işlemler destek hizmetlerinin kapsamına girmezdir.</li></ul> <p>Ana başlıklarına ve bunlara ek olarak gösterge kartları ile sağlık kuruluşlarının; kalite ve finansal sürdürülebilirlik açısından durum tespitinin yapılabilmesi temel amaçlardadır. Bu gösterge kartları ihtiyaçlar ve özel durumlar için revize edilebilir veya geliştirilebilirler.</p>
Uygulandığı Yerler:	Sivas ilinin ikinci basamak sağlık kuruluşları
Yararlanılan Kaynaklar (Hibe destek, fon vb) Kurum/Kuruluş Adı:	Yok
Başlangıç Tarihi ve Süresi:	Haziran 2021 - 1,5 yıl
Yeniden Değerlendirme Sorumlusu	Doç. Dr. Tuğba ALTINTAŞ
Öğretim Üyesi Adı Soyadı:	

Uzm. Dr. Fethullah Selçuk MOĞULKOÇ  
Sivas İl Sağlık Müdürü

Uygundur  
İmza  
...05/ 2021

	<b>JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT AND LEADERSHIP (JOHMAL)</b> **** <b>SAĞLIK YÖNETİMİ VE LİDERLİK DERGİSİ</b>	
E-ISSN: 2667-5838	<a href="https://dergipark.org.tr/pub/johmal">https://dergipark.org.tr/pub/johmal</a>	Paper Type: Research Paper, Makale Türü: Araştırma Makalesi
Sayı:1 Eylül 2024	Issue:1 September 2024	Received Date / Geliş Tarihi: 20.04.2024 Accepted Date / Kabul Tarihi:30.06.2024
<b>STRATEJİK İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİNİN ÇALIŞAN PERFORMANSINA ETKİSİ: BAKÜ ÖRNEĞİ<sup>1</sup></b> ◆◆◆ <b>THE IMPACT OF STRATEGIC HUMAN RESOURCE MANAGEMENT ON EMPLOYEE PERFORMANCE: A CASE STUDY OF BAKU</b>		
Atıf/ to Cite (APA): Sayan, İ. ve Alizade, E. (2024). Stratejik İnsan Kaynakları Yönetiminin Çalışan Performansına Etkisi: Bakü Örneği, Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL), 46-62		İlknur SAYAN <sup>2</sup>
DOI: <a href="https://doi.org/10.35345/johmal.1470594">https://doi.org/10.35345/johmal.1470594</a>		Eyyub ALIZADE <sup>3</sup>

## ÖZ

Sağlık sektörü, çalışan verimliliğinin hizmet kalitesiyle doğrudan ilişkili olduğu emek yoğun bir alandır. Bu bağlamda, Bakü'deki sağlık kuruluşlarında görev yapan 158 sağlık çalışanının bakış açısından stratejik insan kaynakları yönetiminin (SİKY) çalışan performansı üzerindeki etkisini değerlendiren bu çalışma, tanımlayıcı bir yaklaşımla gerçekleştirilmiştir. Çalışma, sosyo-demografik bilgiler formu, "SİKY ve Çalışan Performansı(ÇP)" ölçeğini kullanarak veri toplamıştır. Analiz sonuçlarına göre, SİKY'nin toplam puan ortalaması 3,6±0,77 ve çalışan performansı toplam puan ortalaması 3,74±0,91 olarak yüksek olarak değerlendirilmiştir. Bulgular, SİKY'nin çalışan performansı üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca, çalışan performansı ile SİKY'nin alt boyutları arasında (eğitim, ödül sistemleri, kadrolama, katılım ve performans değerlendirme) pozitif ve anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Araştırma, SİKY'nin sağlık yöneticileri aracılığıyla çalışan performansını iyileştirmede önemli bir rol oynayabileceğini ortaya koymaktadır. Bu çalışma, yöneticilere, çalışan performansını artırmak için SİKY uygulamalarını kapsamlı bir şekilde uygulamaları gerekliliğini ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi, Çalışan Performansı, Ödül Sistemleri, Performans Değerlendirme

## ABSTRACT

The healthcare industry is a labor-intensive field where employee productivity is directly related to service quality. In this context, this study, which evaluates the impact of strategic human resources management (HRM) on employee performance from the perspective of 158 health professionals working in health institutions in Baku, was carried out with a descriptive approach. The study collected data using the socio-demographic information form, the "Strategic Human Resources Management and Employee Performance" scale. According to the results of the analysis, the total mean score of CCM was evaluated as 3.6±0.77 and the total mean score of employee performance was 3.74±0.91. The findings show that CCM has a positive and significant impact on employee performance. In addition, positive and significant relationships were found between employee performance and the sub-dimensions of CCM (training, reward systems, staffing, participation and performance evaluation). The research reveals that HRM can play an important role in improving employee performance through healthcare managers. This study reveals the necessity for managers to comprehensively implement strategic human resource management practices to improve employee performance.

**Keywords:** Strategic Human Resources Management, Employee Performance, Reward Systems, Performance Evaluation

<sup>1</sup> Bu çalışma, ikinci yazarın İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tarafından kabul edilen "Sağlık sektöründe stratejik insan kaynakları yönetiminin çalışan performansına etkisi: Bakü örneği" adlı yüksek lisans tez çalışmasından türetilmiştir.

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Kent Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, lknur-sayan@hotmail.com, Orcid: 0000-0002-7133-5858

<sup>3</sup> İstanbul Kent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, eyyub998elizade@gmail.com, Orcid: 0009-0008-1465-0326

## 1. GİRİŞ

Sağlık sektörü, dinamik yapısı ve sürekli değişen ihtiyaçları nedeniyle SİKY önemli bir noktaya gelmiştir. Özellikle Bakü gibi hızla gelişen şehirlerde, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliği, sektördeki insan kaynakları stratejilerine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Bu bağlamda, sağlık sektöründe SİKY'nin çalışan performansı üzerindeki etkisinin incelenmesi, bu alandaki bilimsel literatüre önemli katkılar sağlayabilir. Sağlık sektörü, özellikle hızla değişen global koşullar ve artan rekabet nedeniyle, etkili insan kaynakları yönetimi stratejilerinin benimsenmesi konusunda önemli zorluklarla karşı karşıyadır. SİKY'nin çalışan performansı üzerindeki etkisine dair yapılan araştırmalar, bu stratejilerin çalışan bağlılığı, motivasyonu ve organizasyonel performans üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (Nusrat, 2018; Zainal vd., 2023; Kalyani, 2021). SİKY mi kapasite artırımı, beceri gelişimi ve motivasyon artırımı gibi organizasyonel performansa önemli dolaylı yönde katkıları olduğu görülmüştür (Kalyani, 2021). Bu bağlamda, bankacılık sektörüne yönelik yapılan bir çalışma, SİKY'nin çalışan performansı üzerindeki etkilerini ortaya koymaktadır (Alolayyan vd., 2021).

Performans değerlendirme, SİKY'nin en önemli katkılarından biridir. Performans değerlendirme sistemleri, bireysel performansın ölçülmesi, geri bildirim sağlanması ve gelişim alanlarının tanımlanması amacıyla kullanılır. Bu süreç, özellikle sağlık sektörü gibi kritik hizmet alanlarında, yüksek kalitede hizmet sunumunun sağlanması için çalışanların performansının sürekli olarak izlenmesi ve değerlendirilmesini gerektirir. Etkin bir performans değerlendirme sistemi, çalışanların yeteneklerini ve başarılarını tanıırken, aynı zamanda gelişim için gereken desteği sağlayarak çalışan motivasyonunu ve bağlılığını artırmada önemli bir rol oynar. Böylece, performans değerlendirme uygulamaları, SİKY'nin sağlık sektöründeki hizmet kalitesini artırmaya yönelik genel çabaların bir parçası olarak görülmektedir (Alolayyan vd., 2021). Dolayısıyla, SİKY, organizasyonel hedeflere ulaşmada kritik bir role sahiptir. Sağlık sektöründe de çalışanların performansını maksimize ederek hastaların daha kaliteli hizmet almasını sağlayabilir.

Li ve Duan'ın (2020) yaptığı çalışma, SİKY'nin çalışanların rol bazında performanslarını önemli derecede etkilediğini göstermektedir. Bu çalışma, SİKY'nin çalışan performansını nasıl artırabileceğini ortaya koymuştur. Sağlık sektöründe de benzer çalışmalar, hasta bakımı kalitesine etki ettiği düşünülmektedir (Li ve Duan, 2020). Alshuwairekh (2016), stratejik insan kaynaklarının ve sürekli iyileştirmenin gerekliliğini vurgulamıştır. Sağlık sektörü, bu bağlamda, SİKY'nin hem çalışanların hem de hastaların memnuniyetini artırma yönünde potansiyele sahiptir (Alshuwairekh, 2016). Akhtar, Ding ve Ge (2008) tarafından yapılan çalışma, SİKY uygulamalarının (eğitim, katılım, sonuç odaklı değerlendirmeler ve iç kariyer fırsatları) hem ürün/hizmet performansını ve finansal performansı etkilediğini ortaya koymuştur. Bu bulgular, sağlık sektöründe SİKY uygulamalarının hasta bakım kalitesi ve sağlık kuruluşlarının finansal sürdürülebilirliği üzerinde benzer etkilere sahip olabileceğini göstermektedir.

Sağlık sektöründe, SİKY uygulamalarının, çalışan memnuniyeti ve performansı üzerindeki etkileri, çalışanların işe olan bağlılıklarının artırılması ve örgüt içi iletişimin güçlendirilmesinin, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve çalışan performansını önemli ölçüde iyileştirebileceği belirtilmektedir (BaniMelhem vd., 2018). SİKY'nin, çalışanların yeteneklerini en iyi şekilde kullanmayı, motivasyon ve memnuniyetlerini artırmayı hedefleyerek kurumların başarısını doğrudan etkilediği literatürde sıkça vurgulanmaktadır (Armstrong, 2010; Boxall ve Purcell, 2011). Ancak, SİKY uygulamalarının etkin bir şekilde uygulanması, özellikle farklı sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında çeşitlilik göstermektedir. Bakü'de sağlık sektörü çalışanlarının performansını etkileyen spesifik faktörler ve zorluklar, yerel pazar koşulları, kültürel faktörler ve mevcut insan kaynakları yönetimi uygulamalarının kalitesi ile yakından

ilgilidir (Nusrat, 2018; Zainal vd., 2023). Bu nedenle, bu çalışma Bakü'deki sağlık kuruluşlarında çalışanların perspektifinden SİKY'nin çalışan performansına olan etkisini belirlemeyi hedeflemektedir.

## 2. KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

### 2.1. Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi

SİKY, bir kurumun uzun vadeli amaçlarına ulaşmasını desteklemek amacıyla insan kaynakları politika ve uygulamalarının tasarlanmasını, uygulanmasını ve değerlendirilmesini kapsayan bir süreçtir (Armstrong ve Taylor, 2014). Bu yönetim yaklaşımı, insan kaynaklarını bir maliyet faktörü yerine stratejik bir varlık olarak görür ve işletmenin genel stratejisiyle bütünleşmiş insan kaynakları stratejilerinin geliştirilmesini önerir. SİKY'nin işletmelere ve sağlık kurumlarına sağladığı önem, rekabet avantajı elde etmelerine ve sürdürülebilir başarıya ulaşmalarına yardımcı olur (Boxall ve Purcell, 2016). SİKY, yetenekli çalışanları kuruma çekme, geliştirme ve elde tutma yoluyla işletmelere rekabet avantajı sağlar. Bu, özellikle bilgi yoğun sektörlerde kritik öneme sahiptir çünkü yetenek yönetimi, işletmelerin inovasyon kapasitesini ve piyasadaki pozisyonunu güçlendirir (Becker ve Huselid, 2006).

SİKY uygulamaları, organizasyonun vizyonuyla uyumlu yetkinliklerin geliştirilmesini sağlar, böylece işletmeler uzun vadeli hedeflerine verimli bir şekilde ilerler (Wright ve McMahan, 2011). Çalışanların motivasyonunu ve bağlılığını artırarak işgücü verimliliğini yükseltmek, SİKY'nin ana hedeflerindedir. Motive edilmiş ve bağlı çalışanlar, iş performansında ve verimlilikte önemli artışlar sağlayarak işletmenin genel başarısını destekler (Guest, 2011). SİKY'nin temel bileşenleri arasında işgücü planlaması, yetenek yönetimi, performans yönetimi, eğitim ve gelişim, çalışan ilişkileri ve ödül yönetimi bulunur. Bu bileşenler, stratejik hedeflere ulaşmada ve organizasyonel performansın artırılmasında kilit rol oynar (Armstrong ve Taylor, 2014). Örgütün genel stratejisiyle uyumlu insan kaynakları politikalarının geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesi, organizasyonun rekabet avantajını sürdürmesi ve pazar değişikliklerine hızlı bir şekilde uyum sağlayabilmesi için temel oluşturur (Boxall ve Purcell, 2016).

Ebru Yıldız (2014) tarafından yapılan bir çalışma, SİKY anlayışı ve uygulaması ile eğitim ve geliştirmenin rolü ve işlevlerini incelemiş ve bu yaklaşımın, bilgi ve iletişim teknolojilerindeki gelişmelerle yeni boyutlar kazandığını belirtmiştir. Bu çalışma, SİKY'nin sürekli öğrenme ve yetkinlik geliştirme üzerindeki etkisini vurgulamaktadır. Çalışan katılımı, SİKY'nin önemli bir boyutudur. Shuck ve Wollard (2010) çalışan katılımının, bireylerin işlerine ve organizasyona olan bağlılıklarını artırarak yüksek performans seviyelerine ulaşmalarını sağladığını belirtmektedir. Çalışanların karar alma süreçlerine dahil edilmesi, onların işe olan adanmışlıklarını ve motivasyonlarını artırarak çalışan performansını iyileştirebilir. Ayrıca, teknoloji SİKY uygulamalarının ve çalışan performansının değerlendirilmesinde giderek daha önemli hale gelmektedir. Yapay zeka ve makine öğrenimi gibi teknolojilerin insan kaynakları yönetimi uygulamalarına entegrasyonu, çalışan performansının ölçümü ve yönetimi konusunda yeni fırsatlar sunmaktadır (Rasmussen ve Ulrich, 2015). SİKY stratejilerinin kültürel çeşitlilik gözetilerek tasarlanması önemlidir. Kültürel duyarlılık, çalışanların ihtiyaçlarını daha iyi anlamayı ve çeşitli iş gücü içinde etkili iletişim stratejileri geliştirmeyi mümkün kılar (Shen vd., 2019). SİKY Kurumların çevresel, sosyal ve yönetim hedeflerine olan bağlılıkları, çalışanların organizasyonla olan ilişkisini ve performansını etkileyebilir. Sürdürülebilir SİKY uygulamaları, çalışanların iş tatminini ve bağlılığını artırabilir, bu da dolaylı olarak çalışan performansına pozitif katkı sağlayabilir (Ehnert, 2009).

SİKY ve çalışan performansı arasındaki ilişki, birçok araştırma tarafından desteklenmektedir. SİKY uygulamaları, çalışan motivasyonunu, bağlılığını ve yeteneklerini geliştirerek çalışan performansı olumlu yönde etkileyebilir. Sağlık sektöründe, SİKY'nin uygulanması hizmet kalitesinin artırılmasına büyük katkı sağlar. Yetkin ve iyi yönetilen sağlık çalışanları, hasta memnuniyetini ve tedavi sonuçlarını iyileştirir, bu da sağlık kurumlarının itibarını ve hastaların kuruma olan güvenini artırır (West vd., 2014). Sağlık kurumları için kaynakların etkin yönetimi, özellikle kısıtlı bütçeler ve artan hizmet talepleri açısından da kritik öneme sahiptir. SİKY, sağlık çalışanlarının doğru şekilde planlanması, eğitilmesi yoluyla kaynakların verimli kullanımını sağlar (Kabene vd., 2006). Bu nedenle, organizasyonlar SİKY uygulamalarını geliştirirken, bu alanlara odaklanmalı ve çalışanlarını kurumsal hedefler doğrultusunda teşvik etmelidir.

## 2.2. Çalışan Performansı

Çalışan performansı, bireyin işle ilgili faaliyetlerde bulunma ve bu faaliyetlerin sonuçlarına katkıda bulunma derecesi olarak tanımlanabilir (Aguinis vd., 2013). Performans, sadece çalışanın tamamladığı görevlerin miktarı ve kalitesiyle değil, aynı zamanda iş süreçlerine ve organizasyonel hedeflere olan katkısıyla da ölçülür. Böylece, çalışan performansı hem niceliksel hem de niteliksel faktörleri içerir. Özkul ve Özdemir (2014) insan kaynakları yöneticileri üzerine yapılan bir araştırmada, insan kaynakları yönetiminin organizasyonel sorunların çözümünde kritik bir rol oynadığını belirtmiştir. Jiang vd. (2015), eğitim ve gelişim programlarının çalışanların iş becerilerini ve bilgilerini artırdığını, bu durumun da çalışan performansını doğrudan etkilediğini belirtmiştir. Benzer şekilde Kehoe ve Wright (2013), ödül sistemlerinin, çalışanların motivasyonunu ve işe olan bağlılıklarını artırarak performansı iyileştirdiğini göstermiştir. Bu bulgular, insan kaynakları yönetiminin sadece performansı artırmakla kalmayıp, aynı zamanda olumsuz davranışların önlenmesinde de önemli bir araç olabileceğini göstermektedir (Aslan ve Sümbül, 2018).

Çalışan performansını ölçmenin birçok yöntemi vardır ve bu yöntemler, ölçümün amacına ve kullanılan performans kriterlerine bağlı olarak değişiklik gösterir. Performans ölçütleri genellikle aşağıdaki kategorilere ayrılır:

**Niceliksel Ölçütler:** Satış hacmi, üretilen ürün miktarı ve hizmetin teslim süresi gibi sayısal verilere dayanır. Bu ölçütler, genellikle üretim ve satış odaklı pozisyonlar için uygun olup çalışanın verimliliğini ve etkinliğini doğrudan yansıtır (Aguinis, 2019).

**Niteliksel Ölçütler:** Çalışanın yaratıcılığı, takım içindeki iş birliği, liderlik becerileri ve müşteri memnuniyetine katkısı gibi daha öznel faktörlere dayanır. Bu ölçütler, bireyin işe ve organizasyona genel katkısını değerlendirmek için kullanılır (Pulakos vd., 2015).

**360 Derece Geri Bildirim:** Bu yöntem, çalışanın performansını, yöneticilerin, meslektaşların, astların ve bazen müşterilerin geri bildirimleri aracılığıyla kapsamlı bir şekilde değerlendirir. Çok yönlü bir perspektif sağlayarak, çalışanın iş performansının daha dengeli ve objektif bir değerlendirmesine olanak tanır (Bracken vd., 2016).

**Hedefe Dayalı Değerlendirme:** Çalışanlarla önceden belirlenen spesifik, ölçülebilir, ulaşılabilir, ilgili ve zamanla sınırlı hedeflere ulaşma derecedir. Bu yöntem, çalışanların kendi hedeflerine ne kadar yaklaştığını ve organizasyonel hedeflere ne ölçüde katkı sağladığını gösterir (Locke ve Latham, 2013).

Budhwar ve Debrah (2018) tarafından yapılan bir çalışma, etkili performans yönetimi sistemlerinin hem bireysel hem de takım bazında performansı artırabileceğini öne sürmektedir. Bu sistemler geri bildirim mekanizmaları, hedef belirleme ve kariyer gelişimi planları içererek çalışanların kendi performanslarını

değerlendirmelerine ve geliştirmelerine olanak tanımaktadır. Yüksek performans çalışma uygulamalarının, çalışan sağlığı ve iyi oluş üzerinde pozitif etkileri olduğu gözlemlenmiştir. Ancak, bu uygulamaların iş yoğunluğunu artırarak pozitif etkileri dengeleyebileceği de saptanmıştır (Ogbonnaya vd., 2017).

### 2.3. Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi ve Çalışan Performansı Arasındaki İlişki

SİKY ve Çalışan Performansı arasındaki ilişki, modern iş dünyasında önemli bir araştırma konusudur. Bu ilişkiyi inceleyen literatür, SİKY uygulamalarının, çalışanların yeteneklerini, motivasyonunu ve genel iş tatminini geliştirerek organizasyonların performansına olumlu katkılar sağladığını göstermektedir. Schuler ve Jackson (2014) tarafından yapılan bir çalışma, SİKY'nin, çalışan bağlılığını ve işe adanmışlığı artırarak organizasyonel performansı doğrudan etkileyebileceğini öne sürmektedir. Bu çalışma, insan kaynakları uygulamalarının stratejik hedeflerle uyumlu olması gerektiğinin altını çizirken, çalışanların kurumsal hedeflere ulaşmada kilit bir rol oynadığını vurgular.

SİKY ve çalışan performansı arasındaki ilişki, çok sayıda akademik çalışmada incelenmiştir. Akhtar vd., (2008) tarafından yapılan bir çalışma SİKY uygulamalarının) hem ürün/hizmet performansını hem de finansal performansı olumlu yönde etkilediğini bulmuştur. Bu sonuç SİKY'nin çalışanların becerilerini ve yeteneklerini en üst düzeye çıkararak çalışan performansını artırabileceğini göstermektedir. Yan vd., (2016) ise SİKY'nin, iş performansı üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu ve SİKY ile çalışan performansı arasındaki ilişkinin, kariyer gelişimi ve çalışan eğitimi programları, performansa dayalı ücret, geçici personel yönetimi gibi faktörlerle desteklendiğini belirtmişlerdir. Bu bulgular SİKY uygulamalarının çalışan performansını nasıl artırabileceğine dair önemli sonuçlar sağlamaktadır.

Ding ve Cai (2018) tarafından gerçekleştirilen bir başka araştırma, SİKY uygulamalarının, özellikle kariyer gelişimi ve çalışan eğitim programları ile performansa dayalı ücretlendirmenin, işletme performansı üzerindeki olumlu etkisini doğrulamıştır. Bu sonuçlar, SİKY uygulamalarının, çalışanların yeteneklerini ve motivasyonlarını artırarak çalışan performansına katkıda bulunabileceğini göstermektedir (Ding ve Cai, 2018). Li ve Duan (2020), SİKY çalışanların performansı üzerinde önemli çapraz seviyeli pozitif etkilere sahip olduğunu bulmuşlardır. Bu etki dengeli ve ilişkisel psikolojik sözleşmeleri iyileştirerek ve işlemci psikolojik sözleşmeyi azaltarak gerçekleşir. Bu bulgular SİKY uygulamalarının çalışanların işe olan bağlılıklarını ve performanslarını artırabileceğini göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının performans değerlendirmeleri üzerine yapılan bir çalışma, performans değerlendirme sistemlerinin adil ve etkili olmadığı durumlarda çalışan motivasyonunu ve sağlık sonuçlarını olumsuz etkileyebileceğini göstermiştir. Performans değerlendirmelerinin çalışanların iş tatmini ile pozitif korelasyona sahip olduğu belirlenmiştir ancak performans iyileştirme için değerlendirme verilerinin etkisiz olduğu durumlar da tespit edilmiştir (Majidi vd., 2020). Sağlık hizmetlerinde çalışan performansını etkileyen faktörler üzerine yapılan bir analiz, çalışan yetkinliğinin ve iş motivasyonunun çalışan performansı üzerinde pozitif etkileri olduğunu ortaya koymuştur. Çalışan yetkinliği ve motivasyonun performans üzerindeki etkileşimi, sağlık hizmetleri yöneticilerine çalışan performansını artırma yönünde önemli bilgiler sunmaktadır (Damayanti vd., 2023).

Bu araştırmaların sonuçları SİKY sadece çalışan performansını değil aynı zamanda çalışanların iş tatmini ve örgütsel bağlılığı gibi diğer önemli çalışan sonuçlarını da pozitif yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Bu nedenle, Bakü'deki sağlık sektöründe SİKY uygulamaları, çalışanların performansını artırmanın yanı sıra, çalışan memnuniyeti ve örgütsel bağlılık gibi kritik alanlarda da iyileştirmeler sağlayabilir.

### 3. YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma, SİKY'nin çalışan performansı üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı türde yapılmış bir araştırmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma, Bakü ilinde faaliyet gösteren sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirilmiştir. Ancak, Bakü'deki tüm özel ve kamu hastanelerindeki sağlık çalışanlarını kapsamadığı için bulguların genellemesi sınırlıdır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, tanımlayıcı bir yaklaşımla, Bakü'deki hastanelerde görev yapan sağlık çalışanlarını kapsamaktadır. Veriler, çevrimiçi anketler aracılığıyla toplanmıştır ve araştırmaya toplamda 170 sağlık çalışanı katılmış, ancak 158'i geçerli olarak değerlendirilmiştir. Dolayısıyla, bu 158 sağlık çalışanı araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için aşağıdaki formül kullanılmıştır:

$$n = \frac{t^2 pq}{d^2}$$

- t değeri %95 güven aralığı için 1,96,
- İncelenen olayın görülme sıklığı p ise 0,5,
- Kabul edilen örnekleme hatası d ise 0,08 olarak alınmıştır.

Toplam Evren için hesaplanan örneklem sayısı;

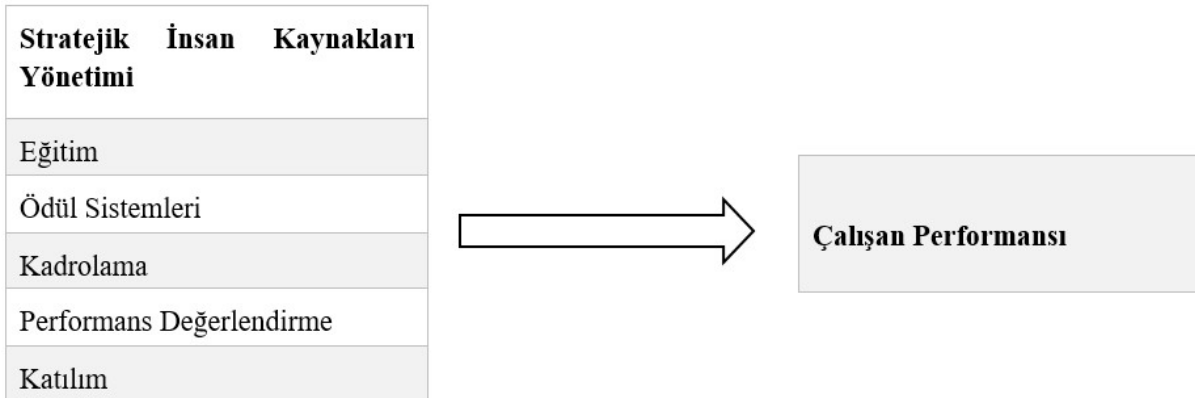
$$n = \frac{1,96^2 * (0,5 * 0,5)}{0,08^2}$$

Bu hesaplamalar sonucunda, toplam evren için örneklem büyüklüğü 146 olarak bulunmuştur. Bu sonuç, örneklemin evreni temsil etme gücüne sahip olduğunu göstermektedir.

#### 3.4. Araştırmanın Modeli

Araştırma için oluşturulan model, Şekil 1'de gösterilmiştir.

Şekil 1. Araştırmanın Modeli



### 3.5.Araştırmanın Hipotezleri

Bu çalışma, SİKY çalışan performansına etkilerini ve demografik özelliklerin bu ilişkideki rolünü inceler. Hipotezler aşağıda sunulmuştur:

H1: SİKY, çalışan performansını anlamlı ve pozitif yönde etkiler.

H1.1: Eğitim ve çalışan performansı arasında pozitif bir ilişki vardır.

H1.2: Ödül sistemleri, çalışan performansını pozitif yönde etkiler

H1.3: Kadrolama, iş performansını pozitif yönde etkiler

H1.4: Performans değerlendirme, performansı pozitif yönde etkiler.

H1.5: Çalışan katılımı, genel performansı pozitif yönde etkiler.

- H2: SİKY, çalışanların demografik özelliklerine göre farklılık gösterir.
- H3: Çalışan performansı, demografik özelliklere göre değişir.

### 3.6.Araştırma Yöntemi

Araştırma, 2022 Ocak-Mart ayları arasında online anketler kullanılarak yürütülmüştür. Anketler, katılımcıların demografik bilgilerini SİKY ve çalışan performansını ölçen maddeleri içermiştir. Veri analizi için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, ABD) yazılımı kullanılmış ve şu istatistiksel teknikler uygulanmıştır:

- Tanımlayıcı istatistikler,
- Shapiro-Wilk normal dağılım testi,
- Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri,
- Spearman korelasyon analizi ve doğrusal regresyon.

Ölçeklerin güvenilirliği, Cronbach Alfa katsayıları ile test edilmiştir. Elde edilen yüksek güvenilirlik değerleri (SİKY için 0.927 ve Çalışan Performansı Ölçeği için 0.892), kullanılan ölçüm araçlarının geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

### 3.7.Veri Toplama Araçları

Araştırma anketi, katılımcıların demografik bilgileri, stratejik insan kaynakları yönetimi pratikleri ve çalışan performansını değerlendiren sorular olmak üzere üç ana bölümden oluşmaktadır.

**Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi Ölçeği (SİKYÖ);** Bu ölçek, Youndt ve arkadaşlarının (1996) geliştirdiği alt ölçekleri içeren ve Demirtaş'ın (2013) daha sonra geliştirdiği "SİKYÖ"nden esinlenilmiştir. Ölçek, kadrolama, eğitim, katılım, performans değerlendirme ve ödül sistemleri gibi alanları kapsar. Toplam 14 sorudan oluşan bu ölçek, katılımcıların stratejik insan kaynakları uygulamalarına olan tutumlarını ve deneyimlerini ölçer.

Sorular, 5 puanlık bir Likert ölçeği kullanılarak değerlendirilmekte olup katılımcılardan '1-kesinlikle katılmıyorum' ile '5-kesinlikle katılıyorum' arasında bir puanlama yapmaları istenir. Bu yöntem, katılımcıların yanıtlarını standart bir formatta toplamayı ve analiz etmeyi kolaylaştırır.

**Çalışan Performans Ölçeği (ÇPÖ);** Kirkman ve Rosen (1999) ile Singler ve Pearson (2000) tarafından yapılan ölçek, bu çalışmada kullanılmıştır. Bu ölçekler, sağlık kurumlarında çalışan bireylerin iş performansı düzeylerini ölçmek için kullanılmış ve yine 5'li Likert ölçeği ile değerlendirilmiştir.



### 3.8.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik yönü, İstanbul Kent Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından onaylanmıştır. 29.06.2023 tarihinde yapılan toplantıda, Toplantı No: 2023/6 ile Sağlık Yönetimi (Tezli) Yüksek Lisans programı öğrencisi Eyyub ALIZADA'nın "Stratejik İnsan Kaynakları Yönetiminin Çalışan Performansına Etkisi" başlıklı tez çalışması için gerçekleştirilecek, etik kurallara uygun bulunarak oy birliğiyle kabul edilmiştir. Araştırmaya katılacak bireyler, gönüllülük esasına göre seçilmiş olup, araştırmanın amaçları ve verilerin gizliliği hakkında ayrıntılı bilgi almışlardır.

### 3.9. Güvenirlik ve Geçerlilik Analizleri

Araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin güvenirlilik derecesini belirlemek için Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır. Elde edilen sonuçlar, ölçeklerin yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir:

- SİKYÖ için Cronbach Alfa katsayısı 0.927 olarak belirlenmiştir.
- ÇPÖ için ise bu değer 0.892 olarak tespit edilmiştir.

Bu katsayılar, ölçeklerin tutarlı ve güvenilir sonuçlar ürettiğini, dolayısıyla araştırma sonuçlarının güvenilir olduğunu göstermektedir. İlgili veriler Tablo 1'de sunulmuştur.

**Tablo 1.** Geçerlilik ve Güvenirlilik Testi

Ölçekler	Soru Sayısı	Cronbach Alpha
SİKYÖ	14	0.93
ÇPÖ	4	0.89

## 4. BULGULAR

### 4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan çalışanların demografik özelliklerinin analizi, frekans ve yüzde betimsel istatistik yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bu analiz, katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, iş deneyimi ve sektörel dağılımını kapsamaktadır. Aşağıda, bu demografik özelliklere dair elde edilen bulgular sunulmaktadır.

**Tablo 2.** Ölçüm Ortalamaları

	Ort±Ss	Min-Max (Median)
ÇPÖ	3,74±0,91	1-5 (4)
Eğitim	3,28±0,87	1-5 (3,25)
Ödül Sistemleri (ÖS)	3,23±0,96	1-5 (3,5)
Kadrolama	3,52±0,95	1-5 (4)
Performans Değerlendirme (PD)	3,39±0,88	1-5 (3,5)
Katılım	3,43±0,88	1-5 (3,33)
SİKYÖ	3,36±0,77	1-5 (3,36)

Araştırmada değerlendirilen SİKY uygulamaları ve çalışan performansı, 1 ile 5 arasında değişen puanlamalarla ölçülmüş ve elde edilen sonuçlar şöyledir: Çalışan performansı ortalama 3,74 (standart sapma 0,91), eğitim ortalama 3,28 (standart sapma 0,87), ödül sistemleri ortalama 3,23 (standart sapma 0,96), kadrolama ortalama 3,52 (standart sapma 0,95), performans değerlendirme ortalama 3,39 (standart sapma 0,88), katılım ortalama 3,43 (standart sapma 0,88), ve SİKY ortalama 3,36 (standart

sapma 0,77). Bu değerler, SİKY uygulamalarının çalışan performansı üzerindeki etkilerinin ortalama üstü olduğunu göstermektedir (Tablo 2).

**Tablo 3.** Çalışanların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

		N	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	82	51,9
	Erkek	76	48,1
<b>Yaş Grupları</b>	18-24 Yaş	55	34,8
	25-34 Yaş	59	37,3
	35-44 Yaş	21	13,3
	45-54 Yaş	11	7,0
	55 Yaş ve Üzeri	12	7,6
<b>Medeni Durum</b>	Evli	54	34,2
	Bekar	104	65,8
<b>Eğitim Durumu</b>	Lise	33	20,9
	Ön Lisans	20	12,7
	Lisans	51	32,3
	Yüksek Lisans	54	34,2
<b>Çalıştığı Kurum Tecrübesi</b>	1-5 Yıl	102	64,6
	6-10 Yıl	23	14,6
	11-15 Yıl	15	9,5
	16 Yıl ve Üzeri	18	11,4

Katılımcıların %51,9'u (n=82) kadın, %48,1'i (n=76) erkektir. Yaş dağılımına göre %34,8'i (n=55) 18-24 yaş aralığında, %37,3'ü (n=59) 25-34 yaş aralığında, %13,3'ü (n=21) 35-44 yaş aralığında, %7'si (n=11) 45-54 yaş aralığında ve %7,6'sı (n=12) 55 yaş ve üzerindedir. Medeni duruma göre, %34,2'si (n=54) evli, %65,8'i (n=104) bekar. Eğitim seviyeleri şu şekildedir: %20,9'u (n=33) lise mezunu, %12,7'si (n=20) ön lisans mezunu, %32,3'ü (n=51) lisans mezunu, ve %34,2'si (n=54) yüksek lisans veya daha üstü dereceye sahiptir. İş tecrübesine göre katılımcıların %64,6'sı (n=102) 1-5 yıl, %14,6'sı (n=23) 6-10 yıl, %9,5'i (n=15) 11-15 yıl, ve %11,4'ü (n=18) 16 yıl ve üzeri süredir aynı kurumda çalışmaktadır (Tablo 3).

**Tablo 4.** Korelasyon Analizi

		1	2	3	4	5	6	7
<b>1. ÇP</b>	r	1						
	p	.						
<b>2. Eğitim</b>	r	,568**	1					
	p	,000	.					
<b>3. ÖS</b>	r	,321**	,556**	1				
	p	,000	,000	.				
<b>4. Kadrolama</b>	r	,466**	,632**	,515**	1			
	p	,000	,000	,000	.			
<b>5. PD</b>	r	,500**	,642**	,619**	,702**	1		
	p	,000	,000	,000	,000	.		
<b>6. Katılım</b>	r	,543**	,638**	,595**	,638**	,691**	1	
	p	,000	,000	,000	,000	,000	.	
<b>7. SİKY</b>	r	,594**	,862**	,752**	,809**	,864**	,834**	1
	p	0	,000	,000	,000	,000	,000	.

Spearman's \*p&lt;0,05 \*\*p&lt;0,01

Araştırmamız, SİKY unsurlarının çalışan performansı üzerindeki etkilerini değerlendirmiştir. Bulgular şu şekildedir:

- Eğitim ve çalışan performansı arasında orta seviyede ve pozitif bir bağlantı tespit edilmiştir ( $r = .568$ ,  $p < .01$ ).
- Çalışan performansı ile ödül sistemleri arasındaki ilişki zayıf ancak pozitif yönlüdür ( $r = .321$ ,  $p < .01$ ).
- Kadrolama faaliyetlerinin çalışan performansı üzerindeki etkisi orta derecede pozitif olarak saptanmıştır ( $r = .466$ ,  $p < .01$ ).
- Performans değerlendirme sistemlerinin, çalışan performansı ile olan ilişkisi orta derecede ve pozitif olarak belirlenmiştir ( $r = .500$ ,  $p < .01$ ).
- Çalışan katılımının, performans üzerindeki pozitif etkisi orta düzeyde olmuştur ( $r = .543$ ,  $p < .01$ ).
- Stratejik insan kaynakları yönetimi ve çalışan performansı arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki gözlemlenmiştir ( $r = .594$ ,  $p < .01$ ).
- Eğitim ile ödül sistemleri arasında orta derecede pozitif bir ilişki bulunmuştur ( $r = .556$ ,  $p < .01$ ).
- Eğitim ve diğer insan kaynakları yönetimi faktörleri (kadrolama, performans değerlendirme, katılım ve stratejik insan kaynakları yönetimi) arasında sırasıyla yüksek ( $r = .632$ ,  $r = .642$ ,  $r = .638$ ) ve çok yüksek ( $r = .862$ ) düzeyde ilişkiler tespit edilmiştir ( $p < .01$ ).
- Ödül sistemleri ile kadrolama arasındaki ilişki orta derecede iken, performans değerlendirme, katılım ve stratejik insan kaynakları yönetimi ile olan ilişkiler yüksek düzeyde olmuştur ( $r = .515$ ,  $r = .619$ ,  $r = .595$ ,  $r = .752$ ,  $p < .01$ ).
- Kadrolama ile performans değerlendirme, katılım ve stratejik insan kaynakları yönetimi arasında yüksek ( $r = .702$ ,  $r = .638$ ) ve çok yüksek ( $r = .809$ ) düzeyde ilişkiler saptanmıştır ( $p < .01$ ).
- Performans değerlendirme ile katılım ve stratejik insan kaynakları yönetimi arasındaki ilişkiler yüksek ( $r = .691$ ) ve çok yüksek ( $r = .864$ ) olarak bulunmuştur ( $p < .01$ ).

- Katılım ile stratejik insan kaynakları yönetimi arasında çok yüksek düzeyde bir ilişki olduğu gözlenmiştir ( $r = .834$ ,  $p < .01$ ) (Tablo 4).

Bu sonuçlar, SİKY uygulamasının çalışan performansına etkisini göstermektedir.

**Tablo 5.** Çoklu Lineer Regresyon Sonuçları Analizi

Ödül Sistemleri	0,386	0,069	0,407	5,568	<b>0,001**</b>	-0,295	0,101	0,311	-2,928	<b>0,004**</b>
Kadrolama	0,520	0,064	0,546	8,145	<b>0,001**</b>	-0,094	0,115	-0,099	-0,814	0,417
PD	0,553	0,070	0,536	7,937	<b>0,001**</b>	-0,26	0,141	-0,252	-1,853	0,066
Katılım	0,568	0,069	0,549	8,212	<b>0,001**</b>	-0,121	0,13	-0,117	-0,928	0,355
SİKY	0,758	0,073	0,639	10,388	<b>0,001**</b>	1,529	0,32	1,29	4,775	<b>0,001**</b>

**\*\*p<0,01 \*p<0,05**

Çalışmada gerçekleştirilen çoklu doğrusal regresyon analizi, SİKY unsurlarının çalışan performansı üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Bu analiz, bağımsız değişkenlerin çalışan performans ölçeği üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkilere sahip olduğunu ortaya koymuştur:

- Modelin İstatistiksel Anlamlılığı:** Analiz, F istatistiği 24,353 ve p değeri  $<0,001$  ile modelin genel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir.
- İlişkinin Gücü:** Bağımsız değişkenler ile çalışan performansı arasındaki ilişki, R değeri 0,67 ile orta düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bulunmuştur.
- Açıklanan Varyans:** Model, çalışan performansının toplam varyansının %44,5'ini açıklamaktadır, bu da modelin etkinliğini göstermektedir.

#### Regresyon Katsayıları

- Eğitim:** Eğitim değişkeninin regresyon katsayısı ( $\beta=0,491$ ,  $p<0,01$ ), eğitimin çalışan performansı üzerinde pozitif ve anlamlı bir etki yaptığını belirtir.
- Ödül Sistemleri:** Ödül sistemleri değişkeni için regresyon katsayısı ( $\beta=0,311$ ,  $p<0,01$ ), bu unsurların performansa pozitif katkıda bulunduğunu gösterir.
- Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi:** SİKY değişkeninin katsayısı ( $\beta=1,290$ ,  $p<0,01$ ), bu faktörün çalışan performansını önemli ölçüde iyileştirdiğini ortaya koyar.

Analiz sonuçlarına göre, eğitim, ödül sistemleri ve stratejik insan kaynakları yönetimi uygulamalarının iyileştirilmesi, çalışan performansını artırma potansiyeline sahiptir. Bu bulgular, insan kaynakları stratejilerinin ve politikalarının optimizasyonunda yararlı olabilir.

## 5. SONUÇ

Bu çalışma, stratejik insan kaynakları yönetiminin, Bakü'deki sağlık sektöründe çalışan performansına olan etkisini incelemiştir. Araştırma bulguları, SİKY uygulamalarının çalışan performansını pozitif yönde ve anlamlı bir şekilde etkilediğini göstermiştir, bu da SİKY'nin işletmelerin hedeflerine ulaşmada kritik bir rol oynadığını doğrular niteliktedir.

Araştırma sonuçları, SİKY'nin alt boyutlarının çalışan performansına etkilerini açıkça ortaya koymaktadır. Araştırma, eğitim, ödül sistemleri, kadrolama ve performans değerlendirme gibi çeşitli alanlarda SİKY uygulamalarının, çalışanların performansını nasıl etkilediğini anlamamıza olanak sağlamaktadır. Özellikle eğitim ve ödül sistemleri arasındaki ilişki dikkat çekicidir. Eğitim, çalışanların

yetkinliklerini artırarak, onları işlerinde daha etkin kılmakta ve bu da doğrudan performanslarını yükseltmektedir. Öte yandan, ödül sistemleri, motivasyon sağlayarak çalışanların verimliliklerini artırmaktadır. Bu bağlamda, ödül sistemlerinin varlığı, çalışanların daha yüksek performans sergilemelerini teşvik etmekte ve aynı zamanda organizasyon içi memnuniyet ve bağlılığı artırmaktadır. Kadrolama ve performans değerlendirme süreçleri de çalışanların performans üzerinde belirgin bir etkiye sahiptir. Stratejik kadrolama uygulamaları, doğru insanların doğru işlerde yer almasını sağlayarak hem bireysel hem de organizasyonel performansı maksimize etmektedir. Performans değerlendirme ise hem bireysel hem de ekip bazında geri bildirimler sağlayarak çalışanların gelişim alanlarını belirlemelerine ve performanslarını sürekli olarak iyileştirmelerine yardımcı olmaktadır. Bu araştırma, SİKY'nin sadece işletme bazında değil, aynı zamanda bireysel çalışan performansı üzerinde de derinlemesine etkilerini göstermektedir. Bu etkiler, stratejik insan kaynakları uygulamalarının doğru şekilde tasarlandığında ve uygulandığında hem çalışanların hem de organizasyonların daha yüksek başarı ve verimlilik seviyelerine ulaşmasını sağlamaktadır. Sonuç olarak, SİKY uygulamaları, özellikle eğitim, ödül, kadrolama ve performans değerlendirme gibi alanlarda, çalışan performansını önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Bu araştırma, SİKY'nin stratejik uygulamalarının, çalışan memnuniyetini, bağlılık ve performansını artırarak organizasyonların genel başarısına katkıda bulunduğunu kanıtlamaktadır. Gelecek çalışmalar, bu etkileri daha da detaylandırarak, SİKY'nin farklı boyutlarının çalışan performansı üzerindeki etkilerini daha geniş bir perspektifle incelemeyi hedeflemektedir.

Araştırma sonuçları, SİKY ve çalışan performansı arasında orta düzeyde pozitif bir korelasyon göstermektedir ( $r=0.594$ ,  $p<0.01$ ). Bu sonuçlar, literatürdeki benzer çalışmalarla uyumlu olup, SİKY'nin çalışan motivasyonu ve performans yönetimi üzerinde etkili olduğunu doğrular niteliktedir. Özellikle Day (2019) ve Çalışkan (2010) tarafından yapılan çalışmalar, SİKY'nin işletme performansı üzerindeki pozitif etkilerini raporlamıştır; fakat bu çalışmalar genelde işletme performansına odaklanmışken, bu araştırma bireysel çalışan performansına daha fazla yoğunlaşmıştır.

Araştırma ayrıca, SİKY'nin demografik özelliklerle olan ilişkisini de incelemiştir. Eğitim, ödül sistemleri, kadrolama, katılım ve performans değerlendirme gibi çeşitli SİKY boyutlarının çalışan performansı ile anlamlı ve pozitif ilişkiler sergilediği belirlenmiştir ( $p<0.01$ ). Bu sonuçlar, Şahin ve arkadaşları (2006) tarafından hemşirelerin eğitimi ve kadrolamasının önemine dair vurgu yapılan çalışmalarla ve Altındağ ve Akgün (2015) tarafından ödüllendirme sistemlerinin çalışan motivasyonunu nasıl artırdığını gösteren çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Eğitim ile katılım arasında yüksek düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=0.638$ ,  $p<0.01$ ). Doğan ve Kuruluş (1997) tarafından yapılan çalışmalar, eğitimin etkinliğinin, eğitime katılan bireylerin aktif katılımıyla artırılabilirliğini öne sürmüştür. Aynı şekilde, eğitim ve SİKY arasında da çok yüksek düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=0.862$ ,  $p<0.01$ ), Soysal ve Kılınç (2016) tarafından yapılan yönetici görüşleri araştırmasında da bu görüş desteklenmiştir. Çalışkan (2010), eğitim programlarının çalışanların yetkinliklerini geliştirerek performanslarını artırdığını bulmuştur. Day (2019), eğitim programlarının işletme performansını artırdığı belirtilmiştir.

Her iki çalışma da eğitim programlarının çalışan yetkinliklerini geliştirdiğini ve performanslarını artırdığını raporlamaktadır. Bu durum, eğitim programlarının çalışan performansı üzerindeki kritik rolünü vurgulamaktadır. Yabancı literatürdeki çalışmalar genellikle eğitim programlarının işletme performansı üzerindeki etkilerine odaklanırken, bu çalışma bireysel çalışan performansına odaklanmıştır.

Araştırma, ödül sistemleri ve kadrolama arasındaki orta düzeyde pozitif ve anlamlı ilişkiyi ( $r=0.515$ ,  $p<0.01$ ) ortaya koymuştur. Camgöz (2006) ve Ünal (2003) tarafından yapılan çalışmalar, ödül

sistemlerinin organizasyon içindeki performansı ve bireysel katılımı nasıl artırdığını göstermiştir. Ayrıca, kadrolama ve SİKY arasında çok yüksek düzeyde ve pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=0.809$ ,  $p<0.01$ ), ancak Çalışkan (2019) bu sonucu sağlık kurumlarındaki araştırmasında bulamamıştır. Ödül sistemlerinin çalışanların motivasyonunu artırarak verimliliklerini yükselttiği bulunmuştur. Ödüller, çalışanların daha yüksek performans sergilemelerini teşvik etmekte ve organizasyon içi memnuniyet ve bağlılığı artırmaktadır. Çalışkan (2010), ödül sistemlerinin çalışan motivasyonu ve bağlılığı üzerinde olumlu etkileri olduğunu belirtmiştir. Kehoe ve Wright (2013): Ödül sistemlerinin çalışan motivasyonu ve bağlılığı üzerinde olumlu etkileri olduğunu bulmuştur. Her iki literatürde de ödül sistemlerinin çalışan motivasyonu ve performansı üzerindeki pozitif etkileri vurgulanmaktadır. Bu çalışma, ödül sistemlerinin aynı zamanda organizasyon içi memnuniyet ve bağlılığı artırdığını da belirlemiştir. Stratejik kadrolama uygulamalarının, doğru insanların doğru işlerde yer almasını sağlayarak performansı maksimize ettiği bulunmuştur. Çalışkan (2010), kadrolama uygulamalarının çalışan performansı üzerindeki olumlu etkileri belirtilmiştir. Chuang ve Liao (2010) kadrolama uygulamalarının çalışan performansı ve müşteri memnuniyeti üzerindeki olumlu etkileri vurgulanmıştır. Her iki literatürde stratejik kadrolamanın çalışan performansını artırdığı konusunda hemfikirdir.

Performans değerlendirme ve katılım arasında da yüksek düzeyde pozitif bir ilişki saptanmıştır ( $r=0.691$ ,  $p<0.01$ ). Çakmak (2005) bu konuda katılımın değerlendirme sürecinin önemli bir parçası olduğunu vurgulamıştır. Ayrıca, performans değerlendirme ve SİKY arasındaki çok yüksek düzeydeki pozitif ilişki ( $r=0.864$ ,  $p<0.01$ ), Çetin (2006) tarafından da benzer şekilde bulgulanmıştır. Bu bulgular, SİKY uygulamalarının, özellikle eğitim, ödül, kadrolama ve performans değerlendirme alanlarında, çalışan performansını önemli ölçüde etkileyebileceğini göstermektedir. Çalışkan (2010), performans değerlendirme sistemlerinin, çalışanların bireysel gelişimini ve işletme hedeflerine ulaşmasını sağladığını belirtmiştir. Agarwal ve Kapoor (2013), performans değerlendirme süreçlerinin çalışan performansı üzerindeki olumlu etkilerini vurgulamaktadır. Her iki literatürde de performans değerlendirme sistemlerinin çalışan performansı üzerindeki pozitif etkileri vurgulanmaktadır.

Rajendra (2017), insan kaynakları yönetiminin sağlık sektöründeki hizmet kalitesi üzerindeki etkisini incelemiş ve olumlu sonuçlar bulmuştur. Vermeeren et al. (2014), sağlık sektöründe insan kaynakları yönetimi uygulamalarının finansal, örgütsel ve çalışan sonuçları üzerindeki etkilerini incelemiş ve pozitif ilişkiler bulmuştur. Vo ve Bartram (2012), Vietnam'daki kamu hastanelerinde SİKY'nin benimsenmesi ve etkilerini incelemiş ve devletin kontrolünün yenilikçi yönetim uygulamalarını engellediğini bulmuştur. Ulusal ve uluslararası literatürde, SİKY uygulamalarının sağlık sektöründe hizmet kalitesi ve çalışan performansı üzerindeki pozitif etkileri vurgulanmaktadır. Uluslararası literatürdeki bazı çalışmalar, devlet kontrolünün ve yetersiz fonlamanın SİKY uygulamalarının etkinliğini engellediğini belirtirken, bu çalışma daha çok bireysel performans üzerindeki etkileri incelemektedir.

Bu araştırma sonuçları, SİKY uygulamalarının bireysel çalışan performansına olan etkisini detaylı bir şekilde incelerken, SİKY'nin çeşitli boyutlarının performansa olan etkilerini de açıkça ortaya koymaktadır. Eğitim, ödül sistemleri, kadrolama ve performans değerlendirme gibi alanlarda gerçekleştirilen SİKY uygulamaları, çalışan performansının nasıl etkilendiğini anlamamızı sağlamaktadır.

Eğitim, çalışanların yetkinliklerini artırarak onları işlerinde daha etkin kılmakta ve bu da doğrudan performanslarını yükseltmektedir. Öte yandan, ödül sistemleri, motivasyon sağlayarak çalışanların verimliliklerini artırmaktadır. Bu bağlamda, ödül sistemlerinin varlığı, çalışanların daha yüksek performans sergilemelerini teşvik etmekte ve aynı zamanda organizasyon içi memnuniyet ve bağlılığı

artırmaktadır. Kadrolama ve performans değerlendirme süreçleri de çalışanların performans üzerinde belirgin bir etkiye sahiptir. Performans değerlendirme ise, hem bireysel hem de ekip bazında geri bildirimler sağlayarak çalışanların gelişim alanlarını belirlemelerine ve performanslarını sürekli olarak iyileştirmelerine yardımcı olmaktadır.

Sonuç olarak, SİKY uygulamaları, özellikle eğitim, ödül, kadrolama ve performans değerlendirme gibi alanlarda, çalışan performansını önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Bu araştırma, SİKY'nin stratejik uygulamalarının, çalışan memnuniyetini, bağlılık ve performansını artırarak organizasyonların genel başarısına katkıda bulunduğunu kanıtlamaktadır. Gelecek çalışmalar, bu etkileri daha da detaylandırarak, SİKY'nin farklı boyutlarının çalışan performansı üzerindeki etkilerini daha geniş bir perspektifle incelemeyi hedeflemelidir. Bu tür araştırmalar, stratejik insan kaynakları yönetiminin pratikte nasıl uygulanabileceği ve optimize edilebileceği konusunda daha fazla bilgi ve içgörü sağlayacaktır.

### Öneriler:

1. Entegre Eğitim Programları: Sağlık çalışanlarının sürekli eğitimi, performansı doğrudan etkileyen önemli bir faktördür. Bu nedenle, Bakü'deki sağlık kurumları, özellikle yeni teknolojiler ve prosedürler hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlamak için çalışanlarına yönelik kapsamlı ve sürekli eğitim programları geliştirmelidir.
2. Performans Değerlendirme Süreçlerinin İyileştirilmesi: Düzenli performans değerlendirmeleri, çalışanların kendilerini geliştirmelerine yardımcı olur. Bu değerlendirmeler, objektif kriterler ve açık iletişim üzerine kurulmalı ve çalışanların geri bildirim almasını sağlamalıdır.
3. Ödül ve Teşvik Sistemlerinin Genişletilmesi: Motivasyonu artırmak ve yüksek performansı ödüllendirmek için çeşitli teşvikler sunulmalıdır. Bu teşvikler maddi ödüllerin yanı sıra, kariyer gelişimi fırsatları ve iş tatmini sağlayacak diğer unsurları da içermelidir.
4. Kapsayıcı Kadrolama Stratejileri: Çalışanların çeşitli yetenek ve deneyimlerinin kurum genelinde etkin kullanımı, genel performansın artırılmasına katkıda bulunabilir. Çalışanların yeteneklerine uygun rollerin belirlenmesi bu sürecin bir parçası olmalıdır.
5. Katılımcı Yönetim Uygulamaları: Çalışanların karar alma süreçlerine aktif olarak katılımı, iş tatminini ve dolayısıyla performansı artırabilir. Bu, stratejik insan kaynakları yönetiminin temel taşlarından biri olmalıdır.

### Sınırlılıklar:

1. Örneklem Büyüklüğü ve Kapsamı: Çalışma, yalnızca Bakü'deki 158 sağlık çalışanını kapsamaktadır, bu da bulguların genelleştirilmesini sınırlayabilir. Daha geniş ve çeşitli bir örneklem ile çalışmanın tekrarlanması önerilir.
2. Öznel Değerlendirme: Çalışan performansı ve SİKY puanları, anket yöntemiyle öznel olarak değerlendirilmiştir. Bu, bazı yanıtların kişisel algılar veya sosyal istenirlik yanlılığı tarafından etkilenmiş olabileceği anlamına gelir.
3. Diğer Etkileyici Faktörlerin Kontrol Edilmemesi: Çalışma, diğer potansiyel etkileyici faktörleri (örneğin, çalışma ortamı, yöneticilerin liderlik tarzı) kontrol etmemiştir. Bu faktörlerin de performans üzerindeki etkilerini incelemek faydalı olabilir.

Bu öneriler ve sınırlılıklar, Bakü'deki sağlık kuruluşlarının stratejik insan kaynakları yönetimini daha etkin bir şekilde uygulamalarına ve gelecekteki araştırmaların daha sağlam temellere dayanmasına yardımcı olabilir.


## KAYNAKÇA

- Agarwal, B., & Kapoor, N. (2013). Impact of HRM practices on employees' efficacy and engagement. *Training and Development Journal*, 4(2), 169-174.
- Aguinis, H. (2019). *Performance Management for Dummies*. John Wiley & Sons.
- Aguinis, H., Joo, H., & Gottfredson, R. K. (2013). What monetary rewards can and cannot do: How to show employees the money. *Business Horizons*, 56(2), 241-249.
- Alolayyan, M. N., Alyahya, M. S., & Omari, D. A. (2021). Strategic human resource management practices and human capital development: The role of employee commitment. *Problems and Perspectives in Management*, 19(2), 157-169.
- Armstrong, M., & Taylor, S. (2014). *Armstrong's Handbook of Human Resource Management Practice*. Kogan Page.
- Aslan, Ş. & Sünbül, F. (2018). Sağlık çalışanlarında personel güçlendirme, başarı güdüsü ve etik liderliğin demografik açıdan farklılıkları. *Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi*, (1), 13-26.
- BaniMelhem, H., Elanain, H. M. A., & Hussain, M. (2018). Impact of human resource management practices on employees' turnover intention in United Arab Emirates (UAE) health care services. *Int. J. Inf. Syst. Serv. Sect.*, 10(1), 21-41.
- Becker, B. E., & Huselid, M. A. (2006). Strategic human resources management: Where do we go from here? *Journal of Management*, 32(6), 898-925.
- Boxall, P., & Purcell, J. (2016). *Strategy and Human Resource Management*. Palgrave Macmillan.
- Bracken, D. W., Rose, D. S., & Church, A. H. (2016). The evolution and devolution of 360° feedback. *Industrial and Organizational Psychology*, 9(4), 761-794.
- Budhwar, P., & Debrah, Y. A. (2018). *Human resource management in developing countries*. New York: Routledge.
- Chuang, C.-H., & Liao, H. (2010). Strategic human resource management in service context: Taking care of business by taking care of employees and customers. *Personnel Psychology*, 63(1), 153-196.
- Çalışkan, H. E. (2010). The impact of strategic human resource management on organizational performance. *Journal of Human Resources*, 4(2), 1-25.
- Damayanti, M., Gunawan, A. W., & Panggabean, M. S. (2023). Analysis of factors causing employee performance in health service sector. *Journal of Social Research*, 2(5), 1504-1513.
- Day, G. S. (2019). A cross-level study on the impact of strategic human resource management on employee in-role performance. *Journal of Management Studies*, 56(3), 456-480.
- Ehnert, I. (2009). *Sustainable Human Resource Management: A conceptual and exploratory analysis from a paradox perspective*. Springer Science & Business Media.
- Guest, D. E. (2011). Human resource management and performance: Still searching for some answers. *Human Resource Management Journal*, 21(1), 3-13.
- Jiang, K., Lepak, D. P., Hu, J., & Baer, J. C. (2015). How does human resource management influence organizational outcomes? A meta-analytic investigation of mediating mechanisms. *Academy of Management Journal*, 55(6), 1264-1294.



- 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), 20.
- Kalyani, M. W. (2021). Impact of strategic human resource management practices on performance: Study on employees in the Sri Lankan banking sector, *International Journal of Scientific Advances*.
- Kehoe, R. R., & Wright, P. M. (2013). The impact of high-performance human resource practices on employees' attitudes and behaviors. *Journal of Management*, 39(2), 366-391.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (Eds.). (2013). *New developments in goal setting and task performance* (Vol. 24, p. 664). New York: Routledge.
- Majidi, S., Daneshkohan, A., Zarei, E., & Ashktorab, T. (2020). Perspectives of health workers on annual performance appraisal: A study in primary health care. *International Journal of Healthcare Management*, 14, 1190-1197.
- Nusrat, F. (2018). Stimulation of efficient employee performance through human resource management practices: A study on the health care sector of Bangladesh. *International Journal Of Business and Social Research*, 8(1), 1-18.
- Pulakos, E. D., Hanson, R. M., Arad, S., & Moye, N. (2015). Performance management can be fixed: An on-the-job experiential learning approach for complex behavior change. *Industrial and Organizational Psychology*, 8(1), 51-76.
- Rajendra, N. (2017). The impact of human resources management on quality services of healthcare organizations. *International Journal of Advance Research and Innovative Ideas in Education*, 3(2), 157-162.
- Rasmussen, T., & Ulrich, D. (2015). Learning from practice: How HR analytics avoids being a management fad. *Organizational Dynamics*, 44(3), 236-242.
- Schuler, R. S., & Jackson, S. E. (2014). Human resource management and organizational effectiveness: Yesterday and today. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*, 1(1), 35-55.
- Shen, J., Dumont, J., & Deng, X. (2019). Systematic review of literature on the relationship between HRM practices and sustainable organizational performance. *Personnel Review*, 48(2), 528-558.
- Shuck, B., & Wollard, K. (2010). Employee engagement and HRD: A seminal review of the foundations. *Human Resource Development Review*, 9(1), 89-110.
- Vermeeren, B., Steijn, B., Tummers, L., Lankhaar, M., Poerstamper, R.-J., & van Beek, S. (2014). HRM and its effect on employee, organizational and financial outcomes in health care organizations. *Human Resources for Health*, 12(35), 1-11.
- Vo, A., & Bartram, T. (2012). The adoption, character and impact of strategic human resource management: A case study of two large metropolitan Vietnamese public hospitals. *The International Journal of Human Resource Management*, 23(20), 3758-3775.
- West, M. A., Dawson, J. F., Admasachew, L., & Topakas, A. (2014). NHS staff management and health service quality. *Department of Health*.
- Wright, P. M., & McMahan, G. C. (2011). Exploring human capital: Putting 'human' back into strategic human resource management. *Human Resource Management Journal*, 21(2), 93-104.

Zainal, N., Din, N. N. O., & Munusami, C. (2023). Relationship between human resource management practices and employee's job performance in selected private Health Care Sector, Selangor, Malaysia. *Human Resources Management and Services*, 5(1).

	<b>JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT AND LEADERSHIP (JOHMAL)</b> **** <b>SAĞLIK YÖNETİMİ VE LİDERLİK DERGİSİ</b>	
E-ISSN: 2667-5838	<a href="https://dergipark.org.tr/tr/pub/johmal">https://dergipark.org.tr/tr/pub/johmal</a>	<b>Paper Type:</b> Research Paper, <b>Makale Türü:</b> Araştırma Makalesi
Sayı:1, Eylül 2024	<b>Issue:</b> 1, September 2024	<b>Received Date / Geliş Tarihi:</b> 04.07.2024 <b>Accepted Date / Kabul Tarihi:</b> 24.07.2024
<b>AKADEMİK LİDERLİK MODELLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: AHP YAKLAŞIMI<sup>1</sup></b> *** <b>EVALUATION OF ACADEMIC LEADERSHIP MODELS: AHP APPROACH</b>		
<b>Atf/ to Cite (APA):</b> Akalın, B. ve Demirbaş M.B. (2024). Akademik Liderlik Modellerinin Değerlendirilmesi: AHP Yaklaşımı, Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL), (1), 63- 82.		<b>Betül AKALIN**</b> <b>Mehmet Beşir DEMİRBAŞ***</b>
<b>DOI:</b> <a href="https://doi.org/10.35345/johmal.1510814">https://doi.org/10.35345/johmal.1510814</a>		

## ÖZ

Yükseköğretim kurumlarında liderlik, iş takibi, eğitimin aksamaması ve akademik anlamda başarılı çalışmaların ortaya çıkması için kilit bir rol oynamaktadır. Bu durum özellikle hangi liderlik modelinin akademiye daha yararlı olacağını bilmesini ve o liderlik tarzının benimsenmesini gerekli kılmaktadır. Akademik liderlik her dönemde önemli olmuştur. Çünkü bir akademisyenin başarısı, mesleki ve akademik gelişimini teşvik eden ya da caydıran, içinde çalıştığı mesleki kültüre doğrudan bağlıdır. Bu kapsamda literatürde yer alan akademik liderlik modelleri çok kriterli karar verme yöntemlerinden biri olan Analitik Hiyerarşi Süreci yöntemiyle değerlendirilmiştir. Araştırma sonucuna göre en yüksek ağırlık değerine (0,2064) sahip akademik liderlik türü AL3 kodu ile hizmetkâr liderlik modeli olarak ortaya konmuştur. İkinci en yüksek ağırlık değerini (0,1773) alan liderlik modeli ise AL2 koduyla dönüşümcü liderlik modeli olmuştur. Tüm uzmanların değerlendirmeleri sonucu en düşük düzeyde ağırlık değerlerini alarak sıralamanın sonlarında yer alan AL7 kodlu manevi liderlik modeli (0,0744) ve AL8 kodlu pasif liderlik modeli (0,0516) en az tercih edilen modeller olarak değerlendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Akademik liderlik, Hizmetkâr liderlik, Analitik hiyerarşi süreci.

## ABSTRACT

Leadership in higher education institutions plays a key role in the follow-up of work, the smooth running of education and the emergence of academically successful studies. This situation makes it necessary to know which leadership model will be more useful in academia and to adopt that leadership style. Academic leadership has been important in every period. Because the success of an academic is directly dependent on the professional culture in which he/she works, which encourages or discourages his/her professional and academic development. In this context, academic leadership models in the literature were evaluated using the Analytic Hierarchy Process method, which is one of the multi-criteria decision-making methods. According to the results of the research, the type of academic leadership with the highest weight value (0.2064) was revealed as the servant leadership model with the code AL3. The leadership model with the second highest weight value (0.1773) was the transformational leadership model with the code AL2. As a result of the evaluations of all experts, the spiritual leadership model with the code AL7 (0,0744) and the passive leadership model with the code AL8 (0,0516), which were at the bottom of the ranking with the lowest weight values, were evaluated as the least preferred models.

**Keywords:** Academic leadership, Servant leadership, Analytic hierarchy process.

\* Bu çalışma için Hamidiye Bilimsel Araştırmalar ve Etik Kurulu 16.02.2024 tarih ve 2/27 sayılı kararı ile etik kurul izni alınmıştır.

\*\*Dr. Öğr. Üyesi., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, betul.akalin@sbu.edu.tr, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0402-2461>

\*\*\*Arş. Gör., Demiroğlu Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, mehmetbesir.demirbas@dbu.edu.tr, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5137-0496>

## 1. GİRİŞ

Bir yükseköğrenim kurumunun en önemli işlevi, öğretim üyeleri için hoş bir öğretim ortamı yaratmada ve öğrencilere hak ettikleri eğitim kalitesini sağlamada liderlik etkinliğine dayanmasıdır. Günümüz liderlerinin sürekli kurumsal değişimlerle etkin bir şekilde başa çıkabilmeleri için yeni bilgi, beceri ve yetenekleri takip etmeleri gerekmektedir (Ervey, 2006). Blair (2000), yükseköğrenim kurumlarında yöneticinin etkili bir lider olarak kabul edilmesi için dış finansman sağlamanın daha fazla beklendiğini belirtmiştir (Blair, 2000). Ayrıca, eğitim politikaları ve prosedürleri yükseköğretim kurumunun misyonunu gerçekleştirmesinde önemli bir rol oynarken, bu politika ve prosedürlerin uygulanmasından nihai olarak akademik liderler sorumludur (Thompson ve Harrison, 2000). Akademik liderlik her dönemde önemli olmuştur. Çünkü bir akademisyenin başarısı, mesleki ve akademik gelişimini teşvik eden ya da yavaşlatan, içinde çalıştığı mesleki kültüre doğrudan bağlıdır. Yeni akademisyenler, deneyimli meslektaşlarından basit bir mentorluğun ötesinde rehberliğe ihtiyaç duymaktadırlar (Ervey, 2006). Yükseköğretim düzeyinde liderlik, yükseköğretimde kalitenin yirmi birinci yüzyılın yeni ortamına doğru genişlemesinde önemli bir rol üstlenmiştir. Eğitimde liderlikle ilgili olarak, literatür öncelikle eğitim örgütlerindeki farklı liderlik stilleri ve tekniklerinin sonuç ve çıktılarının araştırılmasıyla ilgilenmiştir. Örgütlerden ve kültürlerden etkilenen liderlik, bireyler üzerindeki etkisi açısından evrensel bir olgudur (Bass, 1997). Hem liderlerin hem de takipçilerin rolleri daha karmaşık ve ayrıntılı hale gelmiştir bu çerçevede liderliğin nasıl kavramsallaştırıldığı konusunda çoklu bakış açıları mevcuttur (Stewart, 2006). Bu çalışmanın amacı burada yer alan çoklu bakış açılarına değinmek ve akademik camiada yönetici rolünü üstlenen akademisyenlerin çeşitli liderlik modellerinden hangilerinin daha önemli olduğu konusunda uzman görüşü vermelerini sağlamaktır. Bu kapsamda akademik liderlik modellerini karşılaştırmak ve değerlendirmek amacıyla çok kriterli karar verme yöntemlerinden biri olan Analitik Hiyerarşi Süreci (AHS) yöntemi kullanılmıştır. Sonuçların akademik kurumlarda liderlik stratejilerini iyileştirmede fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

## 2. LİDERLİK KAVRAMI VE AKADEMİK LİDERLİK

McCaffery, lider kelimesinin tüm Eski Kuzey Avrupa dillerinde ortak olan ve denizdeki bir geminin rotası veya yolculuk anlamına gelen laed kelimesinden türetildiğini açıklamaktadır (McCaffery, 2018). Ayrıca, lider veya önder kelimeleri genellikle otorite figürlerinin sosyal etkisine atıfta bulunur ve başkalarına yolculuklarında eşlik eden, onları yöneten, onlara rehberlik eden veya ilham veren ve onları doğru yöne yönlendiren kişi olarak tanımlanabilir (Taylor, Peplau ve Sears, 2006). Liderlik ise İngilizceye yeni girmiş ve ancak 19. yüzyılın sonlarında kullanılmaya başlanmıştır (Brungardt, 1998). Liderlik, liderin örgüt hedeflerine ulaşmak için astlarının gönüllü katılımını aradığı bir sosyal etki sürecidir (Omolayo, 2007). Günümüz örgütleri, hızla değişen küresel çevrenin karmaşıklıklarını anlayan etkili liderlere ihtiyaç duymaktadır. Eğer görev yüksek düzeyde yapılandırılmışsa ve liderin çalışanlarla iyi bir ilişkisi varsa, çalışanlar açısından etkinliğin yüksek olacağı varsayılmaktadır (Alblas ve Wijsman, 2021). Yönetim terimiyle liderlik arasında bazı örtüşmeler vardır, yani yönetim pozisyonundaki bireylerin lider olduğu varsayılmaktadır ancak tüm yöneticilerin liderlik yapmada yetkin olmadıkları bilinmektedir (Bass, 1997; Lunenburg, 2011). Yönetim ve liderlik, bir kuruluş içindeki farklı ancak tamamlayıcı eylem sistemleri olarak düşünülebilir. Liderlik genellikle değişim yönetimiyle ve ortak bir vizyonun peşinden koşmayı besleyen 'yapısal gerilimi' korumakla ilgilenmekteyken liderlik, insanları bu vizyona uygun hale getirmenin yanı sıra onları motive etmeyi ve güçlendirmeyi de içermektedir (Kotter, 2002).

Yükseköğretimde liderlik kavramının, tek bir otorite figürünün ötesine geçen ve hem liderlik etmeyi arzulayan liderin hem de onu takip etmeyi seçenlerin ihtiyaçları, istekleri ve beklentileri etrafında dönen çok daha karmaşık bir anlamı kapsadığı görülmektedir (Kouzes, James M.; Posner, 2003).

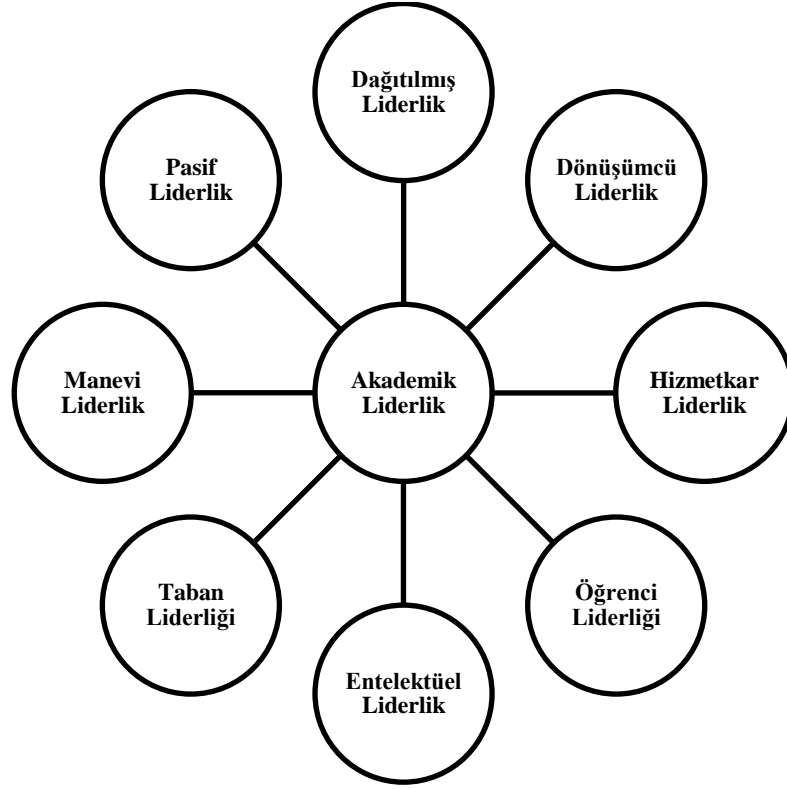
Başka bir deyişle, yükseköğretimde liderlik bir ilişkiyi ya da Morrill'in (2007) ifadesiyle bir "takipçiliği" içermektedir (Morrill, 2007). Astin ve Astin (2000) liderliği "grup üyeleri arasında iş birliğine dayalı bir çaba" olarak tanımlayarak aynı fikirde olduklarını belirtmektedir (Astin ve Astin, 2000). Liderlik rolü, eğitim kurumlarında çok önemli bir parametre olarak kabul edilmektedir. Liderlerin misyonu, bireylere doğru yönde rehberlik etmek ve onları yönlendirmektir. Bu şekilde, eğitim görevlerini tatmin edici bir şekilde yerine getirebilir, zorluklara daha iyi karşılık verebilir ve engellerin üstesinden gelebilmektedirler. Konuyla ilgili çeşitli araştırma makalelerine göre, kurumsal verimlilik ve başarının kritik bir faktörü, kamu veya özel sektördeki herhangi bir kuruluşun veya hizmetin yönetimi ve liderliği ile doğrudan ilişkili olduğudur. Her yönetici, etkin bir şekilde çalışabilmek için liderlik modellerinden birini bilerek veya doğası gereği uygulamaktadır (Jaser, 2021). Mevcut araştırmalara göre, akademik camia, bir akademik kurumun uzun vadeli hedeflerinin sorunsuz bir şekilde yürütülmesi ve optimum başarısı için kritik öneme sahip olan akademik liderliğin etkili bir şekilde geliştirilmesine acil ihtiyaç duyan diğer kuruluşlara benzer zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Eğitimde liderlik üzerine yapılan araştırmalar, liderin kurumun gelişimi ve etkililiğindeki rolünü ve önemini ortaya koymuştur. Aynı araştırma, liderliğin çok düzeyli bir kavram olduğu ve eğitim kurumlarını ve öğrencileri etkileyen değişkenleri etkileyebileceği görüşünü güçlendiren kanıtlar sunmuştur (Bush, 2017; Ualesi ve Ward, 2018). Günümüzde liderliğin rol ve işlevlerinin, akademik liderlerin işbirliği içinde dönüşüme uyum sağlamak için birimlerine liderlik etmeleri, motive etmeleri veya yönlendirmeleri gereken yükseköğretimde bütünleştiği fikri ön plana çıkmaktadır (Koen ve Bitzer, 2010).

## 2.1. Akademik Liderlik Modelleri

Modern liderlik çalışmaları yirminci yüzyılda başlamış ve çok sayıda teori ve model ortaya çıkmıştır (Bass, 1997). Günümüzün liderleri ister kurumsal dünyada ister yükseköğretimde olsunlar, daha önceleri hayal bile edilemeyecek sayısız zorlukla karşı karşıya durumdadırlar. Serbest piyasa kapitalizminin yaygınlaşmasıyla artan rekabet, gelişmiş hareketliliğin körüklediği değişen nüfus demografisi ve teknoloji ile gelen kültürel evrim hem iş dünyasının hem de akademinin temel doğası üzerinde derin bir etkiye sahiptir. Ancak amaç ister kâr elde etmek ister öğrencileri eğitmek olsun, liderlik nihai başarı ya da başarısızlığın en kritik belirleyicilerinden birini oluşturmaktadır. Mükemmellik ve sıradanlık, hatta hayatta kalma ve yok olma arasındaki fark, genellikle bir kuruluştaki liderliğin doğrudan bir yansıması olarak kabul edilebilir (Birnbaum, 1989).

Akademik liderlik modelleri, etkili liderliğin bağlama özgü tanımlarına duyulan ihtiyacı ele alarak ve liderlik gelişimine yeni yaklaşımlar önererek akademik ortamlarda etkili liderliğin tanımlanmasına ve geliştirilmesine yardımcı olurken akademik ortamlarda etkili liderlik için bir yapı sağlamaktadır. Bu modeller, öğrenme vizyonu, öğretim programı, müfredat programı, değerlendirme programı, öğrenme toplulukları, kaynak tahsisi ve kullanımı, kurum kültürü ve sosyal savunuculuk gibi akademik liderliğin temel boyutlarını ana hatlarıyla belirtmektedir (Murphy, Elliott, Goldring ve Porter, 2009). Bu modeller aynı zamanda liderlerin önemli kurumsal çıktılara ulaşmak için kullanmaları gereken temel işlevleri ve belirli davranışları da tanımlamaktadır. Bu kapsamda, akademik liderlik modelleri, etkili liderliğin bağlama özgü bir tanımını sunarak ve liderlik gelişimi için stratejiler önererek akademik ortamlarda etkili liderliğin tanımlanmasında ve geliştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Bolden, Petrov ve Gosling, 2009). Literatürde yer alan akademik liderlik modelleri Şekil 1'de verilmiştir.

Şekil 1 Akademik Liderlik Modelleri



### 2.1.1. Dağıtılmış Liderlik

Dağıtılmış liderlik kavramı, geleneksel 'lider merkezli' liderlik modellerine bir alternatif olarak son yıllarda popüler hale gelmiştir ve bunun yerine liderliğin bireyden ziyade kolektifin bir özelliği olduğunu öne sürmektedir (Bolden ve diğerleri, 2009). (Gronn 2000; 2002) dağıtılmış liderliği, toplamın (bütünün), parçaların toplamından önemli ölçüde daha fazla olduğu 'uyumlu eylem' olarak tanımlarken Spillane (2004) 'dağıtılmış bir perspektiften bakıldığında, liderlik uygulamasının bireysel bir liderin eylemlerinden ziyade insanların etkileşimlerinde ve içinde buldukları durumda şekillendiğini' öne sürmektedir (Gronn, 2000, 2002; Spillane ve Orlina, 2005). Bu yönüyle yaklaşım, liderliğin süreç teorileri ve örgütlere yönelik sistem perspektifiyle ortak noktalara sahiptir. Faaliyet teorisine dayanan dağıtılmış perspektif, liderlik faaliyetini veya uygulamasını merkeze yerleştirmektedir (Bolden ve diğerleri, 2009; Hosking, 1988; Wood, 2005).

### 2.1.2. Dönüşümcü Liderlik

Dönüşümcü liderlik teorisi, son yıllarda örgütsel liderlik alanındaki pek çok araştırmacının ilgisini çekmiştir. Bu teori Burns (1978) tarafından ortaya konmuş ve daha sonra Bass (1985, 1998) ve diğerleri (Bass, 1985, 1999; Bass, Waldman, Avolio ve Bebb, 1987) tarafından geliştirilmiştir (Burns, 1978). Dönüşümcü liderlik teorisinin temel önermesi, liderin takipçisini, takipçisinin başarımı planladığından daha fazlasını başarması için motive etme yeteneğidir (Krishnan, 2005). Dönüşümcü liderliğin dört bileşeni vardır: idealleştirilmiş etki, ilham verici motivasyon, entelektüel uyarım ve bireyselleştirilmiş değerlendirme (Bass, 1985). Burns, dönüşümcü liderlerin takipçilerinin değerlerine odaklanarak ve takipçilerinin bu değerleri kurumun değerleriyle uyumlu hale getirmesine yardımcı olarak takipçilerine daha fazlasını başarıma konusunda ilham verdiğini öne sürmüştür. Ayrıca Burns, dönüşümcü liderliği, lider ve takipçinin birbirlerini daha yüksek seviyelere motive ettiği ve bunun sonucunda lider ve takipçi arasında değer sistemi uyumunun sağlandığı bir ilişki olarak tanımlamıştır (Krishnan, 2002).

### **2.1.3. Hizmetkâr Liderlik**

Hizmetkâr liderlik kuramının odak noktası, dönüşümcü liderlik kuramınıninkiyle belirgin bir tezat oluşturmaktadır. Dönüşümcü liderler kendi kişisel çıkarlarını (yani örgütsel çıkarları ve takipçilerinin çıkarlarını) grubun, örgütün veya toplumun çıkarlarıyla aynı hizaya getirmeye çalışırken, hizmetkâr liderlik teorisinde liderin birincil odağı takipçilerine bireysel olarak hizmet etmektir (Stone, Russell ve Patterson, 2004). Greenleaf, 1970 yılında hizmetkâr liderlik kavramını ortaya atarak liderlerin takipçilerine hizmet eden kişiler olduğunu ve büyük liderlerin her şeyden önce hizmetkâr olduklarını ifade etmiştir (Greenleaf, 1970; Spears, 1996). Greenleaf'e ve onun modelini daha da geliştirenlere göre, hizmetkâr liderlik başkalarına hizmet sunmaya dayanır ve bu hizmet doğal bir duygudan ya da hizmet etme eğiliminden kaynaklanır (Bass, 2000; Sosik, 2000). Hizmetkâr liderin ilkeleri, değerleri ve inançları liderin davranışları için motivasyon kaynaklarıdır. Farling, Stone ve Winston (1999)'a göre, hizmetkâr liderler her şeyden önce hizmetkâr olduklarını bilirler; bu nedenle ilk öncelikleri takipçilerinin kazanımını sağlamaktır (Farling, Stone ve Winston, 1999).

### **2.1.4. Öğrenci Liderliği**

Öğrenci liderliği modeli, genellikle eğitim alanında kullanılan ve öğrencilerin liderlik rollerini geliştirmeyi hedefleyen bir yaklaşımı ifade etmektedir. Bu model, öğrencilerin liderlik potansiyellerini keşfetmelerine ve geliştirmelerine olanak tanıırken, aynı zamanda eğitim süreçlerine aktif katılım sağlamalarını da teşvik etmektedir (Hu, 2011).

### **2.1.5. Entelektüel Liderlik**

Genel anlamda entelektüel liderlik, bilimsel, sosyal, teknolojik ve kurumsal devrimleri teşvik eden güçlü fikirler yaratmaya yönelik bireysel kapasite olarak tanımlanmaktadır (Becher ve Trowler, 2001; David ve McKenna, 2009; Macfarlane, 2011). Entelektüel liderlik, bir yandan akademisyenin daha geniş iletişim ve katılımın temeli olarak güven inşa etmek için kullandığı bir dizi zihinsel, duygusal ve ilişkisel kapasiteyi diğer yandan da yeni bilgiyi iletme amacıyla normların ve sınırların aşılmasını sağlayan belirli sosyo-tarihsel koşulları ve kurumsal koşulları varsaymaktadır (Baert ve Morgan, 2018; David ve McKenna, 2009; Macfarlane, 2011).

### **2.1.6. Taban Liderliği**

Tabandan gelen liderlik (Taban liderliği), sosyal hareket literatüründe, sosyal değişimin teşvik edilmesi, resmi otoriteye, devredilmiş yetkiye veya bunu yapmak için 'kurumsallaştırılmış yöntemlere' sahip olmayanlar tarafından statükoya meydan okunması olarak tanımlanmaktadır (Lester ve Kezar, 2012). Akademik liderlik modeli olarak ise mevcut düzene bir başkaldırı, düzende görülen aksaklıklarla mücadele edilmesi ve devrimsel nitelikte kararların alınabildiği yöneticilik modelini ifade etmektedir. Burada amaç tabanda yer alan akademisyenleri etkileyerek mevcut düzenin değişiminin ateşini yakmaktır (Kezar ve Lester, 2009).

### **2.1.7. Manevi Liderlik**

Manevi liderlik, örgütsel değişim ve kendiliğinden örgütsel yaratım için nedensel bir teoridir. Bu teori, içgörü, inanç ve umut, fedakârlık sevgisi, işyerinin maneviyatı ve manevi mutluluk ve hayatta kalmayı birleştiren içsel motivasyon modeline dayanmaktadır (Yang ve Fry, 2018). Aslında, işyerinde maneviyat, işi tatmin edici, anlamlı ve amaçlı olan çalışanların deneyimlerini tanımlamaktadır. İşyerinde maneviyat deneyimi aynı zamanda artan yaratıcılık, memnuniyet, dürüstlük, güven ve işe bağlılık ile de ilişkilidir (İsfahani, Sabhani, Pol ve Amani, 2015). Buna göre, ruhani liderlikte temel amaç, kurumun büyümesi ve mükemmelleşmesi ve diğer kurumlarla sağlıklı rekabet için çalışanları

güçlendirmek amacıyla kurum için vizyon ve temel değerleri edinmektir (Den Hartog ve de Hoogh, 2009).

### **2.1.8. Pasif Liderlik**

Pasif liderlik modelinde lider, sadece hedeflere ulaşamadığında veya bir sorun olduğunda müdahale etmektedir. Yönetici rolünü pasif olarak kullanmaktadır. İşler ciddileşmeden pek müdahale yetkilerini kullanmazlar. Bu modelde lider davranışlarını ve kararlarını erteler ve çoğunlukla sorumluluklardan kaçınır (Martinez, 2014). Bu sebeple bu liderlik modeli literatürde liderlik dışı bir tarz olarak da adlandırılmaktadır. Pasif lider, karar alma sürecinde kontrolün büyük kısmını ona bağlı çalışanlara bırakma eğilimindedir. Bunun sebebi ise çalışanların içsel olarak motive olduklarını, görevleri ve hedefleri başarmak için yalnız bırakılmaları gerektiğini varsayan bir düşünceye sahip olunmasıdır. Bu lider, yönlendirme veya rehberlik sağlamaz (Jones ve Rudd, 2008).

## **3. YÖNTEM**

Çalışmada çok kriterli karar verme yöntemlerinden biri olan Analitik Hiyerarşi Süreci (AHP) modeli kullanılmıştır. AHP'nin bu çalışmada kullanılma sebebi, tüm olası seçenekler arasında en iyi alternatifi belirleme sürecinde oldukça kullanışlı olması ve son yıllarda birçok alanda kullanımının olmasıdır. Bu kapsamda akademik lider profiline uyduğu düşünülen 2 Dekan, 2 Rektör yardımcısı, 2 MYO müdürü, 2 Bölüm başkanı ve 2 MYO müdür yardımcısı çalışmada görüşlerini bildirmiş ve akademik liderlik modellerini ağırlıklandırmıştır.

AHP çok kriterli karar verme, karar teorisinin en önemli dallarından biridir ve mevcut tüm çözümlerden en iyi çözümü belirlemek için kullanılmaktadır (Huang, Chen ve Chang, 2015). AHP, Saaty tarafından 1980 yılında karmaşık ve çok kriterli durumlarda karar vermeyi kolaylaştırması amacıyla ortaya konmuştur (Wind ve Saaty, 1980). Klasik AHP tasarımına uygun olarak bu çalışma, akademik alanda yöneticilik/liderlik yapmakta olan kişilerin anket sorularını yanıtlamaları yoluyla sonuca varmayı hedeflemektedir. AHP anket analizi Expert Choice 2000 ve Excel kullanılarak hesaplanmaktadır. Bu AHP hesaplamasının sonuçları, hiyerarşi karşılaştırma analizinde her ikisinin de 0,1'den küçük veya eşit olması gereken istenen tutarlılık indeksi (CI) ve tutarlılık oranı (CR) değerlerini karşılamakta ve Saaty tarafından önerilen kabul edilebilir sapma kapsamına uymaktadır. Bir hiyerarşi yapılandırıldıktan sonra her seviye için ikili karşılaştırma matrisi oluşturulmaktadır (Ly, Lai, Hsu ve Shih, 2018). Çalışmada yer alan akademik liderlik modellerinin her biri AL1, AL2, AL3..... AL8 olarak adlandırılmıştır. Aşağıda yer alan Tablo 1'e göre AL1 kodlu akademik liderlik modeli diğer modeller ile (AL2, AL3, .... AL8) karşılaştırılmaktadır. Yine bu şekilde AL2 kendinden sonra gelen (AL3, AL4....AL8) diğer modellerle karşılaştırılmaktadır. Son olarak AL7 kodlu liderlik modeli AL8 kodlu model ile karşılaştırılarak aralarındaki hiyerarşik düzenin ortaya konması amaçlanmıştır.



Tablo 1: Akademik Liderlik Modelleri İkili Karşılaştırma Matrisi

Akademik Liderlik Modelleri İkili Karşılaştırma Matrisi						
AL1	AL2	AL3	AL4	AL5	AL6	AL7
AL2	AL3	AL4	AL5	AL6	AL7	AL8
AL3	AL4	AL5	AL6	AL7	AL8	
AL4	AL5	AL6	AL7	AL8		
AL5	AL6	AL7	AL8			
AL6	AL7	AL8				
AL7	AL8					
AL8						

Problemin hiyerarşisi oluşturulduktan sonra yukarıdaki gibi ikili karşılaştırma matrisleri elde edilmektedir. Bu matriste  $a_{ij}=1/a_{ji}$  ögesi vardır ve dolayısıyla  $i=j$  olduğunda  $a_{ij}=1$  olur.  $W_i$ 'nin değeri 1'den 9'a kadar değişebilir, 1/1 eşit önemi belirtirken 9/1 aşırı veya mutlak önemi belirtmektedir (Wind ve Saaty, 1980).

$$A = \begin{bmatrix} a_{11} & a_{12} & \dots & a_{1n} \\ a_{21} & a_{22} & \dots & a_{2n} \\ \cdot & & & \cdot \\ \cdot & & & \cdot \\ \cdot & & & \cdot \\ a_{n1} & a_{n2} & \dots & a_{nn} \end{bmatrix}$$

Karşılaştırmalarda bazı tutarsızlıklar ihtimal dahilindedir ve kabul edilebilirdir. A tutarsızlıklar içerdiğinde, özdeğer tekniği matris girdi olarak kullanılarak tahmini öncelikler elde edilebilir (Saaty, 1999).

$$(A - \lambda_{\max}I)q=0$$

$$CI = \frac{\lambda_{\max} - n}{n - 1}$$

Burada  $\lambda_{\max}$ , n boyutlu A matrisinin en büyük öz faktörüdür; q, doğru öz faktörüdür ve I, n boyutlu kimlik matrisidir. Doğru öz faktör, q, göreceli önceliklerin tahminini oluşturur. Öncelikleri elde etmek için her bir öz faktör bire toplanacak şekilde ölçeklendirilir (Saaty, 1990).  $\lambda_{\max}=n$ 'nin tutarlılık için gerekli ve yeterli bir koşul olduğunu göstermiştir. İkili karşılaştırmalarda tutarsız yanıtlar nedeniyle  $\lambda_{\max}$  n'den saptığında tutarsızlık ortaya çıkabilir. Bu nedenle, A matrisi, CI indeksi kullanılarak tutarlılık açısından test edilmelidir. CI, bir karşılaştırma matrisine göre tutarlılık düzeyini tahmin etmektedir. Daha sonra, CI n'ye bağlı olduğu için, n'ye bağlı olan bir tutarlılık oranı CR hesaplanarak tutarlılık oranı ortaya konur (Saaty, 1986, 2008; Saaty ve Vargas, 2012).

$$CR = \frac{CI(Tutarlılık Göstergesi)}{RI(Rassallık Göstergeleri)}$$

Burada CI tutarlılık indeksi; RI n mertebesinde rastgele bir matris için oluşturulan rastgele indeks (RI) ve CR tutarlılık oranıdır (Saaty, 1996). Genel kural, matrisin tutarlı olması için  $CR \leq 0.1$  olması gerektirir. Aksi takdirde, ikili karşılaştırmaların tutarsızlıklarını gidermek için karşılaştırmaların tamamı veya bir kısmı tekrarlanmalıdır. Tutarlı olma oranının 0.1'den küçük olması durumunda matrisin tutarlı olduğu kabul edilmektedir (Hafeez et al., 2007: 3597). Rassal İndeks (RI), n sayısına bağlı olarak raslantısal olarak türetilmiş ikili matrislerin ortalama değeridir. Ortaya konan çalışmalar sonucunda 1-15 boyutlu matrisler için tasarlanan rassal indeks değerleri Tablo 2'de verilmektedir (Kwiesielewicz and Uden, 2004: 713–714).

**Tablo 1** Rassal Index Tablosu

n	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
RI	0	0	0,58	0,90	1,12	1,24	1,32	1,41	1,45	1,49	1,51	1,53	1,56	1,57	1,59

Kaynak: (Harker ve Vargas, 1987; Wind ve Saaty, 1980)

Tablo 2'ye göre n faktörlü bir karşılaştırma matrisinde alınması gereken değerler yukarıdaki gibidir. Bu çerçevede akademik liderlik modelleri (n=8) olduğu için çalışmada bu değer 1,41 olarak kabul edilmiş ve analizleri o şekilde yapılmıştır.

#### 4. VERİLERİN ANALİZİ

İlk etapta uzmanlarla yüz yüze görüşmeler sağlanmıştır. Bu görüşmeler öncesinde yukarıda yer alan liderlik türleri her bir katılımcıya tek tek açıklanmış ve ikili karşılaştırmaları o şekilde yapmaları talep edilmiştir. Uzmanlarla görüşülerek elde edilen veriler "Microsoft Office 2016 Excel'e" aktararak gerekli düzenlemeleri yapılmıştır. Bu düzenlemeden sonra verilerin analiz edilebilmesi için gerekli formüller Excel içerisinde oluşturulmuştur. Bu amaçla ilk olarak literatürde yer alan akademik liderlik modelleri AHP yönteminde kullanılmak üzere ikili karşılaştırma matrisleri oluşturulmuştur. Verilerin öz vektör hesaplamaları ve tutarlılık testleri yapılarak önem dereceleri belirlenmiştir. Analiz ile literatürde yer alan akademik liderlik modelleri arasında uzman görüşleri çerçevesinde sıralama yapılmış ve değerlendirilmiştir.

#### 5. BULGULAR

Akademik liderlik modellerinin ağırlıklandırılması amacıyla 10 akademik lider ile yapılan AHP görüşmeleri sonucunda söz konusu modeller önem düzeyine göre sıralanmışlardır. Aşağıda her bir uzmanın liderlik modellerine yönelik görüşleri tablolarda yer almaktadır.

**Tablo 2 1. Uzman Görüşü**

1. Uzman Görüşü					
Faktörler	AL3	AL6	AL8	Ağırlık değeri (w)	CI
AL3	0,2996	0,2452	0,1667	0,2676	2,61
AL6	0,2996	0,2452	0,1667	0,2149	2,00
AL1, AL2, AL4, AL5, AL7	.....	.....	.....	.....	.....
AL8	0,0375	0,0306	0,0082	0,0185	0,15
Toplam	1	1	1		
RI: 1,41 - CR(Tutarlılık Oranı): 6,42 CR<%10					

Birinci uzman görüşünün yer aldığı Tablo 3 dikkate alındığında rassal index değeri 1,41 ve CR (tutarlılık oranı) %10'un altında 6,42 olduğu için yanıtların tutarlı olduğu kabul edilmiştir. Tabloya göre akademik liderlik modellerinden AL3 kodlu hizmetkar liderlik modelinin en yüksek ağırlık değerine sahip olduğu arkasından AL6 kodlu taban liderliği modelinin önceliklendirildiği görülmektedir. En düşük ağırlık değerine sahip liderlik modeli ise pasif liderlik olarak belirlenmiştir.

**Tablo 3 2. Uzman Görüşü**

2. Uzman Görüşü					
Faktörler	AL1	AL2	AL7	Ağırlık değeri (w)	CI
AL1	0,2335	0,4058	0,1667	0,2216	2,04
AL2	0,0778	0,1353	0,1667	0,2149	2,06
AL3, AL4, AL6, AL5, AL8	.....	.....	.....	.....	.....
AL7	0,0375	0,0306	0,0556	0,0185	0,39
Toplam	1	1	1		
RI: 1,41 - CR(Tutarlılık Oranı): 6,23 CR<%10					

İkinci uzman görüşünün yer aldığı Tablo 4 dikkate alındığında rassal index değeri 1,41 ve CR (tutarlılık oranı) %10'un altında 6,23 olduğu için yanıtların tutarlı olduğu kabul edilmiştir. Tabloya göre en yüksek ağırlık değerini AL1 koduyla dağıtılmış liderlik modeli alırken AL2 kodlu dönüşümcü liderlikte AL1 faktörüne yakın bir ağırlık değeri alarak ikinci sırada yer almıştır. AL7 kodlu manevi liderlik modeli ise ikinci uzmana göre akademik liderlik modelleri arasında en az öneme sahip olarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 4 3.** Uzman Görüşü

3. Uzman Görüşü					
Faktörler	AL3	AL6	AL1	Ağırlık değeri (w)	CI
AL3	0,3349	0,2559	0,5371	0,3982	3,10
AL6	0,2996	0,2452	0,1535	0,2567	2,14
AL8, AL2, AL4, AL5, AL7	.....	.....	.....	.....	.....
AL1	0,0478	0,1279	0,0767	0,0607	0,43
Toplam	1	1	1		
RI: 1,41 - CR(Tutarlılık Oranı): 6,37 CR<%10					

Üçüncü uzman görüşünün yer aldığı Tablo 5 dikkate alındığında rassal index değeri 1,41 ve CR (tutarlılık oranı) %10'un altında 6,37 olduğu için yanıtların tutarlı olduğu kabul edilmiştir. Bu kapsamda tablo değerlendirildiğinde AL3 kodlu hizmetkar liderlik modelinin en yüksek ağırlık değerine sahip olduğu AL6 kodlu taban liderlik modelinin de en yüksek ikinci ağırlık değerini aldığı görülmektedir. AL1 kodlu dağıtılmış liderlik modeli ise en düşük ağırlık değerine sahip faktör olarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 5 4.** Uzman Görüşü

4. Uzman Görüşü					
Faktörler	AL2	AL4	AL8	Ağırlık değeri (w)	CI
AL2	0,3878	0,2637	0,2059	0,3542	3,58
AL4	0,1939	0,1319	0,1765	0,1929	1,66
AL1, AL3, AL5, AL6, AL7	.....	.....	.....	.....	.....
AL8	0,0554	0,0220	0,0294	0,0370	0,26
Toplam	1	1	1		
RI: 1,41 - CR(Tutarlılık Oranı): 6,47 CR<%10					

Dördüncü uzman görüşünün yer aldığı Tablo 6 dikkate alındığında rassal index değeri 1,41 ve CR (tutarlılık oranı) %10'un altında 6,47 olduğu için yanıtların tutarlı olduğu kabul edilmiştir. Uzman değerlendirmesinin yer aldığı tabloda en yüksek ağırlık değerini alan faktör AL2 kodlu dönüşümcü liderlik modeli olurken en düşük değeri AL8 kodlu pasif liderlik modeli almıştır.

**Tablo 6 5.** Uzman Görüşü

5. Uzman Görüşü					
Faktörler	AL6	AL4	AL8	Ağırlık değeri (w)	CI
AL6	0,2653	0,3318	0,0789	0,2877	2,17
AL4	0,1326	0,1659	0,1579	0,2017	1,51
AL1, AL3, AL5, AL2, AL7	.....	.....	.....	.....	.....
AL8	0,0332	0,0276	0,0263	0,0249	0,17
Toplam	1	1	1		
RI: 1,41 - CR(Tutarlılık Oranı): 5,93 CR<%10					

Beşinci uzman görüşünün yer aldığı Tablo 7’de rassal index değeri 1,41 ve CR (tutarlılık oranı) %10’un altında 5,93 olduğu için verilen yanıtların tutarlı olduğu kabul edilmiştir. Tablo 7’ye göre en yüksek ağırlık değerini alan faktör AL6 kodlu taban liderliği olurken AL4 kodlu öğrenci liderliği modeli ikinci sırada yer almıştır. Uzman değerlendirmelerine göre ise en düşük ağırlık değerine sahip faktör AL8 kodlu pasif liderlik modeli olarak ortaya çıkmıştır.

**Tablo 7 6.** Uzman Görüşü

6. Uzman Görüşü					
Faktörler	AL3	AL2	AL8	Ağırlık değeri (w)	CI
AL3	0,1474	0,1123	0,3273	0,2244	1,88
AL2	0,4421	0,2245	0,1636	0,2233	1,99
AL1, AL4, AL5, AL6, AL7	.....	.....	.....	.....	.....
AL8	0,0246	0,0374	0,0545	0,0549	0,42
Toplam	1	1	1		
RI: 1,41 - CR(Tutarlılık Oranı): 5,92 CR<%10					

Altıncı uzman görüşünün yer aldığı Tablo 8 dikkate alındığında rassal index değeri 1,41 ve CR (tutarlılık oranı) %10’un altında 5,92 olduğu için yanıtların tutarlı olduğu kabul edilmiştir. Tablo 8’e göre AL3 kodlu hizmetkâr liderlik modeli en yüksek ağırlık değerini alırken AL2 kodlu dönüşümcü liderlik modeli ikinci sırada yer almıştır. En düşük ağırlık değerine sahip model ise altıncı uzmana göre AL8 kodlu pasif liderlik modeli olarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 8 7.** Uzman Görüşü

7. Uzman Görüşü					
Faktörler	AL2	AL1	AL4	Ağırlık değeri (w)	CI
AL2	0,2526	0,1657	0,2667	0,2383	2,13
AL1	0,2526	0,1657	0,1667	0,1949	1,65
AL3, AL5, AL6, AL7, AL8	.....	.....	.....	.....	.....
AL4	0,0316	0,0331	0,0333	0,0316	0,27
Toplam	1	1	1		
RI: 1,41 - CR(Tutarlılık Oranı): 6,30 CR<%10					

Yedinci uzman görüşünün yer aldığı Tablo 9’da rassal index değeri 1,41 ve CR (tutarlılık oranı) %10’un altında 6,30 olduğu için yanıtların tutarlı olduğu kabul edilmektedir. Tablo 9’daki yedinci uzman görüşüne göre en yüksek ağırlık değeri alan faktör AL2 koduyla dönüşümcü liderlik modeli olurken AL1 kodlu dağıtılmış liderlik modeli de ikinci sırada yer almıştır. En düşük ağırlık değerine sahip akademik liderlik modeli ise AL4 kodlu öğrenci liderliği modeli olarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 9 8. Uzman Görüşü**

8. Uzman Görüşü					
Faktörler	AL1	AL2	AL7	Ağırlık değeri (w)	CI
AL1	0,2643	0,2286	0,1333	0,2403	2,20
AL2	0,2643	0,2286	0,2000	0,2163	1,95
AL3, AL4, AL5, AL6, AL8	.....	.....	.....	.....	.....
AL7	0,0661	0,0381	0,0333	0,0356	0,30
<b>Toplam</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		
<b>RI: 1,41 - CR(Tutarlılık Oranı): 6,26 CR&lt;%10</b>					

Sekizinci uzman görüşünün yer aldığı Tablo 10 dikkate alındığında rassal index değeri 1,41 ve CR (tutarlılık oranı) %10’un altında 6,26 olduğu için yanıtların tutarlı olduğu kabul edilmiştir. Uzman değerlendirmesi ve ikili matris sonuçlarına göre AL1 kodlu dağıtılmış liderlik modeli en yüksek ağırlık değerine sahipken AL2 kodlu dönüşümcü liderlik modeli ikinci sırada yer almaktadır. AL7 kodlu manevi liderlik modeli ise en düşük ağırlık değerini almıştır.

**Tablo 10 9. Uzman Görüşü**

9. Uzman Görüşü					
Faktörler	AL1	AL8	AL7	Ağırlık değeri (w)	CI
AL1	0,3462	0,4027	0,2045	0,2569	2,49
AL8	0,1154	0,1342	0,1136	0,1836	1,56
AL2, AL3, AL4, AL5, AL6	.....	.....	.....	.....	.....
AL7	0,0385	0,0268	0,0227	0,0220	0,18
<b>Toplam</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		
<b>RI: 1,41 - CR(Tutarlılık Oranı): 6,25 CR&lt;%10</b>					

Dokuzuncu uzman görüşünün yer aldığı Tablo 11’de rassal index değeri 1,41 ve CR (tutarlılık oranı) %10’un altında 6,25 olduğu için yanıtların tutarlı olduğu kabul edilmektedir. Tablo 11’e göre AL1 kodlu dağıtılmış liderlik modeli en yüksek ağırlık değerine sahipken diğer uzmanların aksine AL8 kodlu pasif liderlik modeli en yüksek ikinci ağırlık değerini almıştır. Toplam sekiz faktör arasından en düşük ağırlık değerine sahip faktör ise AL7 manevi liderlik modeli olmuştur.

**Tablo 11** 10. Uzman Görüşü

10. Uzman Görüşü					
Faktörler	AL1	AL3	AL7	Ağırlık değeri (w)	CI
AL1	0,2948	0,2777	0,1935	0,3356	2,73
AL3	0,2948	0,2777	0,1935	0,3004	2,42
AL2, AL4, AL5, AL6, AL8	.....	.....	.....	.....	.....
AL7	0,0491	0,0463	0,0323	0,0322	0,24
Toplam	1	1	1		
RI: 1,41 - CR(Tutarlılık Oranı): 6,37 CR<%10					

Onuncu uzman görüşünün yer aldığı Tablo 12 dikkate alındığında rassal index değeri 1,41 ve CR (tutarlılık oranı) %10'un altında 6,37 olduğu için yanıtların tutarlı olduğu kabul edilmiştir. Tablo 12'ye göre en yüksek ağırlık değerini alarak öncelik sıralamasında ilk sırayı alan faktör AL1 koduyla dağıtılmış liderlik modeli olmuştur. AL7 koduyla manevi liderlik modeli ise akademik liderlik modelleri arasında en düşük ağırlık modeline sahip faktör olarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 12** Tüm Uzman Görüşleri Tablosu

Liderlik Türleri	AL1	AL2	AL3	AL4	AL5	AL6	AL7	AL8	Ağırlık Değeri (w)	CI
Dağıtılmış AL1	0,2255	0,1766	0,1471	0,2048	0,2140	0,1877	0,1129	0,1397	0,1760	1,3655
Dönüşümcü AL2	0,1229	0,1877	0,2720	0,1768	0,1960	0,1252	0,1611	0,1767	0,1773	1,4117
Hizmetkâr AL3	0,2052	0,1642	0,1923	0,2177	0,2133	0,2287	0,2305	0,1993	0,2064	1,6116
Öğrenci AL4	0,0990	0,0828	0,0903	0,0854	0,1025	0,0715	0,1341	0,0856	0,0939	0,7361
Entelektüel AL5	0,0789	0,0724	0,0849	0,0800	0,0896	0,0795	0,1234	0,1617	0,0963	0,7553
Taban AL6	0,1318	0,1656	0,1055	0,1141	0,1071	0,1464	0,1164	0,1058	0,1241	0,9582
Manevi AL7	0,0587	0,0664	0,0405	0,0374	0,0352	0,0681	0,0511	0,0761	0,0744	0,5744
Pasif AL8	0,0779	0,0842	0,0675	0,0838	0,0422	0,0928	0,0705	0,0552	0,0516	0,3943
Toplam	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
CR (Tutarlılık Oranı): 5,52 CR< %10 RI- 1,41										

Tüm uzman görüşlerinin yer aldığı Tablo 13'te verilen yanıtlar tutarlılık oranı CR %10'dan düşük olduğu için tutarlı varsayılmaktadır. Buna göre tüm uzman matrislerinin ortak tablosunu oluşturan yanıtlara göre en yüksek ağırlık değerine (0,2064) sahip akademik liderlik türü AL3 kodu ile hizmetkâr liderlik modeli olarak ortaya konmuştur. İkinci en yüksek ağırlık değerini (0,1773) alan liderlik modeli ise AL2 koduyla dönüşümcü liderlik modeli olmuştur. Bu değere en yakın değeri alarak üçüncü sırada ağırlıklandırılan sıradaki liderlik modeli AL1 kodlu dağıtılmış liderlik modeli (0,1760) olarak uzmanlar tarafından tercih edilmiştir. Dördüncü sırada ağırlık değeri (0,1241) alan akademik liderlik modeli AL6 kodlu taban liderlik modeli olarak değerlendirilmiştir. Beşinci düzeyde ağırlık değeri alan (0,0963) AL5 kodlu entelektüel liderlik modelinin arkasından öğrencilere örnek olarak onların gelişimini desteklemeyi hedefleyen AL4 kodlu öğrenci liderliği modeli en yüksek altıncı ağırlık değerini (0,0939) almıştır. Tüm uzmanların değerlendirmeleri sonucu en düşük düzeyde ağırlık değerlerini alarak sıralamanın sonlarında yer alan AL7 kodlu manevi liderlik modeli (0,0744) ve AL8 kodlu pasif liderlik modeli (0,0516) en az tercih edilen modeller olarak değerlendirilmiştir.

## 6. TARTIŞMA VE SONUÇ

Akademik liderlik modelleri, eğitim kurumlarında yenilikçiliği, sürdürülebilirliği ve dönüştürücü değişimi teşvik etmede çok önemli bir rol oynamaktadır. Bu modeller, akademik liderlerin eylemlerini, kararlarını ve davranışlarını yönlendirir ve şekillendirir, yükseköğretimin karmaşık ortamında etkili bir şekilde liderlik etmelerini sağlamaktadır (Hussain, Talib ve Shah, 2014). Bu modeller aynı zamanda bağlamın önemini kabul ederek liderlerin stratejilerini ve yaklaşımlarını kurumlar ve paydaşlarının farklı ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde uyarlamalarına olanak tanımaktadır (Niewiesk ve Garrity-Rokous, 2021). Akademik liderler bu modelleri uygulayarak öğretim üyelerinin ve personelin yaratıcılığını arttırabilir, onlara ilham kaynağı olabilir ve yönlendirici bir rol üstlenebilir. Bu durum olumlu ve kapsayıcı bir öğrenme ortamının gelişmesine olanak sağlayabilir. Kurumlar, akademik liderlik modellerinin ilke ve uygulamalarından yararlanarak, yüksek kaliteli eğitim sağlama ve toplumda olumlu etki yaratma misyonlarında başarılı olabilirler. Prayson Pate tarafından yazılan "Akademik Liderlik Modelleri ve Yükseköğretimde Liderlik Gelişimine Etkileri" kitabında Akademik liderlik modelleri, yükseköğretim kurumlarındaki liderlerin eylemlerini, kararlarını ve davranışlarını yönlendirmek için bir çerçeve sağlamaktadır (Rowley ve Sherman, 2003). Araştırma üniversitelerindeki Dekanlar ve Bölüm Başkanları gibi etkili akademik liderler, takipçilerin atanmış görevleri yerine getirme yeteneği ve isteğine bağlı olarak çeşitli liderlik stillerini kullanmalıdır. Hersey ve Blanchard, anlatma, satma, katılım ve görevlendirme olmak üzere dört liderlik stilini önermişlerdir, bunlar takipçilerin yetenek ve isteklerine uygun olarak belirlenmelidir. Ayrıca, etkili akademik liderler, özellikle küresel bir bağlamda faaliyet gösterirken, araştırma üniversitelerinde gerekli liderlik rollerini yerine getirmek için liderlik yeterliliklerine sahip olmalıdır. Araştırma üniversitelerinde akademik liderlik etkinliğini sağlamak için sistematik bir liderlik geliştirme programı geliştirilmelidir (Shahmandi, Silong, Ismail, Samah ve Othman, 2011). Bir diğer görüşe göre her anlamda tam ve yetkin bir akademik liderlik yoktur. Ancak bir kriz anında yönetimi sağlayan, krizle baş edebilen, öğrenebilen ve gelişime ayak uydurma esnekliğine sahip yöneticiler akademide lider rolünü üstlenebilirler. Bu yeteneğe sahip liderler gelecekteki zorluklara karşı çaba gösteren ve ileriye dönük akademik kurumlar için ideal bir "allostatik lider" olabilmektedir (Bagnall, 2021).

Uyarlanabilir zorluklarla karşılaştığında etkili bir akademik liderin sahip olması gereken özellikler daha önce tanımlanmıştır; bunlar arasında hesap verebilirlik, güvenilirlik ve dürüstlük yer alır ancak bunlarla sınırlı değildir. Bir kriz anında, belki de en önemlisi, hizmetkâr liderlikte akademik liderin başkalarının çıkarlarını kendi çıkarlarının üzerinde tutmasını sağlayacak duygusal zekâ ve duygusal istikrardır (Doraiswamy, 2012). Güçlendirme, katılım ve işbirliğini vurgulayan hizmetkâr liderlik, inanç temelli okullarda, kolejlerde ve üniversitelerde özellikle etkili bir liderlik biçimidir özellikle kriz dönemlerinde daha da kritik hale gelen bir liderlik tarzıdır (Doraiswamy, 2012; Khan, Mubarik, Ahmed, Islam ve Khan, 2022).

Dönüşümcü liderlik tarzını savunan Rafferty ve Griffin (2004), dönüşümcü liderlerin, astlarının zorluklarını çözmek ve örgütteki potansiyellerini ve performanslarını arttırmak için onlara her zaman sosyo-duygusal destek sunduğunu vurgulamıştır. Dönüşümcü liderler tarafından sunulan bu sosyo-duygusal destek, astların bu liderlik tarzından ve dolayısıyla işlerinden tatmin olmalarını sağlamaktadır (Rafferty ve Griffin, 2004). Bass'ın (1999) temel argümanı, idealleştirilmiş etki davranışlarına sahip dönüşümcü liderlerin, çalışanlarıyla birlikte bir geleceğin nasıl gerçekleştirilebileceğini ifade etme eğiliminde olduklarıdır. Bu tür davranışlar onları takipçileri tarafından takdir edilen, beğenilen ve taklit edilen kişiler haline getirmektedir (Bass, 1999).

Çalışma sonucunda ortaya çıkan en önemli veri yönetim tarzlarının kişilik ve yönetimin kademesine bağlı olarak değişebilmesidir. Örneğin bir dekan entelektüel liderlik modelini benimseyip uygularken



bölüm başkanları daha çok hizmetkâr liderlik veya öğrenci liderliği modelini benimsemektedir. Araştırma kapsamında liderlik türlerinin her kurum için farklı benimsenmesinin kurumun kültürü ile de alakalı olduğu düşünülmektedir. Kurum kültürü öğrenciyi ön plana alan bir kültürde olduğu zaman akademik liderlerin de öğrenci liderliğini benimsemeleri veya hizmetkar liderlik modelini benimsemesi daha olasıdır. Ancak akademik çalışma kültürü üzerinde daha fazla mesai harcayan kurumlar ise çoğunlukla dönüşümcü liderlik modelini benimseyen akademik liderlere sahip olacaklardır. Her ne olursa olsun bir liderin uyması gereken, kitleleri yönlendirmesi gereken bir takım amaçları olmalıdır. Bir akademik liderin önceliği öğrencilerin akademik başarısı, kendisine bağlı çalışan mesai arkadaşlarının akademik anlamda beslenmesi ve üretim yapması olmalıdır. Eğitim kurumlarının seviyesinin artırılabilmesi akademisyen ve öğrencilerin birlikte çalışarak bir akademik liderin önderliğinde bilimsel üretim yapabilmesine bağlıdır. Bu hem kurum hem de akademisyenler için sürekli gelişimin kaynağı olacaktır.

## KAYNAKÇA

- Alblas, G. ve Wijsman, E. (2021). *Organisational Behaviour. Organisational Behaviour*. doi:10.4324/9781003194736
- Astin, A. W. ve Astin, H. S. (2000). *Leadership Reconsidered: Engaging Higher Education in Social Change*. W.K. KELLOGG.
- Baert, P. ve Morgan, M. (2018). A performative framework for the study of intellectuals. *European Journal of Social Theory*, 21(3), 322–339. doi:10.1177/1368431017690737
- Bagnall, J. (2021). In Praise of the Incomplete Leader - Responsible Leadership.
- Bass, B. M. (1985). Leadership and Performance beyond Expectations. *The Academy of Management Review*, 12(4), 756. doi:10.2307/258081
- Bass, B. M. (1997). Does the Transactional - Transformational Leadership Paradigm Transcend Organizational and National Boundaries? *American Psychologist*, 52(2), 130–139. doi:10.1037/0003-066X.52.2.130
- Bass, B. M. (1999). Two Decades of Research and Development in Transformational Leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(1), 9–32. doi:10.1080/135943299398410
- Bass, B. M. (2000). The Future of Leadership in Learning Organizations. *Journal of Leadership Studies*, 7(3), 18–40. doi:10.1177/107179190000700302
- Bass, B. M., Waldman, D. A., Avolio, B. J. ve Bebb, M. (1987). Transformational Leadership and the Falling Dominoes Effect. *Group & Organization Management*, 12(1), 73–87. doi:10.1177/105960118701200106
- Becher, T. ve Trowler, P. R. (2001). *Academic tribes and territories* (McGraw-Hil.). U.K.
- Birnbaum, R. (1989). The Implicit Leadership Theories of College and University Presidents. *The Review of Higher Education*, 12(2), 125–136. doi:10.1353/rhe.1989.0025
- Blair, J. (2000). Schools of Education Tracking Down “Big Money” - Education Week. *Education Week*, 20(12), 1, 14–15. <https://www.edweek.org/teaching-learning/schools-of-education-tracking-down-big-money/2000/11> adresinden erişildi.
- Bolden, R., Petrov, G. ve Gosling, J. (2009). Distributed leadership in higher education: Rhetoric and reality. *Educational Management Administration and Leadership*, 37(2), 257–277. doi:10.1177/1741143208100301
- Brungardt, C. (1998). The new face of leadership: Implications for higher education. *Leadership Studies, Fort Hays State University, from: iscb@ fhsu. edu*. 5 Ocak 2024 tarihinde

[http://nwlinc.com/~donclark/leader/lead\\_edu.html](http://nwlinc.com/~donclark/leader/lead_edu.html) adresinden erişildi.

- Burns, J. M. (1978). *Leadership* (Harper & R.). New York.
- Bush, T. (2017). The enduring power of transformational leadership. *Educational Management Administration and Leadership*, 45(4), 563–565. doi:10.1177/1741143217701827
- David, R. ve McKenna, B. (2009). Knowledge, wisdom and intellectual leadership: A question of the future and knowledge-based sustainability. *International Journal of Learning and Intellectual Capital*, 6(1–2), 52–70. doi:10.1504/IJLIC.2009.021720
- Den Hartog, D. N. ve de Hoogh, A. H. B. (2009). Empowering behaviour and leader fairness and integrity: Studying perceptions of ethical leader behaviour from a levels-of-analysis perspective. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 18(2), 199–230. doi:10.1080/13594320802362688
- Doraiswamy, I. R. (2012). Servant or Leader? Who will stand up please? *International Journal of Business and Social Science*, 3(9), 178–183.
- Ervay, S. (2006). Academic Leadership in America's Public Schools. *NASSP Bulletin*, 90(2), 77–86. doi:10.1177/0192636506290175
- Farling, M. L., Stone, A. G. ve Winston, B. E. (1999). Servant leadership: Setting the stage for empirical research. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 6(1–2), 49–72. doi:10.1177/107179199900600104
- Greenleaf, R. K. (1970). *Servant leadership: A journey into the nature of legitimate power and greatness* (Paulist Pr.). New Jersey.
- Gronn, P. (2000). Distributed Properties. *Educational Management & Administration*, 28(3), 317–338. doi:10.1177/0263211x000283006
- Gronn, P. (2002). Distributed leadership as a unit of analysis. *Leadership Quarterly*, 13(4), 423–451. doi:10.1016/S1048-9843(02)00120-0
- Hafeez, K., Malak, N. ve Zhang, Y. B. (2007). Outsourcing non-core assets and competences of a firm using analytic hierarchy process. *Computers and Operations Research*, 34(12), 3592–3608. doi:10.1016/j.cor.2006.01.004
- Harker, P. T. ve Vargas, L. G. (1987). Theory of Ratio Scale Estimation: Saaty's Analytic Hierarchy Process. *Management Science*, 33(1), 1383–1403.
- Hosking, D. M. (1988). Organizing, Leadership and Skilful Process. *Journal of Management Studies*, 25(2), 147–166.
- Hu, S. (2011). Scholarship Awards, Student Engagement, and Leadership Capacity of High-Achieving Low-Income Students of Color. *The Journal of Higher Education*, 82(5), 511–534. doi:10.1080/00221546.2011.11777216
- Huang, T. C. K., Chen, Y. L. ve Chang, T. H. (2015). A novel summarization technique for the support of resolving multi-criteria decision making problems. *Decision Support Systems*, 79, 109–124. doi:10.1016/j.dss.2015.08.004
- Hussain, H. K., Talib, N. A. ve Shah, I. M. (2014). Exploring the impact of transformational leadership on process innovation and product innovation: A case of Iraqi public universities. *Asian Social Science*, 10(21), 168–174. doi:10.5539/ass.v10n21p168
- İsfahani, A. N., Sabhani, M., Pol, J. K. ve Amani, M. (2015). Analysis of the effect of spiritual leadership and its consequences on organizational performance by using a balanced scorecard in small and medium enterprises in Isfahan. *Scientific Journal of Organizational Culture Management*, 13(1), 247–265. doi:https://dx.doi.org/10.22059/jomc.2015.53302
- Jaser, Z. (2021). The connecting leader. Aligning leadership theories to managers' issues. *Leadership*, 17(3), 376–382. doi:10.1177/1742715020981188

- Jones, D. ve Rudd, R. (2008). Transactional, Transformational, or Laissez-Faire Leadership: an Assessment of College of Agriculture Academic Program Leaders' (Deans) Leadership Styles. *Journal of Agricultural Education*, 49(2), 88–97. doi:10.5032/jae.2008.02088
- Kezar, A. ve Lester, J. (2009). Supporting faculty grassroots leadership. *Research in Higher Education*, 50(7), 715–740. doi:10.1007/s11162-009-9139-6
- Khan, M. M., Mubarik, M. S., Ahmed, S. S., Islam, T. ve Khan, E. (2022). The contagious servant leadership: exploring the role of servant leadership in leading employees to servant colleagueship. *Leadership and Organization Development Journal*, 43(6), 847–861. doi:10.1108/LODJ-06-2021-0305
- Koen, M. P. ve Bitzer, E. M. (2010). Academic leadership in higher education: A participative perspective from one institution. *Academic Leadership*, 8(1). doi:10.58809/ufqd3521
- Kotter, J. P. (2002). What leaders really do. *MPT Metallurgical Plant and Technology International*. <https://hbr.org/2001/12/what-leaders-really-do> adresinden erişildi.
- Kouzes, James M.; Posner, B. Z. (2003). The Five Practices Exemplary Leadership. *pfeiffer, A Wiley Imprint*, 1–14. [www.pfeiffer.com](http://www.pfeiffer.com) adresinden erişildi.
- Krishnan, V. R. (2002). Transformational Leadership and Value System Congruence. *International Journal of Value - Based Management*, 15(1), 19–33. <http://proquest.umi.com/pqdlink?did=403890291&Fmt=7&clientId=20806&RQT=309&VName=PQD> adresinden erişildi.
- Krishnan, V. R. (2005). Transformational leadership and outcomes: Role of relationship duration. *Leadership and Organization Development Journal*, 26(6), 442–457. doi:10.1108/01437730510617654
- Kwiesielewicz, M. ve Uden, E. Van. (2004). Inconsistent and contradictory judgements in pairwise comparison method in the AHP. *Computers and Operations Research*, 31(5), 713–719. doi:10.1016/S0305-0548(03)00022-4
- Lester, J. ve Kezar, A. (2012). Faculty grassroots leadership: Making the invisible visible. *Journal of the Professoriate*, 6(2), 98–129.
- Lunenburg, F. C. (2011). Leadership versus Management: A Key Distinction At Least in Theory Fred. *International Journal of Management, Business And Administration*, 14(1), 591.
- Ly, P. T. M., Lai, W. H., Hsu, C. W. ve Shih, F. Y. (2018). Fuzzy AHP analysis of Internet of Things (IoT) in enterprises. *Technological Forecasting and Social Change*, 136(April), 1–13. doi:10.1016/j.techfore.2018.08.016
- Macfarlane, B. (2011). Prizes, pedagogic research and teaching professors: Lowering the status of teaching and learning through bifurcation. *Teaching in Higher Education*, 16(1), 127–130. doi:10.1080/13562517.2011.530756
- Martinez, J. (2014). Leadership: Theory and Practice. *Journal of Educational Administration*, 52(1), 139–142. doi:10.1108/jea-08-2013-0093
- McCaffery, P. (2018). *The Higher Education Manager's Handbook: Effective Leadership and Management in Universities and Colleges: Third edition. The Higher Education Manager's Handbook: Effective Leadership and Management in Universities and Colleges: Third edition.* doi:10.4324/9781351249744
- Morrill, R. L. (2007). *Strategic Leadership Integrating Strategy and Leadership in Colleges and Universities.* (S. Slesinger, Ed.). New York: Rowman & Littlefield.
- Murphy, J., Elliott, S. N., Goldring, E. B. ve Porter, A. C. (2009). Leaders for Productive Schools. *International Encyclopedia of Education, Third Edition*, (2), 746–751. doi:10.1016/B978-0-08-044894-7.00461-9
- Niewiesk, S. ve Garrity-Rokous, E. G. (2021). The academic leadership framework: A guide for

- systematic assessment and improvement of academic administrative work. *Global Business and Organizational Excellence*, 40(4), 50–63. doi:10.1002/joe.22083
- Omolayo, B. (2007). Effect of Leadership Style on Job-Related Tension and Psychological Sense of Community in Work Organizations: A Case Study of Four Organizations in Lagos. *Bangladesh e-Journal of Sociology*, 4(2), 30–37. [http://www.bangladeshsociology.org/Effect of Leadership Style4.2.pdf](http://www.bangladeshsociology.org/Effect%20of%20Leadership%20Style4.2.pdf) adresinden erişildi.
- Rafferty, A. E. ve Griffin, M. A. (2004). Dimensions of transformational leadership: Conceptual and empirical extensions. *Leadership Quarterly*, 15(3), 329–354. doi:10.1016/j.leaqua.2004.02.009
- Rowley, D. J. ve Sherman, H. (2003). The special challenges of academic leadership. *Management Decision*, 41(10), 1058–1063. doi:10.1108/00251740310509580
- Saaty, T. L. (1986). Axiomatic Foundation of the Analytic Hierarchy Process. *Management Science*, 32(7), 841–855.
- Saaty, T. L. (1990). How to make a decision: The analytic hierarchy process. *European Journal of Operational Research*, 48(1), 9–26. doi:10.1016/0377-2217(90)90057-I
- Saaty, T. L. (1996). Decision Making with Dependence and Feedback: The Analytic Network Process. *RWS Publications, 1996, ISBN 0-9620317-9-8* içinde (s. 370). <http://www.rwspublications.com/books/anp/decision-making-with-dependence-and-feedback/> adresinden erişildi.
- Saaty, T. L. (1999). Fundamentals of the analytic network process. *Proceedings of the ISAHIP 1999*, 12(14), 1–14. doi:10.1007/s11518-006-0158-y
- Saaty, T. L. (2008). Decision making with the Analytic Hierarchy Process. *Int. J. Services Sciences*, 1(1), 83–98.
- Saaty, T. L. ve Vargas, L. (2012). *Models, methods, concepts & applications of the analytic hierarchy process. ... -Driven Demand and Operations Management Models* (C. 175). doi:10.1007/978-1-4614-3597-6
- Shahmandi, E., Silong, A. D., Ismail, I. A., Samah, B. B. A. ve Othman, J. (2011). Competencies, Roles and Effective Academic Leadership in World Class University. *International Journal of Business Administration*, 2(1). doi:10.5430/ijba.v2n1p44
- Sosik, J. J. (2000). The Role of Personal Meaning in Charismatic Leadership. *Journal of Leadership Studies*, 7(2), 60–74. doi:10.1177/107179190000700206
- Spears, L. (1996). Reflections on Robert K. Greenleaf and servant-leadership. *Leadership & Organization Development Journal*, 17(7), 33–35. doi:10.1108/01437739610148367
- Spillane, J. P. ve Orlina, E. C. (2005). Investigating Leadership Practice : Exploring the Entailments of Taking a Distributed Perspective . *Leadership and Policy in Schools*, 4(3), 157–176. doi:10.1080/15700760500244728
- Stewart, J. (2006). Transformational leadership: An evolving concept examined through the works of Burn, Bass, Avolio and Leithwood. *Canadian Journal of Educational Administration and Policy*, 54(54), 1–29.
- Stone, A. G., Russell, R. F. ve Patterson, K. (2004). Transformational versus servant leadership: A difference in leader focus. *Leadership & Organization Development Journal*, 25(4), 349–361. doi:10.1108/01437730410538671
- Taylor, S. E., Peplau, L. A. ve Sears, D. O. (2006). *Social Psychology*. (S. Johnson, Ed.) (Twelfth Ed.). London.
- Thompson, J. E. ve Harrison, J. (2000). Competent managers? – The development and validation of a normative model using the MCI standards. *Journal of Management Development*, 19(10), 836–852. doi:10.1108/02621710010357951

- Ualesi, Y. ve Ward, G. (2018). Teachers' attitudes toward teaching science in a New Zealand intermediate school. *Australian Journal of Teacher Education*, 43(6), 35–49.  
doi:10.14221/ajte.2018v43n6.3
- Wind, Y. ve Saaty, T. L. (1980). Marketing Applications of the Analytic Hierarchy Process. *Management Science*. doi:10.1287/mnsc.26.7.641
- Wood, M. (2005). The fallacy of misplaced leadership. *Journal of Management Studies*, 42(6), 1101–1121. doi:10.1111/j.1467-6486.2005.00535.x
- Yang, M. ve Fry, L. W. (2018). The role of spiritual leadership in reducing healthcare worker burnout. *Journal of Management, Spirituality and Religion*, 15(4), 305–324.  
doi:10.1080/14766086.2018.1482562

## Ek-1 Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 29.02.2024-25991



T.C.  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
HAMİDİYE BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Tarihi : 16.02.2024  
Toplantı Sayısı : 2024/2  
Karar Sayısı : 2/27

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunulan Dr. Öğr. Üyesi Betül AKALIN'ın sorumlu, Mehmet Beşir DEMİRBAŞ'ın yardımcı araştırmacı olduğu 24/122 kayıt numaralı "*Akademik Liderlik Modellerinin Değerlendirilmesi: AHP Yaklaşımı*" başlıklı proje önerisi kurulumuzun 16.02.2024 tarihli toplantısında değerlendirilmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.

Doç. Dr. Yasemin AYDIN KARTAL  
Başkan

Prof. Dr. Abubekir ELTAS  
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Eray Metin GÜLER  
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Gamze TEMİZ  
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Esra ÇİKLER  
Öğretim Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Banu BAYRAM  
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Muzaffer AKDOĞAN  
Başkan Yardımcısı

Doç. Dr. Papatya KELEŞ  
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Erhan ALABAY  
Etik Kurul Üyesi

Doç. Dr. Selda RIZALAR  
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe ÖZYAZICI  
Etik Kurul Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Hasan DEMİRCİ  
Öğretim Üyesi

21.02.2024 Memur

Feyzanur SEZGİN

Evrakı Doğrulamak İçin : <https://www.turkiye.gov.tr/sbu-ebys?eD=BSRL4R24BE&eS=25991>

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

	<b>JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT AND LEADERSHIP (JOHMAL)</b> *** <b>SAĞLIK YÖNETİMİ VE LİDERLİK DERGİSİ</b>	
	<b>E-ISSN: 2667-5838</b> Sayı:1, Eylül 2024	<a href="https://dergipark.org.tr/tr/pub/johmal">https://dergipark.org.tr/tr/pub/johmal</a> <b>Issue:</b> 1, September 2024
<b>A STUDY ON DEVELOPING A HEALTH INDEX FOR INTERNATIONAL COMPARISONS<sup>1</sup></b>		
<b>Atf/ to Cite (APA):</b> Ergil, C. ve Çıraklı, Ü. (2024). A Study on Developing A Health Index for International Comparisons, Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL), (1), 83-99.  <b>DOI:</b> <a href="https://doi.org/10.35345/johmal.1524401">https://doi.org/10.35345/johmal.1524401</a>		<b>Ceyhan ERGİL<sup>2</sup></b> <b>Ümit ÇIRAKLI<sup>3</sup></b>

## ABSTRACT

The Health Index is instrumental in determining the status of a country's healthcare sector and assists regulatory authorities in evaluating the effectiveness of health policies. Additionally, it can be used to compare and improve health conditions between countries. The aim of this research is to develop a health index and ascertain its applicability in international comparisons. In this context, 51 different health indicators from 32 countries were classified under health determinants for the years 2000-2020, and sub-dimensions of the desired index were identified. By aggregating the standardized indicator values in each sub-dimension, health index scores were obtained, and findings regarding each sub-dimension and the overall health index for the countries were presented in detail. The research concluded that the developed index model was significant based on the findings of panel data analysis; however, it was determined that the variables within the environmental dimension need to be re-evaluated. The constructed health index model contributes to the literature by serving as a measure that can be used in international health comparisons, lays a foundation for future research, and suggests that a more comprehensive index could be developed if the contributions of the sub-dimensions are determined using advanced statistical methods.

**Keywords:** Health Index, Measurement of Health, International Health Comparisons.

## 1. INTRODUCTION

Indexes, typically created by combining multiple factors, produce a score or value based on the relationships between these factors. For instance, an economic index can be used to assess a country's economic condition and may include factors such as growth rate, unemployment rate, and inflation. While indexes are predominantly used in the field of economics, they also serve as comparative indicators in various other domains, including education, arts, psychology, and health (Bayramoglu and Petekkaya, 2010).

The concept of health, due to its multidimensional and complex nature, is challenging to measure. To compare the health levels of populations in different countries, a standardized health measurement tool is required. In this context, a health index can be developed to comprehensively and standardized measure the health of a population. Health indexes are composite measures that combine various health-related indicators into a single score or value. They can be used to compare the health status of populations both within a country and between countries.

<sup>1</sup> This article is derived from the Master's thesis titled "A Study to Develop a Health Index That Can Be Used in International Comparisons," which was accepted at Yozgat Bozok University, Graduate School of Education, Department of Health Management.

<sup>2</sup>M.Phil. Independent Researcher, [ceyhan.ergil@gmail.com](mailto:ceyhan.ergil@gmail.com) ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8827-1769>

<sup>3</sup>Associate Professor, Department of Health Management, Faculty of Health Sciences, Izmir Bakırçay University, [umit.cirakli@bakircay.edu.tr](mailto:umit.cirakli@bakircay.edu.tr), ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3134-8830>

Consequently, health indexes can identify health inequalities and serve as a reference point in the formulation of public health policies.

Creating a health index for international comparisons is a complex process that brings several challenges. The first challenge is the selection of indicators. While many health-related indicators exist, not all are suitable for international comparisons. The indicators must be comparable across countries. Another challenge is the weighting of these indicators. The weighting process is subjective, and achieving consensus among experts can be difficult. This process needs to be transparent and aligned with the objectives of the index. Calculating the index is also a highly complex task. Various methods can be used to calculate the index, but these methods can yield different results. The choice of method should depend on the characteristics of the indicators and the purposes of the index.

Currently, the Human Development Index (HDI) is considered a measure for identifying health inequalities and differences between regions on an international scale. The HDI is an index used to measure a country's socio-economic development. Its components are education, living standards, and health (Sagar and Najam, 1998; UNDP, 1990). However, the use of life expectancy at birth as the sole indicator for the health component of the HDI is criticized for being inadequate in international health comparisons. This underscores the need for a more comprehensive evaluation of health indicators (Klugman, Rodriguez and Choi, 2011).

## 2. CONCEPTUAL FRAMEWORK

The concept of the index, derived from the French word "index," is a proportional measure calculated to show the changes occurring within a spatial or temporal dimension in the values taken by a specific collective event (Atlas, 2013: 165). An index is a measure that expresses the proportional change occurring in the movements of one or more variables (Özbek et al., 2019: 29).

Initially, indexes were used solely for the proportional measurement of prices, but over time they have become the most important tool for tracking changes in purchasing power and general price levels. Today, the application of indexes has significantly expanded. Various indexes have been developed for the analysis and interpretation of various socio-economic indicators, especially in production, consumption, imports, exports, wages, price movements, commercial activities, development, and health. These include consumer price indexes used to measure inflation, industrial production indexes for assessing production volume, real exchange rate indexes for tracking exchange rate changes, consumer confidence indexes for analyzing consumer confidence and expectations, and the GINI coefficient and Human Development Index for evaluating development and levels of prosperity (Bayramoglu and Petekkaya, 2010: 201).

Indexes are classified into three different categories based on the factor causing variability: temporal and spatial indexes; based on the number of variables they contain: simple and composite indexes; and based on the variability of the examined factors: fixed-base and variable-base indexes (Mazmanoğlu, 2012: 9-13). Temporal indexes express the proportional change in the values considered over a specific time period, while spatial indexes pertain to the change ratio occurring between different locations (Hamilton, 2020: 25). A simple index is used to calculate the change ratio in the value of a single factor over a specific time period, whereas a composite index is necessary when multiple factors are involved to determine the change ratio (Chakrabarty, 2017: 26-27). In fixed-base indexes, a base value is selected from the time series, and the change



ratios in the remaining values are interpreted based on this base value. When the base value varies for each index calculation, the type of index used to express the change ratio is called a variable-base (chain) index (Dou et al., 2022: 4-5).

To minimize the margin of error and obtain more reliable results during the index creation process, the following considerations must be taken into account (BIST, 2013):

- Accurately determining the purpose of the index and the variables it will include,
- Ensuring that the data used is consistent and comparable,
- Selecting samples to be included in the index that are appropriate and accurately representative of the index's objectives,
- Correctly determining the base period,
- Adjusting or fixing the weights assigned to the variables in the index according to changing conditions,
- Selecting and applying the appropriate calculation method.

The Human Development Index (HDI) was first prepared in 1990 by the United Nations Development Programme (UNDP). This index evaluates living conditions worldwide and recommends actions to improve people's living standards. The concept of human development emphasizes the level of access to basic human needs and the role of humans in the development process, considering human values such as freedom and personality. The HDI operates on the understanding that poverty cannot be measured by a single criterion and thus uses composite index methods in poverty measurements. While these methods can change over time, the HDI is widely accepted as the most representative indicator of human development (Sagar and Najam, 1998: 1-2). The HDI is a summary measure of fundamental human development dimensions, emphasizing that the primary criterion for determining a country's level of welfare should be people and their capabilities, rather than economic development alone (UNDP, 2024).

The HDI consists of three fundamental components: health, education, and living standards. The sub-dimensions for these fundamental components are life expectancy at birth, average and expected years of schooling, and gross national income (GNI) per capita (Hidalgo, 2010: 15). As stated in the 1990 Human Development Report, life expectancy at birth is used as an indicator of long and healthy life, which is considered the first component of the HDI. This approach highlights the belief that a long and healthy life is valuable for all people and emphasizes that adequate nutrition and health can enhance the quality of life. Additionally, due to the lack of detailed information on people's health and nutritional status, life expectancy has been accepted as an important component of human development (UNDP, 1990: 11-12).

To measure progress in education, statistics on the average schooling years and expected years of schooling are used. The expected years of schooling indicate the total duration of education that a school-age child is expected to complete, while the average schooling years reflect the average duration of education for individuals aged 25 and above in the society (Zor, 2020: 43-44).

In the living standards component, real GNI per capita is used. A country's control over short-term economic activities and its success in growing its economy in the long term can be measured by GNI. An increase in per capita income can significantly raise the HDI score. This increase can lead to improved purchasing power, and subsequently, improvements in the quality of education

and health. However, a high rate of economic growth in a country does not necessarily mean that all citizens' incomes are rising or that income distribution is improving. Therefore, to accurately measure the living standards dimension, other economic parameters must also be considered (Arisman, 2018: 114).

The Human Development Index (HDI) is calculated by equally combining the scores of all its components: health, education, and living standards, each with an equal weight of one-third. When calculating the scores for these components, they are standardized to fall between 0 and 1 using the following formula (UNDP, 2022: 2):

$$\text{component value} = \frac{\text{actual value} - \text{minimum value}}{\text{maximum value} - \text{minimum value}}$$

For the health component, a minimum value of 20 years and a maximum value of 85 years are set, as there were no countries with a life expectancy below 20 years in the 20th century, and life expectancy at birth exceeds 85 years in countries like Monaco and Hong Kong, China. For the education component, the minimum value is 0 and the maximum value is 18 years for expected years of schooling, and 0 to 15 years for mean years of schooling. After standardizing the values for the two different education indicators, the average of the two standardized values is taken to obtain the education component score. For the living standards component, unlike the other components, the logarithmic function is used during the standardization process. For the GNI per capita adjusted for purchasing power parity, the minimum value is set at \$100 and the maximum value at \$75,000. After obtaining the scores for all components, the geometric mean of the components is calculated using the following formula to obtain the HDI score (UNDP, 2022: 2-5):

$$\text{HDI Score} = \sqrt[3]{I_H + I_E + I_{LS}}$$

As the HDI score approaches 1, the level of development increases, while it decreases as the score approaches 0. Based on the HDI score, countries are classified into four different levels of development: low human development for scores between 0 and 0.479, medium human development for scores between 0.480 and 0.670, high human development for scores between 0.671 and 0.780, and very high human development for scores above 0.780 (Ünal, 2013: 274).

There are serious criticisms in the literature regarding the acceptance of the Human Development Index (HDI) as a measure for evaluating human development. Davies (2009) emphasizes that an increase in Gross Domestic Product (GDP) does not always positively impact human development. While an increase in GDP may raise the HDI score, countries with high GDP often exhibit high levels of poverty and income inequality. According to Vega and Urrutia (2001), environmental factors directly influence human development. Countries with high HDI scores may face issues such as high levels of air and water pollution, deforestation, and inadequate sanitation services. However, the HDI does not include these environmental factors. Klugman, Rodriguez, and Choi (2011) argue that a long life expectancy does not necessarily mean a high quality of life, and a high level of education does not provide information about the quality of education received. Criticisms of the HDI suggest that it primarily measures economic growth and does not adequately consider a country's social, cultural, and ecological development. Moreover, it is criticized for being suitable mainly for developed countries and not fully reflecting the true situation in developing countries, potentially leading to misleading comparisons between countries. Therefore, instead of using the HDI as the sole criterion for measuring human

development, considering different indicators in line with these criticisms could lead to more comprehensive and comparable results.

### **3. RESEARCH METHODOLOGY**

#### **3.1. Aim and Significance of the Study**

The aim of this research is to develop a comprehensive health index that can be used for international comparisons. Existing international indices such as the Human Development Index, Gini Index, Democracy Index, and Economic Complexity Index are commonly used to compare countries based on factors like economic status, educational opportunities, and social policies. However, there is currently no comprehensive health index available for comparing countries' health levels. This study contributes significantly to the literature by presenting a model for a health index that can be utilized in international comparisons. It also serves as a prototype for creating more comprehensive and advanced health index models in the field.

#### **3.2. Data Set and Scope of the Study**

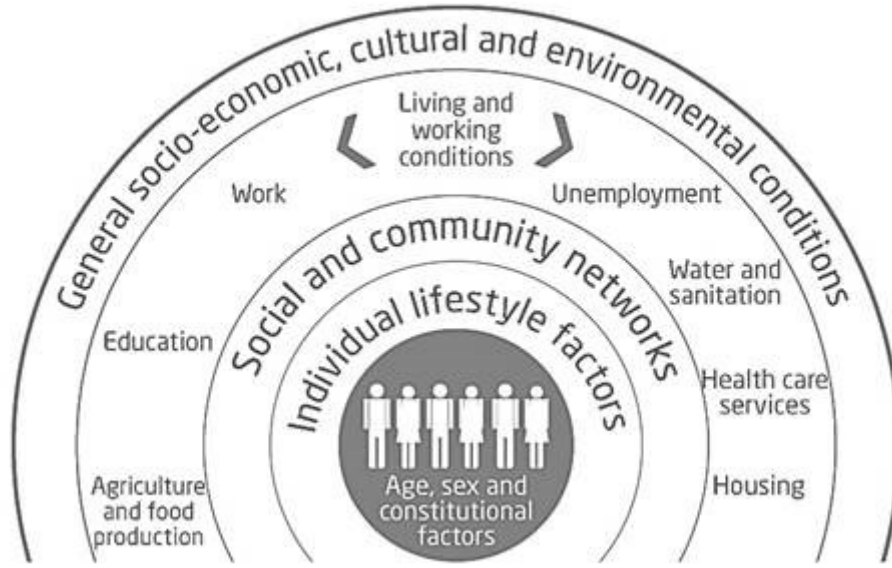
The data set used in the research includes indicators related to health, education, and economy for countries spanning the years 2000-2020. Data were obtained from the World Bank Open Data, Food and Agriculture Organization (FAO), and Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) databases. Instead of imputing missing data using statistical estimation methods, only actual data were used, resulting in a dataset that is free of missing values. The dataset was reorganized by excluding specific countries, years, or indicators as needed to ensure completeness. As a result, the research dataset comprises data from 51 different health indicators across 32 countries within the 2000-2020 timeframe.

In developing the health index model based on the Human Development Index, the following steps were followed: data related to health indicators were classified within the framework of determinant models of health, normalized to ensure consistency, corrected for any negative data identified, and sub-index scores were created. These sub-index scores were then aggregated to derive the overall health index scores. Following the derivation of health index scores and presentation of findings, panel regression analysis was conducted to determine the significance of the model created for the index and to assess the extent to which dimensions affect health index scores.

#### **3.3. Classification of Indicators**

The obtained data were classified based on Dahlgren and Whitehead's (1991) Rainbow Model to determine the sub-dimensions of the health index. This model was developed to assess and improve health status in health and social service fields.

**Figure 1.** Dahlgren and Whitehead's Rainbow Model



**Source:** Dahlgren and Whitehead (1991). Policies and strategies to promote social.

The Rainbow Model defines factors that determine people's health status as physical, psychological, social, and environmental, examining interactions among these factors. Physical factors relate to physical health and bodily functions; psychological factors involve emotional and mental health; social factors encompass social relationships and support; and environmental factors refer to the quality of the living environment and healthy living conditions.

Health indicators data have been classified into seven different groups for the purpose of creating the sub-dimensions of the health index: health outcomes, health services, environmental factors, social factors, education, economic factors, and habits-behaviors.

**Table 1.** Classification of Indicators-1 (Health Outcomes, Health Services, Social Factors, Enviromental Factors)

<u>Health Outcomes</u>	<u>Health Services</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crude death rate (per 1,000 population)</li> <li>• Immunization, DPT (% of children aged 12-23 months)</li> <li>• Immunization, measles (% of children aged 12-23 months)</li> <li>• Tuberculosis incidence rate (per 100,000 population)</li> <li>• Life expectancy at birth, total (years)</li> <li>• Lifetime risk of maternal death</li> <li>• Probability of dying between ages 30 and 70 from cardiovascular disease, cancer, diabetes, or chronic respiratory disease (%)</li> <li>• Mortality rate, adult, female (per 1,000 adult females)</li> <li>• Mortality rate, adult, male (per 1,000 adult males)</li> <li>• Mortality rate, infant (per 1,000 live births)</li> <li>• Mortality rate, infant, female (per 1,000 live births)</li> <li>• Mortality rate, infant, male (per 1,000 live births)</li> <li>• Mortality rate, neonatal (per 1,000 live births)</li> <li>• Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births)</li> <li>• Mortality rate, under-5, female (per 1,000 live births)</li> <li>• Mortality rate, under-5, male (per 1,000 live births)</li> <li>• Number of deaths aged 10-14 years</li> <li>• Prevalence of undernourishment (% of population)</li> <li>• Suicide mortality rate, female (per 100,000 female population)</li> <li>• Suicide mortality rate, male (per 100,000 male population)</li> <li>• Tuberculosis case detection rate (% of all forms)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Current health expenditure (% of GDP)</li> <li>• Current health expenditure per capita (current US\$)</li> <li>• Domestic general government health expenditure (% of current health expenditure)</li> <li>• Domestic general government health expenditure (% of GDP)</li> <li>• Domestic general government health expenditure (% of general government expenditure)</li> <li>• Domestic general government health expenditure per capita (current US\$)</li> <li>• Domestic private health expenditure (% of current health expenditure)</li> <li>• Domestic private health expenditure per capita, PPP (current international \$)</li> <li>• Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure)</li> <li>• Physicians (per 1,000 people)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Social Factors</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crude birth rate, crude (per 1,000 people)</li> <li>• Catastrophic expenditure risk for surgical care (% of people at risk)</li> <li>• Impoverishing expenditure risk for surgical care (% of people at risk)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b><u>Environmental Factors</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CO2 emissions (metric tons per capita)</li> <li>• Forest area (% of land area)</li> <li>• Methane emissions (kt of CO2 equivalent)</li> <li>• Methane emissions in the energy sector (thousand metric tons of CO2 equivalent)</li> <li>• Nitrous oxide emissions (thousand metric tons of CO2 equivalent)</li> <li>• People using at least basic sanitation services (% of population)</li> <li>• People using at least basic sanitation services, rural (% of rural population)</li> <li>• People using at least basic sanitation services, urban (% of urban population)</li> <li>• People using safely managed drinking water services (% of population)</li> </ul>

**Table 2.** Classification of Indicators-2 (Education, Economic Factors, Social Factors, Habits and Behaviors)

<u>Education</u>	<u>Habits and Behaviors</u>
<ul style="list-style-type: none"><li>Adjusted net enrollment rate, primary (% of primary school age children)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Intentional homicides, female (per 100,000 female population)</li><li>Intentional homicides, male (per 100,000 male population)</li></ul>
<u>Economic Factors</u> <ul style="list-style-type: none"><li>Inflation, consumer prices (annual %)</li><li>Unemployment, total (% of total labor force)</li><li>Adjusted net national income (current US\$)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Current prevalence of tobacco use (adults aged 15 and older)</li><li>Obesity prevalence in adult population (18 years and older)</li></ul>

Health outcomes include indicators that are directly indicative of health, have correlations with multiple determinants, or are difficult to assess under a specific health determinant. It is observed that health service data are generally shaped through health expenditures. This situation enables the comparison of countries' investments in the health sector, which is one of the sub-dimensions of the health index to be created. Education, as an important indicator affecting health, has been evaluated separately as a distinct class independent of social factors. Within the education dimension of the index to be created, the enrollment rate expresses the percentage of children enrolled in school at a specific education level in a country. Under environmental factors, there are indicators related to air and water pollution. The environmental sub-dimension of the health index to be created with these variables reveals the situation of countries' levels of air pollution and sanitation services relative to each other.

### 3.4. Standardization of Indicators

Indicators in the dataset contain values on different scales and metrics (e.g., ratios, counts, currency). To eliminate these differences and make indicators comparable, a statistical normalization method called "min-max normalization" has been used.

The formula for min-max normalization is as follows:

$$I_v = \frac{I - \min(I)}{\max(I) - \min(I)}$$

Here,  $I_v$  represents the standardized indicator value,  $I$  represents the original value of the indicator,  $\min(I)$  is the minimum value among countries, and  $\max(I)$  is the maximum value among countries. After applying min-max normalization, the indicator value  $I_v$  falls within the range of  $(I_v) 0 \leq I_v \leq 1$ .

### 3.5. Adjustment of Negative Indicators

Within the scope of the research, some indicator values may indicate a negative health status when they are high, while low values may indicate a positive health status. These types of indicators are referred to as "negative indicators" in the study.

In calculating the index score for negative indicators, if the calculation is done based on the current value of the indicator, the index score may be positively or negatively affected in the opposite direction of what the indicator represents. To address this issue, for all values of negative indicators, the operation "1- standardized negative indicator value" has been applied. This adjustment ensures that the indicator value contributes to the index score in the expected positive or negative direction.

**Table 3.** Negative Indicators

<b>Health Outcomes</b>	<b>Health Services</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crude death rate (per 1,000 population)</li> <li>• Tuberculosis incidence rate (per 100,000 population)</li> <li>• Lifetime risk of maternal death</li> <li>• Adult mortality rate, female (per 1,000 adult females)</li> <li>• Adult mortality rate, male (per 1,000 adult males)</li> <li>• Infant mortality rate (per 1,000 live births)</li> <li>• Infant mortality rate, female (per 1,000 live female births)</li> <li>• Infant mortality rate, male (per 1,000 live male births)</li> <li>• Neonatal mortality rate (per 1,000 live births)</li> <li>• Under-5 mortality rate (per 1,000 live births)</li> <li>• Under-5 mortality rate, female (per 1,000 live births)</li> <li>• Under-5 mortality rate, male (per 1,000 live births)</li> <li>• Number of deaths among 10-14 year olds</li> <li>• Prevalence of undernourishment (percentage of population)</li> <li>• Suicide mortality rate, female (per 100,000 female population)</li> <li>• Suicide mortality rate, male (per 100,000 male population)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Out-of-pocket expenditure (percentage of current health expenditures)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Social Factors</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risk of catastrophic expenditure for surgical care (percentage of at-risk individuals)</li> <li>• Risk of impoverishing expenditure for surgical care (percentage of at-risk individuals)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Environmental Factors</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CO2 emissions (per capita in metric tons)</li> <li>• Methane emissions (kt CO2 equivalent)</li> <li>• Methane emissions in the energy sector (thousand metric tons of CO2 equivalent)</li> <li>• Nitrous oxide emissions (thousand metric tons of CO2 equivalent)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Economic Factors</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unemployment, total (percentage of total labor force)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Habit and Behaviors</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intentional homicides, female (per 100,000 female population)</li> <li>• Intentional homicides, male (per 100,000 male population)</li> <li>• Prevalence of current tobacco use (percentage of adults)</li> <li>• Obesity prevalence in adult population (18 years and older)</li> </ul>

### 3.6. Creation of Sub-Index Scores

After categorizing indicators, standardizing their values, and correcting for negative standardized values, the data have been prepared for the creation of sub-index scores. When calculating the sub-index scores, the standardized indicator values belonging to the same year and category have been summed and divided by the number of indicators in each category. This process results in the sub-index scores for countries within their respective categories.

Mathematically, the sum of  $n$  numbers divided by  $n$  ( $1/n$  ratio) equals the arithmetic mean of those  $n$  numbers. The arithmetic mean approach is preferred in calculating sub-index scores because it provides a practical method for computations.

$$I_s = \frac{\sum I_V}{nI}$$

In the equation,  $I_s$  represents the sub-index score,  $\sum I_V$  denotes the sum of indicator values, and  $nI$  indicates the number of indicators. Sub-indices prepared according to determinants of health carry the same names as these groups.

### 3.7. Creation Of Health Index Scores

After preparing and calculating the scores of the sub-indices, seven different indices have been obtained for each country corresponding to the respective year: health outcomes, health services, environment, social factors, education, economy, and habits and behaviors. Assuming these sub-indices equally influence the level of health, the health index score for a country in a specific year is obtained by summing all its sub-index scores, each weighted by  $1/7$ . The formula for the health index can be expressed as follows:

$$I_{health} = \frac{1}{7} (I_{health\ outcomes} + I_{health\ services} + I_{environment} + I_{social} + I_{education} + I_{behaviors} + I_{economy})$$

With the attainment of health index scores, countries' health levels can be evaluated relative to each other. Comparisons and rankings among countries based on index scores can be made according to the health index sub-dimensions and the overall health index.

## 4. FINDING AND ANALYSIS

### 4.1. Health Index and Sub-Indices Scores



**Table 4.** Scores of Sub-Indices (2020)

Countries	Health Outcomes	Health Services	Environment	Social	Education	Behavior	Economy
Austria	0,80	0,49	0,91	0,76	0,46	0,78	0,55
Belgium	0,78	0,50	0,85	0,78	0,94	0,77	0,56
Canada	0,78	0,50	0,75	0,76	0,96	0,71	0,55
Chile	0,72	0,32	0,89	0,52	0,64	0,57	0,61
Costa Rica	0,70	0,35	0,88	0,60	0,80	0,66	0,49
Czechia	0,81	0,37	0,85	0,80	0,46	0,65	0,64
Denmark	0,83	0,53	0,87	0,80	0,95	<b>0,88</b>	0,64
Estonia	0,80	0,28	0,91	0,41	0,76	0,70	0,43
Finland	0,84	0,44	<b>0,93</b>	0,73	0,94	0,78	0,51
France	0,79	0,52	0,85	0,82	0,95	0,69	0,57
Germany	0,81	0,57	0,84	0,76	0,60	0,78	0,67
Greece	0,82	0,23	0,87	0,68	0,86	0,65	0,34
Holland	0,81	0,50	0,80	0,78	0,93	0,61	0,61
Hungary	0,72	0,23	0,84	0,63	0,84	0,62	0,67
Iceland	<b>0,91</b>	0,49	0,84	0,75	0,95	0,82	0,59
Ireland	0,87	0,46	0,57	0,83	0,97	0,75	0,58
Italy	0,82	0,38	0,89	0,66	0,77	0,84	0,55
Latvia	0,68	0,21	0,72	<b>0,09</b>	0,79	<b>0,43</b>	0,39
Lithuania	0,64	0,26	0,74	0,52	0,93	0,63	0,39
Luxembourg	0,89	0,41	0,78	0,79	0,93	0,69	0,49
Mexican	<b>0,24</b>	<b>0,15</b>	0,51	0,79	0,92	0,45	0,61
New Zeland	0,81	0,48	0,89	0,84	<b>1,00</b>	0,84	0,54
Norway	0,90	0,60	0,84	0,78	0,97	0,83	<b>0,67</b>
Poland	0,67	0,26	0,82	0,77	0,87	0,81	0,58
Portugal	0,83	0,34	0,90	0,69	0,72	0,79	0,49
Slovak Republic	0,71	0,30	0,85	0,80	<b>0,00</b>	0,66	0,43
Spain	0,85	0,38	0,90	0,67	0,88	0,81	0,41
Sweden	0,88	0,55	0,92	0,82	0,96	0,79	0,61
Switzerland	0,84	0,49	0,91	0,77	0,97	0,80	0,64
Türkiye	0,62	0,20	0,84	0,92	0,75	0,62	<b>0,20</b>
United Kingdom	0,80	0,50	0,84	0,80	<b>0,94</b>	0,84	0,61
United States of America	0,64	<b>0,75</b>	<b>0,48</b>	0,81	0,90	0,50	0,66

When examining the scores of sub-dimensions of the health index, it is observed that Mexico has the lowest scores in health outcomes and health services (0.24 and 0.15, respectively). Iceland has the highest score in health outcomes (0.91), while the United States leads in health services with the highest score of 0.75. Regarding environmental factors, the United States has the lowest score (0.48), while Finland has the highest score (0.93). Turkey holds the highest score in social factors (0.92), whereas Latvia has the lowest score (0.09). New Zealand ranks highest in education dimension, while Slovak Republic has the lowest score. Denmark scores highest in behavior and habits dimension (0.88), with Latvia scoring the lowest (0.43). Turkey has the lowest score in economic factors (0.20), whereas Norway has the highest score (0.67).

**Table 5. Health Index Scores**

Countries/Years	2000	2005	2010	2015	2020
Austria	0,66	0,64	0,63	0,66	0,68
Belgium	0,73	0,70	0,72	0,72	0,74
Canada	0,74	0,73	0,72	0,72	0,72
Chile	0,61	0,60	0,62	0,62	0,61
Costa Rica	0,64	0,63	0,65	0,65	0,64
Czechia	0,56	0,60	0,61	0,62	0,65
Denmark	0,76	0,75	0,73	0,76	0,79
Estonia	0,48	0,54	0,56	0,55	0,61
Finland	0,73	0,73	0,73	0,74	0,74
France	0,73	0,76	0,74	0,74	0,74
Germany	0,62	0,64	0,65	0,67	0,72
Greece	0,67	0,66	0,66	0,66	0,67
Holland	0,77	0,74	0,73	0,71	0,72
Hungary	0,60	0,63	0,60	0,61	0,65
Iceland	0,76	0,76	0,74	0,75	0,76
Ireland	0,71	0,73	0,73	0,72	0,72
Italy	0,75	0,76	0,76	0,72	0,70
Latvia	0,47	0,47	0,45	0,45	0,47
Lithuania	0,48	0,49	0,52	0,55	0,59
Luxembourg	0,73	0,73	0,68	0,69	0,71
Mexican	0,56	0,59	0,54	0,52	0,52
New Zealand	0,64	0,75	0,75	0,74	0,77
Norway	0,78	0,78	0,78	0,79	0,80
Poland	0,59	0,59	0,62	0,69	0,68
Portugal	0,72	0,73	0,72	0,68	0,68
Slovak Republic	0,58	0,51	0,52	0,52	0,54
Spain	0,72	0,74	0,72	0,72	0,70
Sweden	0,77	0,74	0,77	0,79	0,79
Switzerland	0,78	0,77	0,77	0,78	0,77
Türkiye	0,54	0,57	0,57	0,58	0,59
United Kingdom	0,75	0,76	0,74	0,77	0,76
United States of America	0,65	0,69	0,66	0,65	0,68

When examining the health index scores for the year 2020, which is the most recent year covered in the research, Latvia has the lowest score (0.47), while Norway has the highest score (0.80). Throughout past years, Latvia consistently has had the lowest score. Norway consistently ranks highest in scores across all years. In the year 2000, Switzerland and in 2015, Sweden achieved the same score as Norway. There is no year among the countries that involves a common change in a positive or negative direction. New Zealand showed the largest positive change (0.11) over the previous 5-year period, occurring between 2000 and 2005. The largest negative score change (-0.07) occurred during the same period in the Slovak Republic.

**Table 6.** Health Index Scores by Country's Health System Model

HEALTH SYSTEM MODEL	COUNTRY	2020 HEALTH INDEX SCORE
<b>Private Enterprise</b>	USA	<b>0,68</b>
	Germany	0,72
<b>Welfare Oriented</b>	Belgium	0,74
	Czechia	0,65
	Estonia	0,61
	France	0,74
	Holland	0,72
	Switzerland	0,77
	Canada	0,72
	Latvia	0,47
	Lithuania	0,59
	Luxembourg	0,71
	Hungary	0,65
	Mexican	0,52
	Portugal	0,68
	Türkiye	0,59
	Greece	0,63
	<b>Average Score</b>	<b>0,66</b>
	<b>Comprehensive</b>	United Kingdom
Denmark		0,79
Finland		0,74
Ireland		0,72
Spain		0,70
Sweden		0,79
Italy		0,70
Poland		0,68
New Zeland		0,77
<b>Average Score</b>		<b>0,74</b>

When examining the average health index scores of countries based on their health system models, it is observed that the inclusive health system model has the highest average score (0.74), while the welfare-oriented health system model has the lowest (0.66). The difference in average scores between the welfare-oriented health system and the private enterprise health system (0.02) is quite minimal. In the inclusive model, Denmark and Sweden have the highest health index scores (0.79), whereas Poland has the lowest score (0.68). Regarding the health index scores of countries applying the welfare-oriented health system model, Latvia is observed to have the lowest score (0.47), and Switzerland the highest (0.77).

#### 4.2. Panel Data Analysis Findings

The data used in the research spans the period from 2000 to 2020, and the type of data is annual. The study includes 32 countries. In the research, there is one dependent variable and seven independent variables. The dependent variable of the study is the health index variable, while the independent variables are health outcomes, healthcare services, environment, social factors, education, behavior, and economic variables. The econometric models planned to be developed within the scope of the research are represented by the following equations:

$$\Delta HEINDEX_{it} = C + \sum_{j=1}^{pi} \lambda_{ij} \Delta HEOUTCOME_{x_{i,t-j}} + \sum_{j=0}^{qi} \delta_{ij} \Delta HESERV_{x_{i,t-j}} + \sum_{j=0}^{qi} \varphi_{ij} \Delta ENV_{i,t-j} + \sum_{j=0}^{qi} \theta_{ij} \Delta SO_{x_{i,t-j}} + \sum_{j=0}^{qi} \theta_{ij} \Delta EDU_{x_{i,t-j}} + \sum_{j=0}^{qi} \theta_{ij} \Delta BEH_{x_{i,t-j}} + \sum_{j=0}^{qi} \theta_{ij} \Delta ECO_{x_{i,t-j}} + \varepsilon_{it}$$

As seen in the equation, the dependent variables used in the models within the scope of the research are on the left side of the equations. On the right side of the equations are the independent variables and control variables. The symbols on the right side of the equation represent: c for the constant term, i for the cross-sectional unit, t for the time variable,  $\epsilon$  for the error term, and  $\lambda$  for the coefficients of the independent variables. In the developed model, to identify whether there are variables that might cause multicollinearity issues, the Variance Inflation Factor (VIF) values for each variable were calculated. The fact that all VIF values for the variables are below the critical value of “4” indicates that the variables in the model do not have multicollinearity issues.

Following the examination of the multicollinearity problem, the next step is to determine the appropriate data model for the panel. After conducting the F-test, it was found that the model to be developed is not suitable for the pooled panel approach. The Hausman test results indicated that the most suitable panel approach for the model is the random effects approach. To determine whether the model meets the panel's basic assumptions, autocorrelation tests, heteroscedasticity tests, and cross-sectional dependence tests were performed; it was found that the model has issues with autocorrelation, cross-sectional dependence, and heteroscedasticity. To address the fundamental assumption problems encountered in the models, the Driscoll and Kraay estimator was used.

**Table 7.** Panel Data Analysis Results of the Health Index with Driscoll-Kraay Standard Errors Model

Dependent Variable: Model 1 HEINDEKS				
Period: 2000-2020				
Cross-section: 32				
Total Number of Observations: 640				
Variable	Coefficient	Driscoll/Kraay Standard Error	t-Statistic Value	Probability Value
Environment	0.2183429	0.2381656	0.92	0.371
Economy	0.0345335	0.0164186	2.10	0.049
Health Services	0.1456909	0.0323401	4.50	0.000
Health Outcomes	0.1899426	0.0420251	4.52	0.000
Social	0.0804572	0.0404608	1.99	0.061
Education	0.1218404	0.0050573	24.09	0.000
Behaviors	0.2356344	0.0261011	9.03	0.000
C	0.4067286	0.0161919	25.12	0.000
R <sup>2</sup> : 0.76	F-statistic: 431.30		Prob (F-Statistic): 0.000	

In the table related to panel data results, the panel regression outcomes of the model developed within the scope of the research are presented. Before reaching the regression results, the model's compliance with basic assumptions was examined. It was identified that Model 1 had issues with autocorrelation, heteroscedasticity, and cross-sectional dependence. To address these issues and ensure the accuracy of the final findings, robust estimators were used. As a result, the final outcomes are free from basic assumption problems. The F-statistic value indicates that the model is significant at the 1% significance level. Additionally, the R<sup>2</sup> value, which determines the explanatory power of the independent variables on the dependent variable, was found to be 76%. This indicates that the model has a high success rate in explaining the dependent variable.

When examining the findings related to the variables in the model, it is projected that a 1-unit increase in the index value of the economic dimension will increase the health index value by 0.03 units. A 1-unit increase in the index value of the healthcare services dimension is expected to lead to a 0.14 unit increase in the health index value. Each 1-unit increase in the index value of the health outcomes dimension is expected to increase the health index value by 0.18 units, while each 1-unit increase in the index value of the social indicators dimension is projected to increase the health index value by 0.08 units. Each 1-unit increase in the index value of the education dimension is expected to increase the health index value by 0.12 units, while each 1-unit increase in the index value of the behavior dimension is projected to increase the health index value by 0.23 units.

When the analysis results are examined under the assumption that the sum of the coefficients of the sub-dimensions is 100, the behavior dimension has the most significant impact on the index at 23%. The behavior dimension is followed by the environment at 21%, health outcomes at 18%, healthcare services at 14%, education at 12%, social dimension at 8%, and economy at 3%. While the overall model created for the health index is significant, it is also necessary to re-evaluate the variables that constitute the environment, one of the sub-dimensions.

## 5. CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

International health comparisons enable the analysis and comparison of health status and outcomes across different countries. These comparisons are crucial for identifying the strengths and weaknesses of health systems and determining appropriate health policies. They also play a significant role in guiding how resources can be more effectively utilized in the delivery of healthcare services, thus contributing greatly to the improvement of health inequalities.

Within the scope of the research, the developed health index includes sub-indices such as health outcomes, which generally encompass death rates based on demographic factors. Iceland achieves the highest score in these indicators, while Mexico is identified as the country with the lowest score. Death rates serve as direct health indicators, with Mexico having the highest life-threatening rate among the other countries in the index, and Iceland having the lowest. Indicators in the healthcare services sub-index are typically related to healthcare expenditures. According to 2020 data, the United States invests more in healthcare services compared to other countries, whereas this investment level is significantly lower in Mexico.

When examining the education sub-index, the country with the highest percentage of children not attending primary school is Slovakia, whereas the lowest is New Zealand. The environmental sub-index includes countries' rates of air pollution and sanitation services. In this context, the United States posed the greatest threat to human health from air and water resources in 2020,

while Finland posed the least threat. The habits and behaviors dimension encompasses the effects of individual behaviors on personal health. According to this dimension, Latvia exhibits the highest tendency to harm its own health, while Denmark exhibits the lowest.

According to the Health Index 2020 scores, Sweden has been identified as the country with the most advanced health status. Norway and Denmark have also achieved high scores. The lowest health development has been observed in countries such as Slovakia, Mexico, and Latvia. The 70% score difference between Sweden and Latvia illustrates the extent of health inequality between countries.

The research concludes that the developed health index model is significant. However, to determine the contributions of the sub-dimensions of the index, weighting is necessary. Particularly, it is suggested that environmental variables be reshaped using advanced statistical methods and expert opinions to create a more comprehensive and reliable index for international comparisons. The index developed within the research is expected to serve as a foundation for future studies in similar fields.

## REFERENCES

- Arisman, A. (2018). Determinant Of Human Development Index In ASEAN Countries. *Signifikan*, 7 (1), 113-122.
- Atlas, M. (2013). Zaman Serileri Analizi. Şıklar, E. ve Özdemir, A. (Ed). İstatistik-II. (p. 138-159). Ankara: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Bayramoğlu, M. F., and Pekkaya, M. (2010). İMKB Tarafından Hesaplanan Endekslerde Yeni Gelişmeler ve İMKB Şehir Endeksleri. *Muhasebe ve Finansman Dergisi* (45), 200-215.
- BIST (2013). Cevaplarla Borsa ve Sermaye Piyasası., [https://www.borsaistanbul.com/data/kilavuzlar/Cevaplarla\\_Borsa\\_ve\\_Sermaye\\_Piyasasi.pdf](https://www.borsaistanbul.com/data/kilavuzlar/Cevaplarla_Borsa_ve_Sermaye_Piyasasi.pdf) Access Date: Retrieved 10.04. 2023
- Chakrabartty, S. N. (2017). Composite Index: Methods And Properties. *Journal Of Applied Quantitative Methods*, 12(2), 25-33.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social.
- Davies, A. (2009). Human Development And The Optimal Size Of Government. *The Journal Of Socio-Economics*, 38(2), 326-330.
- De La Vega, M. L., And Urrutia, A. M. (2001). HDPI: A Framework For Pollution-Sensitive Human Development Indicators. *Environment, Development And Sustainability*, 3, 199-215.
- Dou, K., Li, J., and Zhou, Y. (2022). Research On Design And Monitoring Of A Development Index Of An Industrial İnternet Platform Based On A Fixed-Base İndex Method. *Electronics*, 11(2), 274.
- Hamilton, J. D. (2020). *Time series analysis*. Princeton university press.
- Hidalgo, C. A. (2010). *Graphical statistical methods for the representation of the human development index and its components*. UNDP.
- Klugman, J. Rodríguez, F. and Choi, H. J. (2011). The HDI 2010: New Controversies, Old Critiques. *The Journal of Economic Inequality*, (39), 249-288

- Mazmanoğlu, A. (2012). İktisat ve İşletmede İstatistiksel Anlamda İndeksin Önemi ve Hesaplama Teknikleri Üzerine Bir Açıklama. *Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Dergisi*, (26), 3-22.
- Özbek, G. B., Aycan, B. B., and Bilgen, U. (2019). Katılım Bankacılığının ve Katılım Endeksinin Sağladığı Getiriler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Turkuaz Uluslararası Sosyo-Ekonomik Stratejik Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 39-48.
- Sagar, A. D., and Najam, A. (1998). The human development index: a critical review. *Ecological economics*, 25(3), 249-264.
- Ünal, Ç. (2013). Avrupa Birliğine Üyelik Sürecinde Türkiye'nin Seçilmiş Endeks Göstergeleri. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17(3), 271-289.
- UNDP Human Development Reports. (2024). Human Development Index: Technical notes. [https://hdr.undp.org/sites/default/files/2021-22\\_HDR/hdr2021-22\\_technical\\_notes.pdf](https://hdr.undp.org/sites/default/files/2021-22_HDR/hdr2021-22_technical_notes.pdf)  
Access Date: Retrieved 09.06.2024
- UNDP. (1990). *Human Development Report*. Oxford University Press.
- Zor, A. (2020). İnsani Gelişme Endeksi ve Türkiye, *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi* (7), 38-52.

	<b>JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT AND LEADERSHIP (JOHMAL)</b> <b>***</b> <b>SAĞLIK YÖNETİMİ VE LİDERLİK DERGİSİ</b>	
	<b>E-ISSN: 2667-5838</b> <a href="https://dergipark.org.tr/tr/pub/johmal">https://dergipark.org.tr/tr/pub/johmal</a>	<b>Paper Type:</b> Research Paper, <b>Makale Türü:</b> Araştırma Makalesi
<b>Sayı:</b> 1, Eylül 2024	<b>Issue:</b> 1, September 2024	<b>Received Date / Geliş Tarihi:</b> 03.09.2024 <b>Accepted Date / Kabul Tarihi:</b> 13.09.2024
<b>RESEARCHING THE LEVELS OF RATIONAL DRUG USE OF INDIVIDUALS*</b>		
<b>Atıf/ to Cite (APA):</b> Çetkin, S.and Çetin, E. (2024) Researching the Levels of Rational Drug Use of Individuals. Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL),(1), 100-110.  <b>DOI:</b> <a href="https://doi.org/10.35345/johmal.1542131">https://doi.org/10.35345/johmal.1542131</a>		<b>Simge ÇETKİN**</b>  <b>Emine ÇETİN***</b>

### ABSTRACT

The aim of this study is to determine the rational drug use levels of the members of the society, which are important components of rational drug use, and the factors affecting the level of rational drug use. The research was designed as a cross-sectional type of field research. The population of the study consists of adults aged 18 and over living in Turkey. The research was conducted with 441 volunteer data. The research data were collected with a questionnaire form consisting of questions about the descriptive characteristics of the participants and the Rational Drug Use Scale. In the analysis of the data, descriptive statistics, Mann-Whitney U test, and Kruskal Wallis tests were used. 65.53% of the participants were female, 63.27% were single, and the mean age was 33.04±13.417. 88.21% of the participants received a scale score of 35 and above, and the average score was 38.08±3.554. The mean scores obtained from the scale, differ significantly according to the employment and income status of the participants, the presence of chronic diseases, and health education. It has been concluded that it is possible to increase the rational drug use level of the society with macroeconomic policies. Increasing employment rates and income levels; It is expected that providing education throughout the society, especially for patients, mothers/women and school-age children, will increase the level of rational drug use.

**Keywords:** Rational drug use, Rational drug use scale, drug users, Turkey.

### 1.INTRODUCTION

Medications are the main component of the treatment of many acute and chronic diseases (Ryan & Hill, 2016) and they play a critical role in treating patients and saving lives (Angamo et al., 2011). With the increase in the diversity of diseases and population, there is an increase in the use of drugs for the treatment, prophylaxis and diagnosis of diseases (Ryan & Hill, 2016). Purposes such as treatment or prevention of diseases, relieving symptoms and relieving pain can be achieved when drugs are used correctly (AL Qamariat, 2021). Proper prescription of drugs, which are very important for individual and public health, by physicians (Duta, 2019) and is expected to be used appropriately by patients. However, World Health Organization (WHO) reports and independent study findings show that there are significant problems in this regard (Dutta, 2019; Mekonnen et al., 2021; Ryan & Hill, 2016; World Health Organization, 2024). The WHO states that more than half of all medicines are improperly prescribed, dispensed or sold, and half of patients do not use medicines correctly (World Health Organization-WHO, 2024).

\* The ethics committee permission was obtained from İzmir Bakırçay University Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee dated 08.05.2024 and numbered 1582 decision.

\*\* Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi, İzmir Bakırçay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, [simgee.cetkinn@gmail.com](mailto:simgee.cetkinn@gmail.com). 0009-0000-4259-2487.

\*\* Doç. Dr. İzmir Bakırçay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, [cerinemine@gmail.com](mailto:cerinemine@gmail.com). 0000-0003-4326-2070.



Problems related to drugs are defined within the framework of rational drug use. Instead of the concept of rational drug use; Expressions such as responsible use of medicines and prescribing efficiently are also used synonymously (Kshirsagar, 2016). WHO defines rational drug use as "Patients receiving medicines appropriate to their clinical needs, at doses that meet their individual needs, for an adequate period of time, and at the lowest cost for themselves and their communities" (World Health Organization, 2002). According to this definition; the right drugs with quality, safety and effectiveness; It should be accessible, affordable and marketed correctly, and the infrastructure should be suitable for the individual and society (Kshirsagar, 2016). More general explanations of the elements of rational drug use include: 1) appropriate indication based on accurate medical evaluation; 2) appropriate medication, based on efficacy, safety, affordability, and suitability for the patient; 3) Proper dosage, duration of administration and treatment; 4) proper selection of patients on the basis of the absence of contraindications and minimal likelihood of side effects; 5) appropriate drug information for patients, and 6) patient adherence to treatment (Poudel & Nissen, 2018). The main goal of rational drug use is to minimize the cost of drug therapy, prevent preventable adverse drug reactions and drug interactions, and improve the quality of treatment while promoting patient compliance (Mekonnen et al., 2021).

Irrational drug use, which is the opposite of rational drug use, can be defined as the use of drugs in a way that does not comply with the rational use rules defined above (World Health Organization, 2002). Common types of irrational use include failure to prescribe, dispense, and use medications in accordance with guidelines, using too many medications, inappropriate use of antibacterials (antibiotics), overuse where not needed, underuse where necessary, underuse for chronic diseases, overuse of injections, and use of expensive, low-potent, low-safety drugs (Kshirsagar, 2016), the use of too many drugs per patient (polypharmacy), patients taking prescription drugs on their own (self-medication) and using them inappropriately, and not adhering to dosage regimens (World Health Organization, 2024). In addition, irrational drug use has been defined as the use of a particular drug that carries more risk of harm than benefit, especially when safer and more effective options are available for the same condition (Poudel & Nissen, 2018; Spinewine et al., 2007).

While the rational use of drugs increases the quality of health services, irrational use leads to significant problems (World Health Organization, 2006). Irrational drug use is harmful at both individual and societal levels. It leads to unsafe and ineffective treatment, prolongs the duration of the disease, poses a danger to the patient increases treatment costs, and causes the worsening of the disease (Mekonnen et al., 2021). Increased drug side effects can have significant negative effects on patient confidence due to decreased quality of treatment, increased morbidity and mortality, and poor health outcomes (Poudel & Nissen, 2018).

The irrational use of drugs causes a huge financial burden for the patient, the community and the overall health system. In addition to not providing the expected benefit from the expenditures on drugs, additional expenditures may be needed for the treatment of negative health outcomes. In addition, other non-essential medicines such as multivitamins, tonics and cough syrups, which have limited health effects, are prescribed in excessive amounts in developing countries (Garg et al., 2014). Excessive spending on these products is based on essential medicines, which are defined as medicines that meet the priority health care needs of the community (World Health Organization, 2006) and reducing the resources that can be allocated to vaccines and the consumption expenditures of households. It is reported that more than half of the total drug expenditure in Nepal is due to irrational drug use. In India, it was reported that 69.2% of drug expenditures in the private sector and 55.4% of waste in the public sector were due to irrational drug use (Poudel & Nissen, 2018).

In addition to the problems caused by the irrational use of drugs, the inappropriate use of antibiotics causes antibiotic resistance, which is an important public health problem (Chokshi et al., 2019). The Indian study found that more than 60% of prescriptions were inappropriately prescribed antibiotics. Inappropriate prescribing practices include prescribing in cases of viral diarrhoea where simple fluid replacement works better, long-term use of postoperative antibiotics, and the use of broad-spectrum, next-generation antibiotics in cases where simpler forms are sufficient. In addition, the inadequacy of the doses and duration of antibiotics or the tendency of patients to stop taking the drug shortly after providing relief causes an increase in antibiotic resistance (Garg et al., 2014). On the other hand, in most developing countries, there is little regulation on the retail sale of medicines. The easy availability of antibiotics is probably one of the biggest contributors to antibiotic resistance. Antibiotics are often available without a doctor's prescription, which contributes to the overuse of antibiotics due to self-medication and prescription by unqualified health workers (Chokshi et al., 2019).

## **2.FACTORS AFFECTING THE RATIONAL USE OF DRUGS**

There are many factors that contribute to the rational or irrational use of drugs, and these factors affect various stages of the drug management process (Poudel & Nissen, 2018). The main factors affecting the rational or irrational use of drugs; It can be categorized as those caused by patients, prescribers, the supply system including pharmaceutical industry effects, legal regulations, whether information about drugs is correct or incorrect, and combinations of these factors (Chauhan et al., 2018).

The pharmaceutical industry, which provides the production and distribution of drugs, can play an important role in the irrational use of drugs. Pharmaceutical companies, which are heavily campaigning to increase sales volume, can put pressure on physicians to prescribe their own drugs and more drugs by providing support for research and other activities (Sahoo et al., 2010). There are cases where physician groups receive consulting fees and speaking fees from pharmaceutical companies (Garg et al., 2014). Pharmacists, who are important suppliers in the delivery of drugs to patients, can ensure that patients use drugs safely and contribute to the understanding of rational drug use based on patient needs in the selection of drug therapy (Ariea & Scriptures, 2019).

Patients' access to qualified health care is an important factor that determines rational drug use. In situations where access to health services is limited, it is common for people to self-medicate (AL Qamariat, 2021). Again, even if the patient can meet with the physician, short interview times make it difficult to adequately examine the patient's condition and may lead to an increase in the number of prescribed drugs. In addition, the fact that short examination periods limit the opportunity to inform patients about drug use may increase irrational drug use (Sahoo et al., 2010). For example, study findings conducted in different regions of Ethiopia show that the regions with the shortest examination times have the highest number of drugs prescribed per capita. According to other findings of the same study, short examination times lead to treatment failure, low satisfaction of patients with health services, decrease in adherence to treatment and increase in drug side effects (Mekonnen et al., 2021).

Legal regulations regarding the distribution and sale of medicines are another factor affecting rational drug use. In most developing countries, the lack of adequate regulation on the retail sale of drugs spreads irrational drug use. The fact that drugs that should be sold on prescription, especially antibiotics, can be sold without a prescription can cause unconscious and excessive use of drugs (Chokshi et al., 2019). Taking the drug without a doctor's prescription, not having enough information about the drugs, and the drugs dispensed by pharmacists without a doctor's prescription are important determinants of irrational use of the drug (Chauhan et al., 2018).

Beliefs and behaviours of patients/consumers are an important determinant in the irrational use of drugs. There are many consumer-related factors that affect the irrational use of drugs (Porter & Grills, 2016). Some cultural practices and environmental beliefs, fear of drug addiction, lack of health literacy and indifference to health cause treatment non-compliance and irrational drug use (Chauhan et al., 2018). Among the patient-related factors, self-medication is a common problem. Self-medicating; It includes using patients' old prescriptions for their next illnesses, using unfinished medications for emerging health problems, and taking certain medications directly from the pharmacy (Porter & Grills, 2016). In addition, patients can demand the drugs of their choice, creating pressure and influencing the physician's decision (Garg et al., 2014). Sometimes, patients may consult a physician for minor ailments, thinking that there is a medicine for every disease, and they may expect a prescription at the end of each examination (Chauhan et al., 2018).

In this study, it was aimed to determine the rational drug use levels of the members of the society, which are important components of rational drug use, and the factors affecting the level of rational drug use.

### 3. MATERIALS AND METHODS

The research was designed as a cross-sectional field research from quantitative research methods. The research data were collected through a questionnaire form. The population of the study consists of adults aged 18 and over living in Turkey. In cases where the size of the universe is over 100,000 people, the sample size to represent the universe is 386. 452 individuals participated in the study. Since 11 of the participants were under the age of 18, they were not included in the analysis, and analyses were made with the data of 441 participants.

The research data were collected through a questionnaire form. The surveys were collected according to the preferences of the participants or the possibility of access, face-to-face and online questionnaires created on Google forms. The questionnaire consists of two parts: The first part consists of questions to determine the descriptive characteristics of the participants (age, gender, educational status, income level, presence of chronic disease diagnosed by the physician, regular use of medication, distance from the health institution of the place of residence) and the behaviours of using the drug in the appropriate form, amount and duration in the case of the disease. The second part consists of the Rational Drug Use Scale, which evaluates the level of knowledge about rational drug use.

Rational Drug Use Scale: This scale, which evaluates rational drug use and consists of 21 questions, was developed by Demirtaş et al. (2018). The scale consists of 10 true and 11 false propositions. Answers: yes, no, and I don't know. From the answers given to the scale; Correct answer: 2 points, I don't know: 1-point, wrong answer: 0 points. The total score that can be obtained from the scale is a low of 0 (zero) and a high of 42. The cut-off value for the scale is 34 points, and individuals who score 35 points or more are evaluated as having knowledge of rational drug use. The Cronbach's alpha value of the original scale was determined as 0.78 (Demirtaş et al., 2018). All the questions in the scale consist of a single sub-dimension (correct and conscious use).

#### 3.1. Statistical Method

The analysis of the data was done with SPSS-23 statistical package program. Descriptive statistics (mean, standard deviation, percentage) were used in the descriptive analysis of the data. The level of rational drug use of individuals was measured by the total score they received from the rational drug use scale. The normal distribution of the data was determined by Skewness (-1.77) and Kurtosis (4.56). In order to meet the normal distribution requirement, these values must be in the range of -1.5 and +1.5. According to the values found, the data do not provide a normal distribution (Tabachnick & Fidell, 2013). In the analysis of whether the level of rational drug use varies according to the

demographic characteristics of the individuals, the Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis tests were used. The significance level was taken as  $p < 0.05$ .

### 3.2. Ethical Aspect of Research

The ethics committee permission was obtained from İzmir Bakırçay University Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee dated 08.05.2024 and numbered 1582 decision. In addition, consent was obtained from each individual participating in the survey that they voluntarily participated in the research.

## 4.RESULTS

The descriptive characteristics of the 441 volunteers evaluated in the study are summarized in Table 1. 65.53% of the participants were female, 63.27% were single and 59.86% were between the ages of 18-29, with a mean age of  $33.04 \pm 13.417$ . Students constitute the largest group of participants, and approximately 1/3 of them have received formal health education. Nearly one-third (34.92%) of individuals reported that their income did not cover their expenses. 78.46% of the participants did not have a chronic disease. It is thought that the predominance of young people in the research group has a role in this finding.

Table 1: Descriptive characteristics of respondents

Variable		n	%
Gender	Woman	289	65.53
	Male	152	34.47
Marital Status	Married	162	36.73
	Single	279	63.27
Age	Average	33.04±13.417	
Employment status	Student	133	30.16
	Private sector employee	106	24.04
	Public employee	86	19.50
	Housewife	39	8.84
	Retired	34	7.71
	Unemployed	29	6.58
	Other	14	3.17
Chronic illness	No	95	21.54
	Yes	346	78.46
Health education	No	302	68.48
	Yes	139	31.52
Income level	My income is less than my expense	154	34.92
	My income is equal to my expense	193	43.76
	My income is more than my expense	94	21.32
Sum		441	100.00

The drug and health institution usage characteristics of the participants are summarized in Table 2. Among these features, it was questioned whether he used a prescription or non-prescription drug, his regular use of prescription drugs, the status of the first health institution he applied to in case of need, and the distance of his residence address to any health institution. While 32.65% of the participants used a prescription drug, 31.29% reported using an over-the-counter drug. Those who do not regularly use prescription drugs account for more than a quarter of the total. About one-fifth of the respondents stated that they apply to third-level health institutions (education and research and university hospitals)

if they have a health problem, and only 5.22% reside more than 10 km away from any health institution.

Table 2: Drug and health institution usage characteristics of the participants

Variable		n	%
Use of prescription drugs	Yes	144	32.65
	No	297	67.35
Regular use of prescription drugs	Yes	324	73.47
	No	117	26.53
Use of medicines without a prescription	No	303	68.71
	Yes	138	31.29
The first health institution to apply	Family physician	186	42.18
	Public hospital	156	35.37
	Training and research hospital	51	11.56
	University hospital	25	5.67
	Other	23	5.22
Distance to the medical institution	Less than 1 km	198	44.90
	Between 1-10 km	220	49.89
	More than 10 km	23	5.22
Sum		441	100.00

The rational drug use levels of the participants are shown in Table 3. Most of the participants (88.21%) scored 35 and above, and it was determined that the level of rational drug use was high.

Table 3: Rational drug use level of participants

Rational drug use level	n	%
34 and under	52	11.79
35 and above	389	88.21
Sum	441	100.00

In Table 4, the average scores of the participants' answers to the statements in the rational drug use scale are given. Among the scale items, the most correctly answered statement is the 4th item, "Drugs may have negative effects as well as positive effects". Again, the 12th and 17th statements were answered correctly at a high rate and scored above 1.95. On the other hand, the statement "Herbal products can be used instead of medicines" in item 9 is the least correctly answered question. The statements "We can stop using medication when we feel well during treatment" (item 13) and "There is no harm in recommending medication to a relative with similar complaints" (item 2), which are the second lowest scores, reflect a very risky situation in terms of rational drug use and antibiotic resistance.

Table 4. Participants' answers to the rational drug use level scale

Number	Expression	Mean ±SS
1	Only physicians can prescribe medication.	1.74±0.625
2	There is no harm in recommending medication to a relative with similar complaints.	1.68±0.639
3	When we get sick, the doctor determines whether we need medication.	1.95±0.289
4	Drugs can have negative effects as well as positive effects.	1.98±0.189
5	All drugs produce the same side effects.	1.89±0.412
6	It is not harmful to take the drug more often than the time intervals specified by the doctor	1.81±0.538
7	It can be learned from the instructions for use that the drugs should be taken on an empty or full stomach.	1.73±0.621
8	Failure to use the drug for the duration of treatment specified by the doctor may interfere with recovery.	1.83±0.533
9	Herbal products can be used as a substitute for medicines	1.29±0.859
10	There is no harm to health by consuming herbal products as much as desired.	1.76±0.527
11	When we see any undesirable effects while taking medication, we should consult our doctor.	1.95±0.293
12	While our physician is arranging our treatment, we should inform the drugs we are still using.	1.97±0.226
13	When we feel well during treatment, we can stop using medication.	1.57±0.751
14	We can ask our pharmacist where we should store our medicines at home.	1.84±0.501
15	The duration of treatment of each drug is equal to each other	1.92±0.328
16	Herbal products are completely harmless	1.75±0.525
17	Medicines can be used in the same amount in all age groups	1.96±0.209
18	Using a sufficient number of drugs, not using a large number of drugs, allows us to recover.	1.83±0.521
19	Drugs that are more expensive are more effective	1.88±0.373
20	Every drug can be used safely during pregnancy	1.93±0.277
21	Some drugs have addictive properties.	1.84±0.431
Sum		38.08±3.554

Whether there is a difference between the level of Rational Drug Use according to the descriptive characteristics was examined by Mann-Wihtney U and Kruskal Wallis analyses and given in Table 5. In the compared groups, the average level of rational drug use; It was found to be higher in women, married women and those with a graduate education level compared to their counterparts. However, this difference was not statistically significant. The difference between the mean levels of rational drug use in the groups of employment status, health education, presence of chronic diseases and income status was significant ( $p<0.05$ ).

Table 5. Investigation of the difference between rational drug use levels according to descriptive characteristics

Variable		n	Mean ±SS	Mean Rank	P Value
Gender	Woman	289	38.16±3.392	221,893	0.838
	Male	152	37.92±3.851	219,303	
Marital Status	Married	162	38.22±3.659	37078,500	0.318
	Single	279	38.00±3.496	60382,500	
Employment status	Student	133	37.41±3.846	194,906	<b>0.046*</b>
	Housewife	39	37.54±4.185	201,103	
	Public employee	86	38.71±3.528	251,436	
	Private sector employee	106	38.62±2.713	233,896	
	Retired	34	38.29±3.148	224,147	
	Unemployed	29	38.00±3.694	226,776	
	Other	14	37.57±4.450	220,107	
Education	Primary	28	38.11±3.304	216,714	0.139
	Secondary	19	36.68±5.132	188,026	
	High school	83	38.04±3.546	219,404	
	License	244	37.93±3.608	215,061	
	Graduate	67	39.04±2.722	255,746	
Health education	No	302	37.86±3.622	211,675	<b>0.022*</b>
	Yes	139	38.55±3.367	241,259	
Chronic disease	Yes	95	38.77±2.853	244,732	<b>0.039*</b>
	No	346	37.89±3.705	214,484	
Income	Income is less than expense	154	37.55±4.042	206,84	<b>0.006*</b>
	Income equals expense	193	38.01±3.397	214,56	
	Income is more than expense	94	39.09±2,746	257,41	

\*p<0.05, significant difference.

Tamhane test, one of the post-hoc tests, was used to examine the difference between the mean scores of rational drug use levels in the employment status and income status groups. It was found that the difference between income status groups was due to those whose income was more than expenditure. Although there was a significant difference between the mean scores of rational drug use level according to the study status, the difference between the groups could not be confirmed in the Tamhane test ( $p>0.05$ ).

## 5.DISCUSSION

Rational drug use is a very important issue in terms of its impact on individual and public health, and the effective use of resources allocated to health throughout the country. There are many factors that affect rational drug use, including the legal regulations on drugs in the country, the effects of the distribution channel and the pharmaceutical industry, the quality of health services, and the attitude of physicians and pharmacists. However, the correct use of outpatient and over-the-counter drugs depends on the rational drug use level of the patients/society receiving the drug. For this reason, it is thought that the level of knowledge and sensitivity of individuals in the society has a special place in the effective and efficient use of drugs. According to the findings of the research, the fact that the rate of over-the-counter drug use (31.29%) is close to prescription drug use (32.65%) shows that the level of knowledge of people is important.

As a result of the research, it was found that 88.21% of the participants had sufficient rational drug use level (35 points and above) and the average score was  $38.08 \pm 3.554$ . In the Uçman and Uysal's study, it was found that the rational drug use level was 75.42% of the total and the average score was  $37.19 \pm 4.61$  (Uçman & Uysal, 2021). In the original study in which the scale was developed, the average score was  $33.6 \pm 6.2$  (Demirtaş et al., 2018). In this study, the level of rational drug use is higher in terms of average score and percentage. Although there was no significant difference between the education levels and the rational drug use scale scores, it is thought that the majority (70%) of those who received undergraduate and graduate education may have a role in this result. As a matter of fact, the results of other studies in the literature have found that as the level of education increases, the level of rational drug use increases (Akyol Güner et al., 2020; Demirtaş et al., 2018; Macit et al., 2019; Uçman & Uysal, 2021).

As a result of the research, it was found statistically significant that individuals with chronic diseases had a higher level of rational drug use than those without it. Other studies also (Kan & Sevim, 2023; Özkan & Aca, 2020) has reached a similar conclusion. It is thought that the fact that those with chronic diseases are more likely to use drugs continuously and make more physician visits may have a role in this finding. On the other hand, in the study of Uçman and Uysal (2021), it was found that there was no difference between the rational drug use levels of those with and without chronic diseases.

Another variable with a significant difference in the study is whether or not to have received a health education. As expected, the level of rational drug use in health education areas was found to be higher. In the study conducted with the same scale (Uçman & Uysal, 2021) This finding has also been confirmed. From this point of view, it is possible to evaluate that general health education also contains sufficient information about rational drug use. In a study conducted by Akyol Güner et al. (2020) in diabetic patients, they found that the level of rational drug use was high in those who received diabetes education. This finding shows that apart from formal education, education on diseases can also contribute to rational drug use.

## 6.CONCLUSION

In the study, it was found that the level of rational drug use did not show a significant difference from the characteristics of the users according to the variables of age, gender and marital status. These factors are factors that cannot be changed. On the other hand, it is seen that the presence of chronic diseases, employment status, education, health education and income level affect the rational drug use levels of individuals. Although the presence of chronic disease is not a desirable feature, this variable has been associated with frequent physician visits and knowledge of medications.

Based on the findings of the study, it is possible to reach the conclusion that the rational drug use level of the society can be improved with macro policies. It seems possible to increase the rational drug use level of the society by increasing employment rates, income, general education and health education. WHO also calls for the need for training to increase the level of rational drug use "Public education on the appropriate use of medicines is necessary because without it, people lack the knowledge and skills needed to make informed decisions." It has been stated that these trainings should include the appropriate use of prescription or over-the-counter drugs, including non-drug treatments (World Health Organization, 2006). Pandey and Chaudhari (2017) conducted a randomized controlled experiment; It has been shown that the trainings given on generic drugs, drug use during pregnancy, breastfeeding and children, precautions in the use of drugs in kidney and liver disease, and the use of antibiotics provide a significant improvement in the correct level of knowledge of the public.

It has been proposed that the trainings be provided primarily to the three categories of people who can make a difference: patients who use medicines and thus improve compliance, women and mothers



who play an important role in the health care of the family, and finally, school children, who are future citizens who must have a correct perception of the use of medicines (Pandey & Chaudhari, 2017; World Health Organization, 2006). Training can be given through a wide range of films such as street plays, patient information brochures, seminars for the general public, posters, comics, radio/TV programs, newspaper and magazine articles, songs, and documentaries (World Health Organization, 2006).


**DECLARATION OF CONFLICTING INTERESTS:** The authors declared no potential conflicts of interest concerning this article's research, authorship, and/or publication of this article.

**FUNDING:** The authors received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article

## REFERENCES

- Akyol Güner, T., Kuzu, A., & Bayraktaroğlu, T. (2020). The Relationship Between Health Literacy and Rational Drug Use in Individuals with Diabetes. *Turkish Journal of Diabetes and Obesity*, 4(3), 214–223. <https://doi.org/10.25048/tudod.775075>
- AL Qamariat, Z. H. (2021). Rational and Irrational Drug Use: Factors, Impacts and Strategies to Combat Irrational Drug Use: A Narrative Review. *International Journal of Pharmaceutical Sciences and Clinical Pharmacy*, 2(1), 6–17. <https://doi.org/10.47890/ijpscp/zahrahassanalqamariat/2021/24148307>
- Angamo, M. T., Wabe, N. T., & Raju, N. J. (2011). Assessment of patterns of drug use by using World Health Organization's prescribing, patient care and health facility indicators in selected health facilities in southwest Ethiopia. *Journal of Applied Pharmaceutical Science*, 1(7), 62–66.
- Arimbawa, P., & Hita, I. P. (2019). Patient Perceptions on the Role of a Pharmacist and the Understanding of the Rational Use of Medicines (Rum). *Journal of Sustainability Science and Management*, 14(6), 122–129. <https://jssm.umt.edu.my/wp-content/uploads/sites/51/2020/02/12-V14N6.pdf>
- Chauhan, I., Yasir, M., Kumari, M., & Verma, M. (2018). The Pursuit of Rational Drug Use: Understanding Factors and Interventions. *Pharmaspire*, 10(2), 48–54. [www.isfcppharmaspire.com](http://www.isfcppharmaspire.com)
- Chokshi, A., Sifri, Z., Cennimo, D., & Horng, H. (2019). Global contributors to antibiotic resistance. *Journal of Global Infectious Diseases*, 11(1), 36–42. [https://doi.org/10.4103/jgid.jgid\\_110\\_18](https://doi.org/10.4103/jgid.jgid_110_18)
- Demirtaş, Z., Dağtekin, G., Sunar, R., Alaiye, M., Önsüz, M. F., Işıklı, B., Kılıç, F. S., & Metintaş, S. (2018). Rational drug use scale validity and reliability. *Eskişehir Turkish World Application and Research Center Journal of Public Health*, 3(3), 37–46. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/573814>
- Dutta, S. (2019). Rational use of medicines: a review. *Pharmacotherapy*, 15(3), 129–132.
- Garg, M., Vishwakarma, P., Sharma, M., Nehra, R., & Saxena, K. K. (2014). The impact of irrational practices: A wake up call. *Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics*, 5(4), 245–247. <https://doi.org/10.4103/0976-500X.142434>
- Kan, Z. ., & Sevim, E. (2023). Investigation of the relationship between health literacy and rational drug use. *Hacettepe Journal of Health Administration*, 26(3), 641–654 <https://orcid.org/0000-0003-1164-2052>.
- Kshirsagar, N. A. (2016). Rational use of medicines: Cost consideration & way forward. *Indian Journal of Medical Research*, 144(4), 502–505. <https://doi.org/10.4103/0971-5916.200901>
- Macit, M., Karaman, M., & Parlak, M. (2019). Investigation of Individuals' Rational Drug Use

- Knowledge Levels. *Istanbul Gelisim University Journal of Social Sciences*, 6(2), 372–387  
<https://doi.org/10.17336/igusbd.435164>.
- Mekonnen, B. D., Ayalew, M. Z., & Tegegn, A. A. (2021). Rational drug use evaluation based on world health organization core drug use indicators in ethiopia: A systematic review. *Drug, Healthcare and Patient Safety*, 13, 159–170. <https://doi.org/10.2147/DHPS.S311926>
- Özkan, Ş., & Aca, Z. (2020). The effect of healthy living skills on rational drug use. *Journal of Social Security*, 10(2), 273–288 <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1448203>.
- Pandey, S., & Chaudhari, V. (2017). Impact of public education on rational use of medicines. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 6(2), 1–5. <https://doi.org/10.5455/ijmsph.2017.19072016586>
- Porter, G., & Grills, N. (2016). Medication misuse in India: A major public health issue in India. *Journal of Public Health (United Kingdom)*, 38(2), e150–e157. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv072>
- Poudel, A., & Nissen, L. M. (2018). Rational and Responsible Medicines Use. In *Social and Administrative Aspects of Pharmacy in Low-and Middle-Income Countries* (pp. 263–277). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811228-1.00016-9>
- Ryan, R., & Hill, S. (2016). Making rational choices about how best to support consumers' use of medicines: a perspective review. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 7(4), 159–164. <https://doi.org/10.1177/2042098616651198>
- Sahoo, K. C., Tamhankar, A. J., Johansson, E., & Lundborg, C. S. (2010). Antibiotic use, resistance development and environmental factors: A qualitative study among healthcare professionals in Orissa, India. *BMC Public Health*, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-629>
- Spinewine, A., Schmadar, K. E., Barber, N., Hughes, C., Lapane, K. L., Swine, C., & Hanlon, J. T. (2007). Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? *Yearbook of Dermatology and Dermatologic Surgery*, 370(9582), 173–184. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61091-5](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61091-5)
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6th ed.). Pearson.
- Uçman, T., & Uysal, N. (2021). Rational drug use in adults and determination of influencing factors. *Bandırma Onyedi Eylül University Journal of Health Sciences and Research*, 3(2), 126–133. <https://doi.org/10.46413/boneyusbad.859525>
- World Health Organization. (2002). Promoting rational use of medicines: core components. In *WHO Policy Perspectives on Medicines*.
- World Health Organization. (2006). *The Role of Education in Rational Use of Medicines* (Issue 45). <https://iris.who.int/handle/10665/205994>
- World Health Organization. (2024). *Promoting rational use of medicines*. Promoting Rational Use of Medicines. <https://www.who.int/activities/promoting-rational-use-of-medicines>

	<b>JOURNAL OF HEALTHCARE MANAGEMENT AND LEADERSHIP (JOHMAL)</b> *** <b>SAĞLIK YÖNETİMİ VE LİDERLİK DERGİSİ</b>	
	<b>E-ISSN:</b> <a href="https://dergipark.org.tr/pub/johmal">https://dergipark.org.tr/pub/johmal</a>	<b>Paper Type:</b> Research Paper, <b>Makale Türü:</b> Araştırma Makalesi
<b>Sayı:</b> 1, Eylül 2024	<b>Issue:</b> 1, September 2024	<b>Received Date / Geliş Tarihi:</b> 20.09.2024 <b>Accepted Date / Kabul Tarihi:</b> 27.09.2024
<b>AN INVESTIGATION OF ENTREPRENEURIAL ORIENTATIONS AND FUTURE EXPECTATIONS OF FACULTY OF DENTISTRY STUDENTS<sup>1</sup></b> ◆◆◆ <b>DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN MÜTEŞEBBİSLİK YÖNELİMLERİ VE GELECEK BEKLENTİLERİNİN İNCELENMESİ</b>		
<b>Atıf/ to Cite (APA):</b> Güler, S. ve Keklik, B. (2024). An Investigation of Entrepreneurial Orientations and Future Expectations of Faculty of Dentistry Students. Journal of Healthcare Management and Leadership (JOHMAL) (1), 111-123.		<b>Sıdıka GÜLER<sup>2</sup></b> <b>Belma KEKLİK<sup>3</sup></b>
<b>DOI:</b> <a href="https://10.35345/johmal.1553594">https://10.35345/johmal.1553594</a>		

### ÖZ

Bu çalışmanın amacı, diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin girişimcilik eğilimlerinin ne olduğu ve bu eğilimin kariyer beklentilerini nasıl etkilediği üzerine odaklanmaktadır. Girişimcilik eğilimini ölçmek için Yılmaz ve Sünbül'ün (2009) "Üniversite Öğrencileri Girişimcilik Ölçeği"; kariyer planlaması için ise Dağlı'nın (2019) kullandığı kariyer planlama ölçeğinden yararlanılmıştır. SPSS 25.0 programı ile t-testi, ANOVA, Tukey HSD çoklu karşılaştırma testleri, korelasyon ve regresyon analizleri yapılmıştır. Normal dağılım gösteren veriler %95 güven aralığında ve  $p < 0.05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Çalışmada, diş hekimliği fakültesi öğrencilerinin %40.1'inin kendi işini kurmak istediği belirlenmiştir. Kariyer planlaması ile girişimcilik eğilimi arasında orta düzeyde pozitif ( $r = 0.690$ ) ve anlamlı ( $p < 0.05$ ) bir ilişki bulunmuştur. Girişimcilik eğiliminin kariyer planlaması üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin %40.1'i kendi işini kurmak istemektedir. Özellikle, öğrencilerin %40.1'inin kendi işini kurma arzusunu ifade etmesi, diş hekimliği öğrencilerinin önemli bir kısmının girişimciliğe yönelik bir eğilim sergilediğini göstermektedir. Sonuçlara göre, öğrencilerin %16'sı çok yüksek düzeyde girişimcilik seviyesine sahipken, %66.7'si yüksek düzeyde girişimcilik seviyesine sahiptir. Bu oranlar, öğrencilerin büyük bir kısmının kariyer planlaması sürecinde girişimciliği bir seçenek olarak ciddi şekilde değerlendirdiğini ortaya koyar. Sonuç olarak, bu veriler kariyer planlamasında girişimcilik eğilimlerinin göz ardı edilmemesi gerektiğini, bireylerin kariyer hedeflerini belirlerken kendi işlerini kurma ve yenilikçi düşünme becerilerine yatırım yapma gerekliliğini ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Girişimcilik Eğilimi, Kariyer Planlama, Diş Hekimliği, Üniversite Öğrencileri.

### ABSTRACT

The aim of this study is to focus on what the entrepreneurial tendencies of dentistry faculty students are and how these tendencies affect their career expectations. To measure entrepreneurial tendencies, Yılmaz and Sünbül's (2009) "Entrepreneurship Scale for University Students" was used, while Dağlı's (2019) career planning scale was employed for career planning. T-test, ANOVA, Tukey HSD multiple comparison tests, correlation, and regression analyses were performed using SPSS 25.0. Data showing normal distribution were evaluated within a 95% confidence interval and at a significance level of  $p < 0.05$ . It was determined that 40.1% of the dentistry faculty students wanted to start their own business. A moderate positive ( $r = 0.690$ ) and significant ( $p < 0.05$ ) relationship was found between career planning and entrepreneurial tendencies. It was determined that entrepreneurial tendencies had a significant impact on career planning.

<sup>1</sup> Bu çalışma için Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan 2023/27-131 nolu etik izin alınmıştır. Bu çalışmanın özeti 8. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi kongresinde sözlü olarak sunulmuştur.

<sup>2</sup> Öğr. Gör., Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, [sidikaguler@sdu.edu.tr](mailto:sidikaguler@sdu.edu.tr), ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7148-5883>

<sup>3</sup> Prof. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, [belmakeklik@sdu.edu.tr](mailto:belmakeklik@sdu.edu.tr), ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6905-4862>

40.1% of the students expressed a desire to start their own business. Specifically, the fact that 40.1% of the students expressed their desire to start their own business shows that a significant portion of the dentistry students exhibit an entrepreneurial tendency. According to the results, 16% of the students have a very high level of entrepreneurship, while 66.7% have a high level of entrepreneurship. These figures reveal that a large proportion of students seriously consider entrepreneurship as an option in their career planning process. In conclusion, these findings suggest that entrepreneurial tendencies should not be overlooked in career planning, and individuals should invest in their ability to start their own businesses and think innovatively when determining their career goals.

**Keywords:** Entrepreneurial Tendency, Career Planning, Dentistry, University Students.

## 1. INTRODUCTION

In the last century, great changes and transformations have been observed in the world. Social, economic and technological developments greatly affect professions, their structure and the way they are performed (Öztemel, 2021: 2). Choosing a career is one of the most important decisions in life. When the position of university students is evaluated, we see individuals who have chosen a profession, decided on a profession and are receiving training for it. However, it should not be forgotten that even though a career decision has been made and education on this subject continues, students may still have different options. Therefore, both career planning and choosing a career are a dynamic process and continue, perhaps, until the end of life (Öztemel, 2021: 20). The planning of steps by an individual towards achieving their future career goals is defined as career planning (Karaşin ve Öztürk, 2023: 47). Career planning is considered a career choice. However, career planning requires taking into account many other variables in addition to choosing a career. Career planning is expressed as a lifelong process that includes choosing a profession, getting a job, advancing at work, possible career changes, and eventually retirement. Career is a process related to the development of a person's activities, responsibilities, attitudes and behaviors in business life (Sümer, 1999: 62) or work experiences and activities in directing people's personal and organizational goals throughout their lives (Orpen, 1994: 27). Career is generally about advancement and moving up the organizational hierarchy (Hall, 1994: 264). In another definition, career is defined as the accumulation of knowledge, the embodiment of skills in work, the employee's specialization in his/her field, work experience gained over time and improved business relationships (Redman&Wilkinson, 2001: 268). Career planning means that the individual draws his own lifeline with his own will and decisions throughout his life (Güneri, 2008: 48-49). Career management is a method generally used by managers to compare the career needs of employees with the needs of the organization. Finding suitable job opportunities for employees can be given as an example (Kozak, 2001:19). Entrepreneurship is the process of identifying, developing, launching and managing a new business idea. An entrepreneur is a person who takes action to produce innovative solutions, evaluate opportunities and carry out business activities by taking a certain risk (Gedeon, 2010: 22). Entrepreneurship requires a set of characteristics and skills. These include risk-taking, innovation, creativity, decision-making, leadership, problem-solving, communication and strategic thinking skills. Entrepreneurs have the ability to deal with uncertainty, manage change, and show flexibility when faced with challenges (Kusmintarti, Thoyip, Maskie, & Ashar, 2016: 26,27). There is a close relationship between starting your own business and entrepreneurship. Starting a business refers to the process of bringing a business idea to life (Hamilton & Harper, 1994: 3,4,5,6). An entrepreneur decides to start his own business by adopting a particular business idea. The process of starting a business includes steps such as the entrepreneur creating a business plan, finding financial resources, meeting legal and regulatory requirements, organizing operations, and getting the business up and running (Schumpeter, Becker , & Knudsen, 2003). Entrepreneurship is a broader concept.

Entrepreneurship is more than the process of starting a new business. An entrepreneur refers to a role that includes characteristics such as generating innovative ideas, assessing market gaps, taking risks and managing business activities. Entrepreneurial tendency refers to an inherent desire or tendency of individuals to explore new business ideas, establish and manage businesses. This tendency can be associated with personal characteristics such as risk taking, creativity, determination and motivation. Additionally, education, work experiences and economic conditions may also affect entrepreneurial propensity. Dentists, the target population of the study, are generally interested in protecting and treating people's oral and dental health. The employment status of dentists may vary from country to country and region to region. While there may be more dentist employment in large and densely populated countries or cities, this rate may be lower in smaller and rural areas (Wiskow, 2006:42). In his study in 1985, Moore drew attention to the current dentist employment problems and dental unemployment in Scandinavian countries. In another study by Moore in 1984; He pointed out that there is a need to balance national health manpower production depending on changing disease patterns, demand and need for dental services, manpower availability and regional oversupply. In 1985, Sweden had a population of 8.3 million and approximately 9,000 active dentists. In those years, Denmark had a population of 5.1 million and 5,400 active dentists. In those years, full-time dentist unemployment in Sweden was approximately 200 dentists and in Denmark approximately 100 dentists. Part-time unemployment was found to be higher in each of these countries (Moore, 1985: 93). It is estimated that Türkiye will have more dentists in the coming years with the current graduation rate, all other variables being constant. In Türkiye, whose population is 83,614,362, the total number of graduates of the faculty of dentistry in the 2021-2022 academic year is 4,171. The total number of students is 39,573. The total number of dentists employed by the Ministry of Health, universities and private health institutions is 39,851 people (health statistics yearbook, 2021). The distribution of the total number of dentists in Türkiye in 2002 is 19.6% for the Ministry of Health, 4.2% for Universities and 76.2% for Private. The distribution of the total number of dentists in Türkiye in 2021 is 31.1% for the Ministry of Health, 6.7% for the University and 62.2% for Private (Health Statistics Yearbook, 2021). Private practices have now developed and most dentists work privately, with only a small proportion of this professional group working in public health institutions (National Institute of Statistics: Statistical Yearbook, 2004). There are various studies in the literature on the entrepreneurial tendencies and career expectations of university students. It seems that research on entrepreneurship is mostly focused on the faculty of economics and administrative sciences (Bilge & Bal, 2012: 134). Or, it is seen that these studies are carried out by comparing individuals who have received entrepreneurship education with individuals who have not received entrepreneurship education. However, some studies have broken this perception. For example, Kuvat's (2019) study on entrepreneurial tendencies and intentions was conducted on computer engineering students. As a result of the study, findings were reached regarding the support of entrepreneurship (informatics) in the IT sector. In Karadeniz's (2021) research, entrepreneurial tendencies of gastronomy and culinary arts students were investigated in line with their post-graduate career expectations. The suggestions resulting from the research are remarkable. One of these is the addition of career and entrepreneurship courses to students' curricula. Because entrepreneurship is perceived as a concept that only belongs to people with economics education, many faculties do not include entrepreneurship courses in the theoretical courses taken by students. Or it seems that entrepreneurship courses are only inactive courses in the elective pool. Another study is the study conducted by Dolu, Temucin and Özkan (2016) regarding the entrepreneurship levels of nursing students. In the study, nurse candidates were

found to have a high level of entrepreneurship. This study shows that entrepreneurship does not only mean opening a business. It is important for nurses to have high levels of individual entrepreneurship for the development of health services and innovative programs. In the planned study, the entrepreneurial tendencies of dentistry faculty students and how this tendency affects their career expectations were investigated.

## **2. MATERIALS AND METHODS**

### **2.1. Purpose of the Research**

The main aim of this study is to examine the relationship between entrepreneurial tendencies and career planning among dental faculty students and to reveal the impact of entrepreneurial tendency on the preference for entrepreneurship as a career. The study is based on the following four hypotheses:

H1: There is a significant relationship between participants' entrepreneurial tendencies and their career planning.

H2: Entrepreneurial tendency has a significant effect on career planning.

H3: There are significant differences in career planning scores among participants based on their sociodemographic and personal characteristics.

H4: There are significant differences in entrepreneurial tendency scores among participants based on their sociodemographic and personal characteristics.

### **2.2. Research Sample**

The universe of the research consists of first and fifth-year students of the Faculty of Dentistry at Süleyman Demirel University for the academic year 2022-2023. Written and oral permissions were obtained from the relevant university in compliance with ethical rules. Convenience sampling method was used in the study. Within the scope of the research, an online survey was conducted on first and fifth-year students of the relevant university's dentistry faculty. A total of 164 surveys were completed online. Upon examination, it was understood that some of the surveys were filled out incompletely. As a result of the screening, it was determined that the total number of surveys that were complete and valid was 162. Analyses were conducted based on these 162 measurement tools. The selection of first and fifth-year dental students in the study is based on the phenomenon that students' perspectives on their profession may change over time. In the first year, students typically have less experience and only possess a general idea about a particular profession or career path. They are in the process of evaluating career options. By the time they reach the fifth year, students have usually gained more experience. Internships, classes, and other experiences may have provided them with a clearer perspective on the profession. During this process, some students may change their previous thoughts and pursue a different career path, while others may further solidify the career goals they set in the first year.

### 2.3. Research Ethical Standards

Süleyman Demirel University Scientific Research and Publication Ethics Board decided that the research complies with ethical principles and human rights in terms of scope and application. In addition, the necessary administrative permissions were obtained from Süleyman Demirel University Faculty of Dentistry and the study was conducted in accordance with ethical standards.

### 2.4. Data Collection and Analysis

Data was collected with an online survey form created via Google forms. The survey consisted of three parts. The first part consists of demographic information, the second part consists of Yılmaz and Sünbül's (2009) 36-item "University Students Entrepreneurship Scale", and the third part consists of the 17-item career planning scale used in Dağlı's (2019) master's thesis. The data collected within the scope of the research were evaluated using quantitative analysis methods. For this purpose, SPSS 25.0 program was used. Introductory and descriptive findings were examined using descriptive statistics methods. The relationships between career planning and entrepreneurial tendency were determined by Pearson correlation analysis, and the effect of career planning on entrepreneurial tendency was determined by simple linear regression analysis. To compare career planning and entrepreneurial tendency according to sociodemographic and personal characteristics, independent groups (unrelated samples) t-test, one-way analysis of variance (ANOVA) and Tukey HSD multiple comparison tests were used. Additionally, all analyzes were evaluated at a 95% confidence interval and a significance level of  $p < 0.05$ .

## 3. RESULTS

### Findings Regarding the Descriptive Characteristics of the Participants

A total of 162 people participated in the research. 72.2% of them are women and 27.8% are men. In terms of age group, 13.6% of the participants are 18 years old and below, 46.3% are between 19-21 years old, 36.4% are 22-24 years old and 3.7% are 25 years old and over. Of the students, 63% of whom were in their first year and 37% of whom were in their fifth year, their career goals in the first year were to start their own business in 40.1%, to work in the private sector for 28.4%, to work in the public sector for 17.9%, and for 12% of them. It was determined as being an academic in 3 cases and as other in 1.2%. Today, 40.1% of the participants want to start their own business, 33.3% want to work in the private sector, 21% want to work in the public sector, 3.7% want to become an academician and 1.9% want to have another job. In addition, 67.3% of the participants chose dentistry voluntarily, 21% by chance, and 11.7% by the request and recommendation of their family. In addition, the province of residence of the participants' families was chosen as the Mediterranean Region by 59.9% of the participants, the Aegean Region by 14.8%, the Central Anatolia Region by 10.5%, the Marmara Region by 8%, and the Southeastern Anatolia Region by 4.9%. Its region is the Eastern Anatolia Region at 1.2% and the Black Sea Region at 0.6%. 60.5% of the participants have mothers who are housewives, 25.3% whose mothers are public employees, 4.9% whose mothers are private sector employees, and 4.9% whose mothers are self-employed. The mothers of 4.3% are in the other category. 37.7% of the fathers are public employees, 25.9% are private sector employees, and 21.6% are self-employed. 8.6% are in the other category and 6.2% are not working. On the other hand, 44.4% of the participants are preparing for the Dentistry Specialization Exam (DUS), 30.9% have good knowledge of foreign languages, 50.6% are considering doing their profession abroad, 13.6% have a dentist in their family. , 25.9% of them have family members who have established and managed their own businesses, 60.5% have relatives and/or friends who have established and

managed their own businesses, and 37% are seriously considering becoming an entrepreneur. Additionally, participants were asked: "If you decide to start your own business, which funding source would you consider using first?" The question was asked and 29.6% of the participants answered, "I use my personal savings, 27.2%, I work with one or more partners, 21.6%, I benefit from commercial loans, and 21.6%, I apply to my family and relatives."

### Findings Regarding the Scales

The findings obtained from the evaluation of the answers given to the Career Planning Scale and Entrepreneurship Scale, which are the data collection tools of the research, are given in Table 1.

**Table 1:** Descriptive findings of scale scores

	<b>n</b>	<b>Min.</b>	<b>Maks.</b>	<b>Mean</b>	<b>Standard deviation</b>
Entrepreneurship Tendency	162	98,00	180,00	138,41	16,98
Career planning	162	2,24	5,00	3,78	0,56

As seen in Table 1, the participants' mean entrepreneurial tendency score was  $138.41 \pm 16.98$  and their career planning mean score was  $3.78 \pm 0.56$ . It is possible to say that above average scores were obtained when compared to the lowest and highest scores that could be obtained from the scales. Therefore, it can be said that the participants have above average entrepreneurial tendency and career planning ability. When the Entrepreneurship Scale scores were divided into levels, none of the participants were in the very low or low entrepreneurship category, 17.3% were in the medium level, 66.7% were in the high level, and 16% were in the very high level (Table 2).

**Table 2:** Distribution of participants according to their entrepreneurial tendency levels

Level	<b>n</b>	<b>%</b>
Very Low Entrepreneurship	0	0,0
Low Entrepreneurship	0	0,0
Intermediate Entrepreneurship	28	17,3
High Entrepreneurship	108	66,7
Very High Entrepreneurship	26	16,0
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100,0</b>

### Relationships Between Career Planning and Entrepreneurial Tendency

When the relationships between career planning and entrepreneurship tendency were examined, it was determined that there was a moderately positive ( $r=0.690$ ) and significant ( $p<0.05$ ) relationship between career planning and entrepreneurship tendency. Accordingly, with the increase in career planning characteristics, entrepreneurship tendency increases significantly with a moderate relationship. It is possible to say that 47.6% ( $r^2=0.476$ ) of entrepreneurship tendency stems from career planning.

**Table 3:** Relationships between career planning and entrepreneurial tendency

		<b>Entrepreneurship Tendency</b>
Career planning	Pearson r	0,690
	p	0,000



### The Effect of Entrepreneurial Tendency on Career Planning

When the effect of entrepreneurial tendency on career planning is examined; It was determined that career planning had a significant effect on entrepreneurship tendency ( $F(1-160)=145.362$ ;  $p<0.05$ ). The regression equality between the variables was found as  $\hat{y}=0.609+0.023*x$ . Accordingly, increasing the career planning score by 1 point increases the entrepreneurial tendency score by 0.023 points (Table 4). This relationship is also shown in Figure 1.

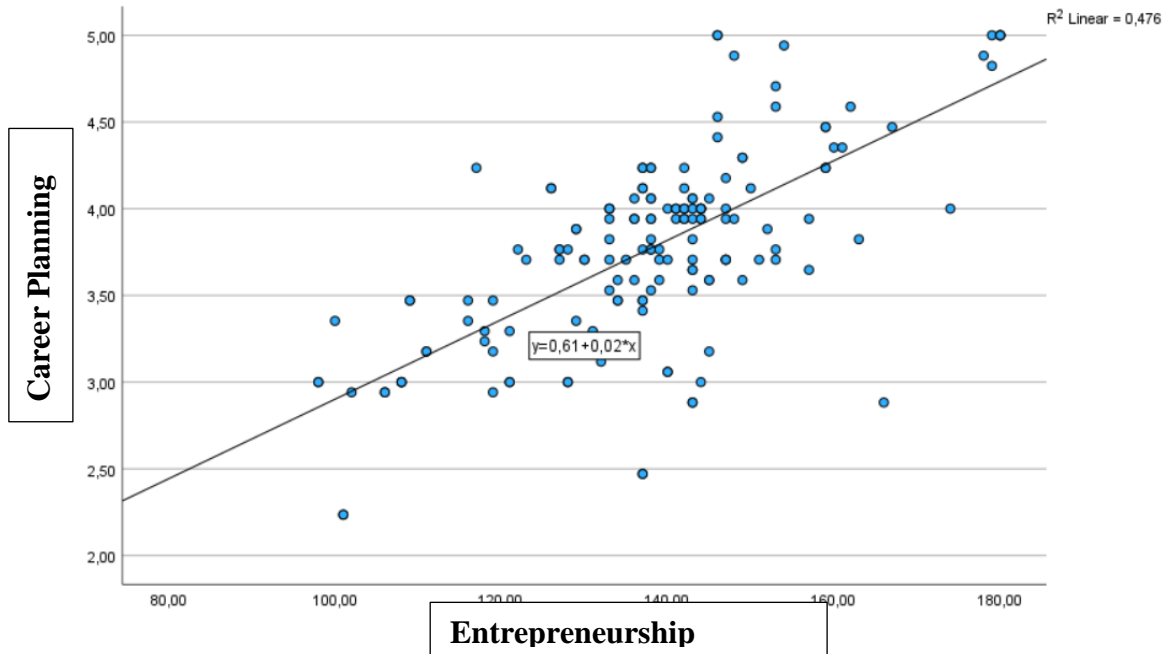
**Table 4:** The impact of entrepreneurial tendency on career planning

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	$\beta$	Q. Error	Beta		
(Still)	0,609	0,265		2,295	0,023
Career planning	0,023	0,002	0,690	12,057	0,001

\* Dependent Variable: Career Planning

Based on this finding, it can be said that entrepreneurial tendency has a significant effect on career planning.

**Figure 1:** Relationship between career planning and entrepreneurial tendency



## Comparison of Entrepreneurship Tendency According to Sociodemographic and Personal Characteristics

In order to compare entrepreneurship tendency according to sociodemographic and personal characteristics, independent groups t-test was first conducted on the variables consisting of two categories and the findings are given in Table 5.

**Table 5:** Comparison of entrepreneurial tendency according to two categories of sociodemographic and personal characteristics

Variable	Group	n	Mean	$\sigma$	t	df	p
Gender	Female	117	136,74	17,30	-2,041	160	<b>0,043</b>
	Male	45	142,76	15,49			
Class	1 St. Class	102	141,73	16,07	3,343	160	<b>0,001</b>
	5 St. Class	60	132,77	17,14			
Is there a dentist in your family?	No	140	137,19	16,13	-2,342	160	<b>0,020</b>
	Yes	22	146,18	20,39			
Are you preparing for DUS?	No	90	137,16	16,75	-1,049	160	0,296
	Yes	72	139,97	17,27			
Do you have good knowledge of foreign languages?	No	112	137,17	16,82	-1,392	160	0,166
	Yes	50	141,18	17,20			
Are you thinking of doing your job abroad?	No	80	133,79	16,448	-3,540	160	<b>0,001</b>
	Yes	82	142,91	16,365			
Do any of your family members establish and manage their own business?	No	120	138,19	17,47	-0,273	160	0,786
	Yes	42	139,02	15,69			
Is there anyone in your circle of relatives and/or friends who founded and manages their own business?	No	64	139,86	18,53	0,879	160	0,381
	Yes	98	137,46	15,92			
Have you seriously considered becoming an entrepreneur?	No	102	135,04	16,82	-3,397	160	<b>0,001</b>
	Yes	60	144,13	15,80			

As seen in Table 5, entrepreneurial tendency; There was a significant difference according to gender, class, whether there is a dentist in your family, considering doing the profession abroad and seriously considering becoming an entrepreneur ( $p < 0.05$ ). When the averages are examined, it is seen that males have a significantly higher level of entrepreneurial tendency than females, 1st graders compared to 5th graders, those who have a dentist in their family than those who do not, those who want to do their profession abroad than those who do not, and those who seriously consider entrepreneurship than those who do not. Additionally, one-way analysis of variance (ANOVA) was performed on variables consisting of more than two categories and the findings are given in Table 6.

**Table 6:** Comparison of entrepreneurial tendency according to sociodemographic and personal characteristics consisting of more than two categories

Variable	F	p	Difference
Age	4,098	<b>0,008</b>	21 years and below>25 years and above
What was/is your career goal in your freshman year?	0,156	0,926	-
In which region is the city where your family resides?	1,444	0,222	-
What is the most effective reason for you to choose dentistry?	3,903	<b>0,022</b>	My own request>Random
Mother Workspace	0,621	0,649	-
Dad's Workspace	2,502	<b>0,045</b>	Other>Public
What is your family's monthly income?	4,000	<b>0,004</b>	Less than 5000>9001-13000, 17001+
If you decide to start your own business, which funding source would you consider first?	0,965	0,411	-
In which field do you plan to work in the future?	2,546	<b>0,042</b>	Own business>Public

As seen in Table 6, entrepreneurial tendency; There was a significant difference according to age, the reason for choosing dentistry, the father's field of work, the family's monthly income and the field in which they want to work in the future ( $p < 0.05$ ). As a result of multiple comparisons (post-hoc), the level of entrepreneurship tendency was higher among those aged 21 and under than those aged 25 and over, among those who chose dentistry voluntarily, among those who worked in the public sector, among those whose fathers worked in the other category, among those who worked in the public sector, and among those whose family's monthly income was less than 5000, than those who were 25 years old and above. Among those with scores between -13000 and above 17000, it was found to be significantly higher among those who want to work in their own business in the future than those who plan to work in the public sector. Based on these findings, it has been partially accepted that there is a significant difference between the entrepreneurship tendency scores of the participants according to their sociodemographic and personal characteristics. Because a significant difference was detected in 10 out of 18 features.

#### 4. DISCUSSION

In the research, it was seen that 1st graders had a significantly higher level of entrepreneurship tendency than 5th graders. Unlike the study, Karadeniz's (2021) study conducted on an all-grade basis found that both first-year students and fourth-year gastronomy and culinary arts students had high entrepreneurship tendency scores. From this, it can be interpreted that first-year students are excited to start a new department and have strong entrepreneurial tendencies. In the study, 40.1% of dentistry faculty students want to start their own business, 33.3% want to work in the private sector, 21% want to work in the public sector, 3.7% want to become an academician and 1.9% want to have another job. wants. The participants' mean entrepreneurial tendency score was found to be  $138.41 \pm 16.98$  and their career planning mean score was found to be  $3.78 \pm 0.56$ .

Therefore, it can be said that the participants have above average entrepreneurial tendency and career planning ability. When the Entrepreneurship Scale scores were divided into levels, none of the participants were in the very low or low entrepreneurship category, 17.3% were in the medium level, 66.7% were in the high level, and 16% were in the very high level. In their study on engineering, science and computer undergraduate students, Wang and Wong (2004) found that students had high entrepreneurial tendencies. In Korkmaz's (2012, p. 224) research on determining the entrepreneurial tendencies of university students, it was stated that entrepreneurship is a serious career opportunity for university graduates today. When the relationships between career planning and entrepreneurship tendency were examined, it was determined that there was a moderately positive and significant ( $p < 0.05$ ) relationship between career planning and entrepreneurship tendency. Accordingly, with the increase in entrepreneurship tendency, career awareness increases significantly and with a moderate relationship. It is possible to say that 47.6% of career planning stems from entrepreneurial tendencies. In Karadeniz's (2021) study, a statistically significant relationship was found between the career expectations of gastronomy and culinary arts students and entrepreneurship. When the effect of entrepreneurial tendency on career planning is examined; It was determined that entrepreneurial tendency had a significant effect on career planning. The regression equality between the variables was found as " $\hat{y} = 0.61 + 0.02 * x$ ". Accordingly, increasing the career planning score by 1 point increases the entrepreneurship tendency score by 0.02 points. The statement that there is a significant difference between the entrepreneurial tendency scores of the participants according to their sociodemographic and personal characteristics is also partially accepted. Because a significant difference was detected in 10 out of 18 features. Accordingly, entrepreneurial tendency; There were significant differences according to gender, class, whether there is a dentist in your family or not, thinking about doing the profession abroad, seriously considering becoming an entrepreneur, age, the reason for choosing dentistry, father's working area, monthly income of the family and the field in which you want to work in the future ( $p < 0.05$ ). Similarly, Negiz et al. (2009) in the study conducted to determine whether there is any difference in entrepreneurial tendency between men and women, the findings showed that male students were more prone to entrepreneurial characteristics than female students. In Akçakanat, Mücevher, and Çarıkçı's (2014) study, which investigated the entrepreneurial tendencies of university students studying in numerical, equal weight departments, it was found that male students were more open to innovation, extroverted, and had more entrepreneurial qualities than female students. Similarly, when Yılmaz and Sözcü (2019) examined students' entrepreneurial tendencies in terms of gender variable, they found a significant difference. Differently, in Karadeniz's (2021) study, when gastronomy and culinary arts students were examined in terms of gender variable, it was found that there was no significant difference in terms of entrepreneurship. Similarly, Gurel et al. (2010) also found a significant relationship between entrepreneurial family and entrepreneurship in their study on tourism students. Additionally, participants were asked: "If you decide to start your own business, which funding source would you consider using first?" The question was asked and 29.6% of the participants answered that they would use their personal savings. Kılıç, Keklik and Çalış (2012) emphasized in their study the necessity of providing economic support in order to find cash capital, which is the main factor of the enterprise.

## 5. CONCLUSIONS

The aim of the study was to identify the entrepreneurial potential of dentists through work and contribute to the future of dentistry. It is important to understand the balance between the needs

of the public and the changing roles and needs of healthcare professionals, as well as how the government can best maintain this balance. Understanding and supporting the development of healthcare manpower can benefit society. When health statistics yearbooks are examined, it is observed that only a few dentists work in official institutions, while the rest are employed in the private sector. Identifying and evaluating individuals with entrepreneurial qualities who are inclined to establish their own businesses to meet this need of the sector is important for the healthcare industry. Dentists are potential entrepreneurial candidates in the healthcare sector. However, the concept of entrepreneurship is more commonly associated with social sciences such as economics and administrative sciences. Students of dentistry faculties, like all university students, are potential entrepreneurial candidates. Because as the level of education rises in Türkiye, more people become entrepreneurs. In the study, 40.1% of dentistry faculty students consider establishing their own business, 33.3% consider working in the private sector, and 21% consider working in the public sector. When Entrepreneurship Scale scores are categorized into levels, none of the participants were classified as very low or low entrepreneurship category; 17.3% were in the medium level, 66.7% were in the high level, and 16% were in the very high level. Accordingly, it can be said that the majority of students have entrepreneurial potential and prefer to work independently in the private sector and in their own clinics. It is recommended to provide educational, financial, and environmental support for the development of students' entrepreneurial characteristics and the successful operation of their businesses. The entrepreneurship infrastructure, which varies with the education, economic structures, and policies of countries, can affect university students' career planning.

### Conflict of Interest

The author indicates no conflict of interest.

### REFERENCES

- Akçakanat, T., Mücevher, M.H., ve Çarıkçı, İ.H. (2014). *Sözel, Sayısal, Eşit Ağırlık Bölümlerinde Okuyan Üniversite Öğrencilerinin Girişimcilik Eğilimlerinin Bazı Demografik Değişkenler Açısından İncelenmesi: SDÜ Örneği*. AKÜ İİBF Dergisi, 16(2), 137-154. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/akuiibfd/issue/1616/20237>.
- Bilge, H., & Bal, V. (2012: 134). *Girişimcilik Eğilimi: Celal Bayar Üniversitesi Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma*, 2(16). Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.
- Dolu, İ. Ç., Dönmez Temucin, E., & Arslan Özkan, H. (2016, 09 20). *Hemşirelik Öğrencilerinin Girişimcilik Düzeyleri ile Bazı İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi*.
- Gedeon, S. (2010: 22). *What is Entrepreneurship? 1(3)*. Entrepreneurial Practice Review. [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55514064/EPR\\_Gedeon\\_What\\_is\\_ENT\\_-\\_final\\_Draft\\_July10-libre.pdf?1515709178=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DWhat\\_is\\_Entrepreneurship.pdf&Expires=1688815670&Signature=Tf6EVvDz58q8p6SlzoG8r4Op8OcZj7yuDj](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55514064/EPR_Gedeon_What_is_ENT_-_final_Draft_July10-libre.pdf?1515709178=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DWhat_is_Entrepreneurship.pdf&Expires=1688815670&Signature=Tf6EVvDz58q8p6SlzoG8r4Op8OcZj7yuDj) adresinden alındı
- Gurel, E, Altınay, L, Daniele, R. (2010), "Tourism Students' Entrepreneurial Intentions", Annals of Tourism Research, Vol. 37, No. 3, 646-669.
- Güneri, O.Y. (2008). *Kariyer Yolculuğu*. 1. Baskı. Ankara: Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği.
- Hall D. T., *Career Development*. The International Library of Management, Dartmouth Pub., Comp, 1994.

- Hamilton, R., & Harper, D. (1994: 3,4,5,6). *The Entrepreneur In Theory and Practice*. 21(6). Journal of Economic Studies MCB University Press, 0144-3585. [https://web.archive.org/web/20190307082709id\\_/http://pdfs.semanticscholar.org/f62b/11b94ee0208462d3450c1c868444c2db0e2e.pdf](https://web.archive.org/web/20190307082709id_/http://pdfs.semanticscholar.org/f62b/11b94ee0208462d3450c1c868444c2db0e2e.pdf) adresinden alındı
- Karadeniz, E. E. (2019). *Türkiye'de girişimcilik ve Uluslararası Karşılaştırma, 2018*. (Ö. Ö. Sarioğlu, Dü.) İstanbul: Yeditepe Üniversitesi Yayınevi.
- Karadeniz, Ş. (2021). *Gastronomi ve Mutfak Sanatları Öğrencilerinin Lisans Sonrası Kariyer Beklentileri Doğrultusunda Girişimcilik Eğilimleri: İstanbul'daki Vakıf Üniversiteleri Üzerine Bir Araştırma*. İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksel Lisans Tezi.
- Karaşin, Y., & Öztürk, M. (2023). *Çalışanların Kariyer Adanmışlığının Özel İyi Oluşları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama*. Journal of Healthcare Management and Leadership(1), 46-56. <https://doi.org/10.35345/johmal.1252034>
- Kedikli, E., Mutlu, Z., & Süngü, İ. (2020: 383). *Üniversite Öğrencilerinin Girişimci Kişilik Özellikleri ve Kariyer Planlamaları Açısından İncelenmesi*. International Scientific Researches Congress 2020 Gümüşhane.
- Korkmaz, O. (2012). *Üniversite Öğrencilerinin Girişimcilik Eğilimlerini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma: Bülent Ecevit Üniversitesi Örneği*. Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 14(2), 209-226, Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/akuiibfd/issue/1620/20306>.
- Korkut-Owen, F. (2016). *Psikolojik Danışma Sürecinde umutsuzluk Yerine Umudu Kullanma*. (Ed. A. D. Yıldız), *Pozitif Psikoloji Bağlamında Umud: Hedefe Giden Yolda Sınırları Aşmak*. (7-30). Sankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kozak, M. A. (2001:19). *Konaklama İşletmelerinde Kariyer Planlaması*. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları; No.1326.
- Kusmintarti, A., Thoyip, A., Maskie, G., & Ashar, K. (2016: 26,27). *Entrepreneurial Characteristics as a Mediation of Entrepreneurial Education Influence on Entrepreneurial Intention*. 19(1). Journal of Entrepreneurship Education. [https://www.researchgate.net/profile/William-Laing-2/publication/303144612\\_The\\_oxford\\_MBA\\_A\\_case\\_study\\_in\\_connecting\\_academia\\_with\\_business/links/577d09c508aef26c3b809a74/The-oxford-MBA-A-case-study-in-connecting-academia-with-business.pdf#page=28](https://www.researchgate.net/profile/William-Laing-2/publication/303144612_The_oxford_MBA_A_case_study_in_connecting_academia_with_business/links/577d09c508aef26c3b809a74/The-oxford-MBA-A-case-study-in-connecting-academia-with-business.pdf#page=28) adresinden alındı
- Kuvat, Ö. (2019). *Bilişim Sektöründe Girişimcilik, Balıkesir Üniversitesi Bilgisayar mühendisliği Öğrencilerinin Girişimcilik Eğilim ve Niyetleri Üzerine Bir Araştırma*, 26(1). Yönetim ve Ekonomi.
- Moore, R. (1985: 93, January). *Dentist unemployment-a Scandinavian reality*, 110(1). JADA. 07 12, 2023 tarihinde [https://www.researchgate.net/profile/Rod-Moore-2/publication/19305866\\_Dentist\\_unemployment-a\\_Scandinavian\\_reality/links/59e33bd70f7e9b97f7bead39d/Dentist-unemployment-a-Scandinavian-reality.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Rod-Moore-2/publication/19305866_Dentist_unemployment-a_Scandinavian_reality/links/59e33bd70f7e9b97f7bead39d/Dentist-unemployment-a-Scandinavian-reality.pdf) adresinden alındı
- Moore, R. (1984). *Dentistry's blueprint for the future: a report on the strategic plan developed by the Association's Special Committee on the Future of Dentistry*. JADA 108 (1): 20-30.
- Negiz, N., Özdaşlı, K., Özkul, G. ve Alparslan, A.M., (2009), "Girişimcilik Özellikleri ve Tipleri Açısından Cinsiyet farklılıkları: SDÜ-İİBF Araştırması", Uluslararası – Disiplinlerarası Kadın Çalışmaları Kongresi, 05 – 07 Mart, Sakarya Üniversitesi Rektörlüğü, 241-251.

- Orpen c., “*The Effects of organizational and Individual Career Management on Career Success*”, International Journal of Manpower, Vol. 15, Num. 1, 1994
- Özgen H., A. Öztürk ve A. Yalçın, *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Nobel Kitabevi, Adana, 2022.
- Öztemel, K. (2021: 2). *Kariyer Planlama ve Geliştirme* (3. Baskı: Mart 2021, ankara b.). Ankara: Pegem Akademi.
- Redman, T. Wilkinson, A. (2001). *Contemporary Human Resource Management*, Financial Times Prentice Hall,.268
- Schumpeter, J. A., Becker , M., & Knudsen, T. (2003, Ağustos 19). *Entrepreneur*. Avusturya Ekonomi ve Girişimcilik Çalışmaları.
- Sümer C., “*İnsan Kaynakları yönetimi Etkinliği Olarak Örgütsel Kariyer Planlama ve Geliştirme*”, Türk Psikoloji Bülteni, Cilt.4, Sayı.9, 1999.
- Ulusal İstatistik Enstitüsü: İstatistik Yıllığı. (2004). 07 12, 2023 tarihinde [https://insse.ro/cms/adresinden alındı](https://insse.ro/cms/adresinden%20alındı)
- Wang, K.C., and Wong, P.K. (2004), “Entrepreneurial interest of university students in Singapore”, *Technovation* 24, 163–172.
- Wiskow, C. (2006:42, January 01). *Health worker migration flows in Europe: Overview and case studies in selected CEE countries – Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia*. Cenevre: ILO. [https://www.ilo.org/sector/Resources/publications/WCMS\\_161162/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/sector/Resources/publications/WCMS_161162/lang--en/index.htm) adresinden alındı
- Yıllığı, S. İ. (2021). 07 08, 2023 tarihinde <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316,siy2021-turkcepdf.pdf?0> adresinden alındı
- Yılmaz, T., ve Sözcan, Z. (2019). *Kişilik Özelliklerinin Girişimcilik Eğilimi Üzerine Etkisi: Sakarya Üniversitesi Örneği*. *Bilgi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(1), 78- 107. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/bilgisosyal/issue/47169/549473>.