# 5. ULUSLARARASI 15. ULUSAL SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ KONGRESİ

# TAM METİN BİLDİRİ KİTABI

Editör
**Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN**

OMÜ YAYINLARI

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yayınları 184

**5. ULUSLARARASI 15. ULUSAL SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ KONGRESİ TAM METİN BİLDİRİ KİTABI**

**Editör**

Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN

©Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yayınları
Samsun 2026

**Yayın Yönetmeni**
Doç. Dr. Muhammet MEMİŞ

**Sayfa Düzeni**
Kısmet AYDIN

**ISBN**
978-605-5085-33-9

**Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yayınları**
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Kurupelit Kampüsü
Yayın Koordinatörlüğü 55139 Atakum/SAMSUN
0362 312 19 19
yayinkoordinatorlugu@omu.edu.tr

Kitapta yer alan bilgilerin tüm sorumluluğu yazara aittir.

**omuyayinlari.omu.edu.tr**

# 5. ULUSLARARASI 15. ULUSAL SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ KONGRESİ TAM METİN BİLDİRİ KİTABI

**13-15 Ekim, 2022**

**Editör**

Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN

Kongre, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Birimi tarafından PYO.SBF.1923.2022.004 proje numarasıyla desteklenmiştir.

**Basım Yılı**
2026

15.

5. Uluslararası
15. Ulusal Sağlık ve
Hastane İdaresi
Kongresi

5th International 15th National Congress on Health and Hospital Administration

13 - 15 Ekim 2022

13 - 15 October 2022

OMÜ Atatürk Kültür ve Kongre Merkezi
Samsun, TÜRKİYE

Sürdürülebilir Sağlık Sistemi ve Geleceğin Bilgi Teknolojileri

Sustainable Health System and Future Information Technologies

https://saglikvehastaneidaresi.omu.edu.tr

SAMSUN

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

## ONUR KURULU
## HONORARY COMMITTEE

Samsun Valisi Doç. Dr. Zülkif DAĞLI
Samsun Büyükşehir Belediye Başkanı Mustafa DEMİR
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Yavuz ÜNAL

## VEFA KURULU
## FIDELITY COMMITTEE

Prof. Dr. Adil ARTUKOĞLU
Dr. Çetin AKAR

## DANIŞMA KURULU
## ADVISORY COMMITTEE

Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU
Prof. Dr. Haluk ÖZSARI
Prof. Dr. Haydar SUR
Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ
Prof. Dr. Levent Bekir KIDAK
Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT
Prof. Dr. Mehveş TARIM
Prof. Dr. Ramazan ERDEM
Prof. Dr. Şahin KAVUNCUBAŞI
Prof. Dr. Yusuf ÇELİK
Dr. Öğr. Üyesi Ali ARSLANOĞLU

## DÜZENLEME KURULU
## ORGANIZING COMMITTEE

Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN (Düzenleme Kurulu Başkanı)
Prof. Dr. Türker YARDAN
Öğr. Gör. Mustafa DEMİR
Doç. Dr. Polat TUNÇER
Dr. Öğr. Üyesi Nurcan COŞKUN US
Prof. Dr. A. Tevfik SÜNTER
Prof. Dr. Gürhan UYSAL
Arş. Gör. Birgül YABANA KİREMİT (Kongre Sekreteryası)
Arş. Gör. Gizem Zevde AYDIN (Kongre Sekreteryası)
Arş. Gör. Hasan Fehmi DEMİRCİ (Kongre Sekreteryası)
Arş. Gör. Pelinsu Buket DOĞANYİĞİT (Kongre Sekreteryası)

## BİLİM KURULU
## SCIENTIFIC COMMITTEE


Prof. Dr. A. Ezel ESATOĞLU
Ankara Üniversitesi

Prof. Dr. Abdullah ÇALIŞKAN
Toros Üniversitesi

Prof. Dr. Abdullah SOYSAL
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

Prof. Dr. Ahmet Tevfik SÜNTER
Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Prof. Dr. Alper CİHAN
İstanbul Üniversitesi

Prof. Dr. Arzu KARACA
Munzur Üniversitesi

Prof. Dr. Aygül YANIK
İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Prof. Dr. Ayşegül KAPTANOĞLU
İstanbul Aydın Üniversitesi

Prof. Dr. Ayşe SAN TÜRGAY
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Prof. Dr. Bayram ŞAHİN
Hacettepe Üniversitesi

Prof. Dr. Belma KEKLİK
Süleyman Demirel Üniversitesi

Prof. Dr. Chi-Chang Chang Chung-Shan
Medical University/Tayvan

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU
Atılım Üniversitesi

Prof. Dr. Demet ÜNALAN
Erciyes Üniversitesi

Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN
Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Prof. Dr. Enver BOZDEMİR
Düzce Üniversitesi

Prof. Dr. Gonca MUMCU
Marmara Üniversitesi

Prof. Dr. Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR
Ankara Üniversitesi

Prof. Dr. Gülfer BEKTAŞ
Acıbadem Üniversitesi

Prof. Dr. Gülsün ERİGÜÇ
Hacettepe Üniversitesi

Prof. Dr. Gürhan UYSAL
Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Prof. Dr. Hakkı Cüneyt ULUTİN
Yeni Yüzyıl Üniversitesi

Prof. Dr. Haluk ÖZSARI
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Prof. Dr. Hatice ULUSOY
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi

Prof. Dr. H. Nilay GEMLİK
Marmara Üniversitesi

Prof. Dr. Haydar SUR
Üsküdar Üniversitesi

Prof. Dr. İbrahim Halil CANKUL
İstanbul Arel Üniversitesi

Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ
Ankara Üniversitesi

Prof. Dr. Levent Bekir KIDAK
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT
Sakarya Üniversitesi

Prof. Dr. Mehveş TARIM
Marmara Üniversitesi

Prof. Dr. Mesut ÇİMEN
Acıbadem Üniversitesi

Prof. Dr. Murat KAYALAR
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

Prof. Dr. Musa ÖZATA
Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi

Prof. Dr. Mustafa UÇAR
Iğdır Üniversitesi

Prof. Dr. Mümtaz KÖKSAL
Universitätsklinikum Bonn AöR

Prof. Dr. Nermin YENİKÖSE
Başkent Üniversitesi

Prof. Dr. Nilgün SARP
İstanbul Bilgi Üniversitesi

Prof. Dr. Oğuz IŞIK
Hacettepe Üniversitesi

Prof. Dr. Ömer GİDER
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU
Hacettepe Üniversitesi

Prof. Dr. Ramazan ERDEM
Süleyman Demirel Üniversitesi

Prof. Dr. Sedat BOSTAN
Karadeniz Teknik Üniversitesi

Prof. Dr. Seyhan ÇİL KOÇYİĞİT
Hacı Bayram Veli Üniversitesi

Prof. Dr. Sıdıka KAYA
Hacettepe Üniversitesi

Prof. Dr. Süleyman DÜNDAR
İzmir Bakırçay Üniversitesi

Prof. Dr. Şahin KAVUNCUBAŞI
Başkent Üniversitesi

Prof. Dr. Ş. Burak BEKAROĞLU
Marmara Üniversitesi

Prof. Dr. Türker YARDAN
Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Prof. Dr. Yalçın KARAGÖZ
Düzce Üniversitesi

Prof. Dr. Yasemin AKBULUT
Ankara Üniversitesi

Prof. Dr. Yeter DEMİR USLU
İstanbul Medipol Üniversitesi

Prof. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK
Selçuk Üniversitesi

Prof. Dr. Yusuf ÇELİK
Marmara Üniversitesi

Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK
Hacı Bayram Veli Üniversitesi

Doç. Dr. Ahmet İLHAN
Bayburt Üniversitesi

Doç. Dr. Ahmet YILDIZ
Batman Üniversitesi

Doç. Dr. Alper Veli ÇAM
Gümüşhane Üniversitesi

Doç. Dr. Aydan YÜCELER
Necmettin Erbakan Üniversitesi

Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ
Necmettin Erbakan Üniversitesi

Doç. Dr. Aykut EKİYOR
Hacı Bayram Veli Üniversitesi

Doç. Dr. Bilal ÇANKIR
İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Doç. Dr. Birkan TAPAN
Demiroğlu Bilim Üniversitesi

Doç. Dr. Çiğdem BASKICI
Başkent Üniversitesi

Doç. Dr. Dilek ÖZDEMİR GÜNGÖR
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Doç. Dr. Ece UĞURLUOĞLU ALDOĞAN
Ankara Üniversitesi

Doç. Dr. Edibe Asuman ATİLLA
Hacı Bayram Veli Üniversitesi

Doç. Dr. Elif Türkan ARSLAN
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Doç. Dr. Emin İBİLİ
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Doç. Dr. Emre İŞÇİ
Marmara Üniversitesi

Doç. Dr. Erdal EKE
Süleyman Demirel Üniversitesi

Doç. Dr. Erdinç ÜNAL
Ardahan Üniversitesi

Doç. Dr. Ersin KORKMAZ
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi

Doç. Dr. Esra Nazmiye KILCI
İstanbul Üniversitesi

Doç. Dr. Fatih BUDAK
Kilis 7 Aralık Üniversitesi

Doç. Dr. Ferhat ZENGÜL
The University of Alabama at Birmingham

Doç. Dr. Fuat KORKMAZER
Muş Alparslan Üniversitesi

Doç. Dr. Gökhan ABA
Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi

Doç. Dr. Halil ŞENGÜL
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi

Doç. Dr. Harun KIRILMAZ
Sakarya Üniversitesi

Doç. Dr. Haşim BAĞCI
Aksaray Üniversitesi

Doç. Dr. Itır ERKAN
Yeni Yüzyıl Üniversitesi

Doç. Dr. İsmail ŞİMŞİR
Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi

Doç. Dr. Kerem TOKER
Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Doç. Dr. Keziban AVCI
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Doç. Dr. Maria Johann Szkoła Główna
Handlowa w Warszawie

Doç. Dr. Mehmet Nurullah KURUTKAN
Düzce Üniversitesi

Doç. Dr. Mehmet YORULMAZ
Selçuk Üniversitesi

Doç. Dr. Meltem SAYGILI
Kırıkkale Üniversitesi

Doç. Dr. Muhammet ÇANKAYA
Hitit Üniversitesi

Doç. Dr. Mukaddes ÖRS
Akdeniz Üniversitesi

Doç. Dr. Munkh-Erdene LUVSAN
Mongolian National University

Doç. Dr. Mustafa CANBAZ
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Doç. Dr. Mustafa NAL
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Doç. Dr. Mustafa Said YILDIZ
Sağlık Bakanlığı

Doç. Dr. Nadide Sevil TÜLÜCE
Kayseri Üniversitesi

Doç. Dr. Nesrin AKCA
Kırıkkale Üniversitesi

Doç. Dr. Nezihe TÜFEKCİ
Süleyman Demirel Üniversitesi

Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR
Gümüşhane Üniversitesi

Doç. Dr. Oğuz KARA
Düzce Üniversitesi

Doç. Dr. Oktay YANIK
Yüksek İhtisas Üniversitesi

Doç. Dr. Osman Kürşat ONAT
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

Doç. Dr. Özge UYSAL ŞAHİN
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Doç. Dr. Özgür DEMİRTAŞ
Kayseri Üniversitesi

Doç. Dr. Özlem ÖZER
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Doç. Dr. Pınar YALÇIN BALÇIK
Hacettepe Üniversitesi

Doç. Dr. Polat TUNÇER
Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Doç. Dr. Sabahattin TEKİNGÜNDÜZ
Mersin Üniversitesi

Doç. Dr. Saffet OCAK
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Doç. Dr. Serap DURUKAN KÖSE
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Doç. Dr. Selma SÖYÜK
İstanbul Üniversitesi

Doç. Dr. Sibel ÖZAFŞARLIOĞLU
Uşak Üniversitesi

Doç. Dr. Şahin ÇETİNKAYA
Aksaray Üniversitesi

Doç. Dr. Şerife Didem KAYA
Necmettin Erbakan Üniversitesi

Doç. Dr. Şükrü Anıl TOYGAR
Tarsus Üniversitesi

Doç. Dr. Taşkın KILIÇ
Ordu Üniversitesi

Doç. Dr. Vahit YİĞİT
Süleyman Demirel Üniversitesi

Doç. Dr. Yeliz MERCAN
Kırklareli Üniversitesi

Doç. Dr. Yusuf Yalçın İLERİ
Necmettin Erbakan Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Abdulkadir GÜÇLÜ
İstanbul Aydın Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Abdullah Çetin YİĞİT
Toros Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Abdülaziz ERTAŞ
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Ahmet ALKAN
Süleyman Demirel Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Ahmet GENÇ
İstanbul Aydın Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Ahmet KAR
Kırıkkale Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Ahmet TERZİ
Kayseri Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Ali ARSLANOĞLU
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Ali ÜNAL
Hitit Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Ali KARAMAN
Bingöl Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Ali YILMAZ
Kırıkkale Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Aslan KAPLAN
Hacettepe Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Aslı KÖSE
Gümüşhane Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. A. Yunus SARIYILDIZ
Samsun Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Aysun DANAYİYEN
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Arzu BULUT
Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Aydan KAYSERİLİ
Toros Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Aynur TORAMAN
Süleyman Demirel Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Bahar ÇELİK
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Berna EREN
Acıbadem Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Bilal AK
Biruni Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Burcu TÜMERDEM ÇALIK
Marmara Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Can METE
Yeni Yüzyıl Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Canser BOZ
İstanbul Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Çiğdem DİKMEN
Demiroğlu Bilim Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Demet TOPAL KOÇ
Kırklareli Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Dilek ŞAHİN
Düzce Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Dilek USLU
Hacı Bayram Veli Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Duygu ÇERİ
Sinop Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Ekrem SEVİM
Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Erhan EKİNGEN
Batman Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Erman GEDİKLİ
İstanbul Medipol Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Ersen ALOĞLU
Hacettepe Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Engin BOZTEPE
Ardahan Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Fatih ŞEKERCİOĞLU
Toronto Metropolitan University

Dr. Öğr. Üy. Fatma KANTAŞ YILMAZ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Fatma MANSUR
Hacı Bayram Veli Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Fedayi YAĞAR
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Fuad SELAMZADE
Muş Alparslan Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Fuat YALMAN
Düzce Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Gözde YEŞİLAYDIN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Gülay EKİNCİ
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Gülmira KERİM
İstanbul Aydın Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Gülşen ÇETİN AYDIN
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Hakan AKIN
Yüksek İhtisas Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Hatice AĞCA
Aksaray Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Hatice MUTLU
Beykent Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Hüseyin ASLAN
Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. İbrahim BOZKURT
Kilis 7 Aralık Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. İrfan USTA
Gaziosmanpaşa Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. İsmail Serden BAŞAK
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. İsmail SEÇER
Beykent Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. İzzet ERDEM
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Kubilay ÖZER
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Mehmet Emin KURT
Dicle Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Mehtap Çakmak BARSBAY
Hacı Bayram Veli Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Mustafa AMARAT
Ordu Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Mustafa MACİT
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Mustafa METE
İstanbul Aydın Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Mustafa SÜHEYL POZANTI
Beykent Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Naveed Sadiq Khyber
Medical University

Dr. Öğr. Üy. Necla YILMAZ
Süleyman Demirel Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Nur ŞİŞMAN KİTAPÇI
Marmara Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Nurcan COŞKUN US
Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Nurdan ORAL KARA
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Nurperihan TOSUN
Cumhuriyet Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Okan ÖZKAN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Özden GÜDÜK
Yüksek İhtisas Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Özge ÇONAK
Beykent Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. R. Özgür ÇATAR
Marmara Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Reşat SAKUR
Şırnak Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Seda KIZIL
Bayburt Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Seda KUMRU
Bakırçay Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Seda UYAR
İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Sefa Emre YILMAZEL
Bayburt Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Selman KIZILKAYA
Dicle Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Serap TAŞKAYA
Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Sevda DEMİR
Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Sinan BULUT
Çankırı Karatekin Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Suat PEKER
İstanbul Arel Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Sümeyye ÖZMEN
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Şehadet BULUT
Kilis 7 Aralık Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Şerafettin ERTEN
Uşak Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Tezcan ŞAHİN
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Tuğba GÜZ
Yeni Yüzyıl Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Tuğba ŞAHİN ÇİÇEK
İstanbul Aydın Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Turgay KARALİNÇ
İstanbul Gelişim Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Turgut ŞAHİNÖZ
Ordu Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Yasemin ASLAN
Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Yaşar ODACIOĞLU
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Yavuz Selim KÜÇÜK
Samsun Üniversitesi

Dr. Öğr. Üy. Zülfiye BIKMAZ
Kırklareli Üniversitesi

## DAVETLİ KONUŞMACILAR
## INVITED SPEAKERS

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bakan Yardımcısı

Prof. Dr. Mümtaz Ali KÖKSAL
Universitätsklinikum Bonn AöR, Germany

Prof. Dr. Haluk ÖZSARI
İstanbul Üniversitesi

Prof. Dr. Haydar SUR
Üsküdar Üniversitesi

Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT
Dr. Öğr. Üyesi Bernard TAHIRBEGOLLI
Heimerer College, Kosovo

Doç. Dr. Ferhat Devrim ZENGÜL
University of Alabama at Birmingham, United States of America (USA)

Dr. Öğr. Üyesi Fatih ŞEKERCİOĞLU
Toronto Metropolitan University, Canada

Dr. Öğr. Üyesi Aziz Ahmet SÜREL
Ankara Şehir Hastanesi Koordinatör Başhekimi

Uzm. Vahap DOĞAN
Ankara Şehir Hastanesi İşletme CEO'su

Güner ARMUTLU
Samsun Medicana Hastanesi Genel Müdürü

## YABANCI UYRUKLU DAVETLİ KONUŞMACILAR

Almanya- Prof. Dr. Mümtaz Ali KÖKSAL
Universitätsklinikum Bonn AöR, Germany

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)- Doç. Dr. Ferhat Devrim ZENGÜL
University of Alabama at Birmingham, USA

Kosova- Dr. Öğr. Üyesi Bernard TAHIRBEGOLLI
Heimerer College, Kosovo

Kanada- Dr. Öğr. Üyesi Fatih ŞEKERCİOĞLU
Toronto Metropolitan University, Canada

## YABANCI UYRUKLU BİLDİRİLİ KATILIMCILAR

Uzm. Fagan HASANZADE Bakü Sağlık Merkezi, Azerbaycan

Doç. Dr. Naveed SADIQ Khyber Medical University, Pakistan

# ÖNSÖZ

Sağlık Yönetimi alanında bilimsel çalışma kongresi olan "Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi", her yıl düzenli olarak farklı üniversitelerin ev sahipliğinde gerçekleşmektedir. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi yıllardır düzenlenen büyük bir organizasyondur. Uluslararası düzeyde ilk olarak 13-15 Ekim 2017 tarihinde "1. Uluslararası 11. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi" adıyla düzenlenmeye başlanmıştır.

Kongre Dünya'da ve Türkiye'de ortaya çıkan gelişmeleri ve sorunları bilimsel bir bakış açısıyla ele almak, değerlendirmek ve çözüm önerileri sunmak amacıyla düzenlenmektedir. Kongreye alanının önde gelen yerli ve yabancı davetli konuşmacılarının yanında, akademisyenler, kamu ve özel sağlık kurumları temsilcileri, hastane ve sağlık kuruluşları yöneticileri, sektör temsilcileri davet edilmiştir. Kongrede paneller, toplantılar, sözlü ve poster bildiriler dışında çeşitli eğitimler verilmiştir. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi'nde birçok konu başlıkları belirlenerek Sağlık Yönetimi alanında yaşanan güncel konu ve sorunlara değinilmiştir.

5. Uluslararası 15. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi'nde "Sağlık hizmetleri yönetimi, sağlık bilgi teknolojileri, sağlık kurumlarında örgütsel davranış, sağlık kurumlarında halkla ilişkiler, sağlık kurumlarında stratejik yönetim, sağlık kurumlarında finansal yönetim, sağlık kurumlarında üretim ve işlemler yönetimi, uzun dönemli bakım hizmetleri, sağlık hizmetlerinde etik, sağlık sektöründe girişimcilik ve yenilikçilik, sağlık iletişimi, sağlık sosyolojisi, sağlık turizmi, kriz zamanlarında sağlık yönetimi, yönetim bilimleri, sağlık hukuku, akılcı ilaç kullanımı, sağlık yönetiminde kantitatif teknikler, sağlık personeli göçünün sağlık hizmetlerine yansıması, entegre sağlık hizmetleri, one health (tek sağlık), sağlık ekosistemi, uzaktan sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinde istihdam, teknoloji ve sağlık hizmetleri, pandemi sonrası sağlık hizmetleri, döngüsel ekonomi, akademik süreçlerde bilimsel etik, hastane mimarisi, sağlık hizmetlerinde dijital pazarlama, sağlık hizmetlerinde lojistik ve tedarik zinciri, sağlıkta şiddet, hastane enfeksiyonları (hastane yönetiminin sorumluluğu)" konu başlıkları olarak seçilmiştir.

5. Uluslararası ve 15. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi 13-15 Ekim 2022 tarihlerinde Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesinin ev sahipliğinde "Sürdürülebilir Sağlık Sistemleri ve Geleceğin Bilgi Teknolojileri" ana temasıyla fiziksel ve

çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir. Kongrenin fiziksel programı kapsamında 5 konuşma, 2 panel, 2 eğitim ve 20 oturum gerçekleştirilmiştir. Çevrim içi programı kapsamında ise 14 oturum gerçekleştirilmiştir. Akademik camia ve uygulama alanlarından katılan araştırmacılar tarafından fiziksel programda 73 sözel bildiri ve 3 poster bildiri; çevrimiçi programda 57 sözel bildiri ve 1 poster bildiri sunulmuştur. Kongrede 11 davetli konuşmacı ve panelist, konuşma ve panellerde bilgilerini paylaşmıştır. Kongre'de 13 Ekim 2022 tarihinde Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanları toplantısı düzenlenmiştir.

Kongre, akademisyen, sektör çalışanı, öğrenci ve diğer alanlardan katılımcıların desteği ile gerçekleştirilmiştir. Kongreye ulusal katılımcıların yanı sıra, ABD, Kanada, Kosova, Almanya, Pakistan ve Azerbaycan ülkelerinden katılım gerçekleşmiştir. Kongre açılış konuşmaları kongre düzenleme kurulu başkanı Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN, Kongre tarihindeki Üniversitemiz Rektörü Prof. Dr. Yavuz ÜNAL ve saygıdeğer valimiz Doç. Dr. Zülkif DAĞLI tarafından gerçekleştirilmiştir. Açılış konuşmalarının ardından T.C. Sağlık Bakanlığından kongremize online katılım sağlayan Sağlık Bakan Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin AYDIN, "Sürdürülebilir Sağlık Sistemi ve Geleceğin Bilgi Teknolojileri" başlıklı konuşmayı gerçekleştirmiştir. Kongre'de Kosova Heimerer College'den Dr. Öğr. Üyesi Bernard TAHIRBEGOLLI'in katılımıyla Prof. Dr. Yusuf ÇELİK'in moderatörlüğünde "Multiculturalism As A Value In Health Care In The Western Balcan" tartışılmıştır. Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ'ın moderatörlüğünde, Amerika Birleşik Devletleri The University of Alabama at Birmingham'dan Doç. Dr. Ferhat Devrim ZENGÜL'ün katılımıyla "Sağlık Kurumlarının Finansal Sürdürülebilirliğine ABD Bakış Açısı" konusunda gerçekleştirilmiştir. Prof. Dr. Mehveş TARIM moderatörlüğünde Kanada Toronto Metropolitan University'den Dr. Öğr. Üyesi Fatih ŞEKERCİOĞLU'nun da katılımıyla "Pandemi Sonrası Sürdürülebilir Ve Etkili Bir Sağlık Yönetimi Vizyonu: Kanada Perspektifi" konusu ele alınmıştır. Prof. Dr. Ramazan ERDEM'in moderatörlüğünde Almanya Universitätsklinikum Bonn'dan Prof. Dr. Mümtaz Ali KÖKSAL'ın katılımıyla "Gelecekteki Sağlık Teknoloji Trendlerine Almanya Perspektifinden Bakış" konusunda gerçekleştirilmiştir. Prof. Dr. Şahin KAVUNCUBAŞI'nın moderatörlüğünde gerçekleşen "Entegre Sağlık Sistemi" başlıklı panele İstanbul Üniversitesi'nden Prof. Dr. Haluk ÖZSARI, Üsküdar Üniversitesi'nden Prof. Dr. Haydar SUR ve Sakarya Üniversitesi'nden Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT katılmışlardır. Kongrenin ikinci paneli Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ'ın moderatörlüğünde Ankara Şehir Hastanesi Koordinatör Başhekimi Dr. Öğr. Üyesi Aziz Ahmet SÜREL, Ankara Şehir Hastanesi İşletme CEO'su Uzm. Vahap DOĞAN ve Medicana International Samsun Hastanesi Genel Müdürü Güner ARMUTLU'nun katılımıyla "Pandemi Sonrası Sağlık Hizmetlerinde Yönetsel Sorunlar Ve Çözüm Önerileri" konusunda gerçekleştirilmiştir. Kongre kapsamında Prof. Dr. Hasan Tahsin KEÇELİGİL tarafından "Sağlık Hizmetlerinde Etik" ve Doç. Dr. Ahmet Serhat ULUDAĞ tarafından "Sağlık Yönetiminde Sürdürülebilirlik Ve Verimlilik: Verimlilik Ölçümü İçin Alternatif Bir Yöntem Olarak EATWIOS" konulu iki eğitim gerçekleştirilmiştir. Eğitim programlarına lisans, yüksek lisans ve doktora öğrencileri ve akademisyenler katılım göstermiştir. Panel

ana konuşma ve eğitimlere paralel olarak 3 salonda ve çevrim içi olarak hibrit gerçekleştirilen kongrede, araştırmacılar araştırmalarını üç gün boyunca sunmuşlardır. Çevrim içi ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Atatürk Kongre ve Kültür Merkezi mavi salonun kayıtları dijital platformda yer almaktadır. Kayıtlı kullanıcılara gelen şifre ile kullanıcılar 3 ay bu kayıtları kullanabilecektir. Sunulan bildirilerin hakem değerlendirme ve sunum sürecinde oturum moderatörleri tarafından yapılan değerlendirmeler dikkate alınarak 3 adet bildiri ödülü verilmiştir. Ödüllerden ilki "Covid-19 Aşı Etkililiğinin Değerlendirilmesi: Bir Meta Analiz Çalışması" isimli çalışmalarıyla Arş. Gör. Birol YETİM ve Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU'na verilmiştir. İkinci ödül "0-14 Yaş Çocuklarda Solunum Yolu Hastalıklarına Ait Hasta Fatura Tutarının Yapay Sinir Ağları ve Çoklu Doğrusal Regresyon İle Tahmin Edilmesi" isimli çalışmasıyla Arş. Gör. Birgül YABANA KİREMİT'e, Üçüncü ödül "Hasta Gözüyle Anne Dostu Hastane Kriterleri" isimli çalışmalarıyla Dr. Öğr. Üyesi Aysun YEŞİLTAŞ, Doç. Dr. Şerife Didem KAYA, Doç. Dr. Aydan YÜCELER, Prof. Dr. Hüseyin GÖRKEMLİ ve Dr. Gülnur EREN'e verilmiştir.

Kongre, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Birimi tarafından PYO.SBF.1923.2022.004 proje numarasıyla desteklenmiştir.

Kongre sürecinde yapılan Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanları toplantısında bir sonraki kongrenin Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü ev sahipliğinde yapılmasına karar verilmiştir.

Kongremize katılan tüm katılımcılara, kongrenin düzenlenmesinde destek veren Samsun Valiliği'ne, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörlüğüne, Samsun Büyükşehir Belediyesi'ne, Samsun Kültür Turizm Müdürlüğü'ne, Canik Belediye Başkanlığı'na, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi'ne, kongre danışma kurulu Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ, Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT, Prof. Dr. Yusuf ÇELİK, Prof. Dr. Ramazan ERDEM, Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU, Prof. Dr. Şahin KAVUNCUBAŞI, Prof. Dr. Levent Bekir KIDAK, Prof. Dr. Haluk ÖZSARI, Prof. Dr. Haydar SUR, Prof. Dr. Mehveş TARIM, Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU, ve Dr. Öğr. Üyesi Ali ARSLANOĞLU'na, düzenleme kurulunda yer alan Prof. Dr. Türker YARDAN, Öğr. Gör. Mustafa DEMİR, Doç. Dr. Polat TUNÇER, Arş. Gör. Birgül YABANA KİREMİT, Arş. Gör. Gizem Zevde AYDIN, Arş. Gör. Hasan Fehmi DEMİRCİ ve Arş. Gör. Pelinsu Buket DOĞANYİĞİT'e, Samsun Özel Medicana Hastanesi'ne teşekkür ederim.

Bildiri kitabımızın basımında destek sağlayan Rektörümüz Sayın Prof. Dr. Fatma AYDIN'a içten teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca basım sürecinde emek veren Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yayın Koordinatörlüğü'ne teşekkür ederim.

Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN
Kongre Düzenleme Kurulu Başkanı

# İÇİNDEKİLER

**DAVETLİ KONUŞMACILARIN SUNUMU.....22**

**MULTICULTURALISM AS A VALUE IN HEALTH CARE IN THE WESTERN BALKANS .....23**

Dr. Öğr. Üyesi Bernard TAHIRBEGOLLI ..... 23

Dr. Öğretim Üyesi Driton MALJICHI ..... 23

**FINANCIAL SUSTAINABILITY OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS: A USA PERSPECTIVE .....24**

Doç. Dr. Ferhat Devrim ZENGÜL ..... 24

**PANDEMİ SONRASI SÜRDÜRÜLEBİLİR VE ETKİLİ BİR SAĞLIK YÖNETİMİ VİZYONU: KANADA PERSPEKTİFİ .....26**

Dr. Öğr. Üyesi Fatih ŞEKERCİOĞLU ..... 26

**GELECEKTEKİ SAĞLIK TEKNOLOJİ TRENDLERİNE ALMANYA PERSPEKTİFİNDEN BAKIŞ .....27**

Prof. Dr. Mümtaz Ali KÖKSAL ..... 27

**HOLİSTİK YAKLAŞIM VE ENTEGRE SAĞLIK SİSTEMİ.....28**

Prof. Dr. Haydar SUR ..... 28

**ENTEGRE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ORGANİZASYONU.....30**

Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT ..... 30

**BÜTÜNLEŞİK SAĞLIK HİZMETLERİNDE DEĞER TEMELLİ YAKLAŞIM .....33**

Prof. Dr. Haluk ÖZSARI ..... 33

**PANDEMİ SONRASI SAĞLIK HİZMETLERİNDE YÖNETSEL SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ .....35**

Dr. Öğr. Üyesi Aziz Ahmet SÜREL ..... 35

Uzm. A.Vahap DOĞAN ..... 37

Güner ARMUTLU ..... 38

**TAM METİN BİLDİRİLER ..... 39**

**FİNANSMAN SİSTEMİNE GÖRE SEÇİLMİŞ OECD ÜLKELERİNİN SAĞLIK SİSTEM PERFORMANSLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ ..... 40**

Berna Kırıkoğlu ..... 40

Tuncay Köse ..... 40

**CAM TAVAN SENDROMU ve ÖRGÜTSEL ADALET ARASINDAKİ İLİŞKİ: SAĞLIK KURUMU ÖRNEĞİ ..... 51**

Taşkın Kılıç ..... 51

Derya Demir ..... 51

**HEMŞİRE-HEMŞİRE İŞBİRLİĞİNİN HEMŞİRELERİN İŞ DOYUMUNA ETKİSİNİN İNCELENMESİ ..... 61**

İlknur Özkaya ..... 61

Yasin Çilhoroz ..... 61

Oğuz Işık ..... 61

İsmail Biçer ..... 61

**RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK İNANCIN İNCELENMESİ: SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA ..... 77**

Şükrü Boz ..... 77

Yasin Çilhoroz ..... 77

Sevilay Karaman ..... 77

Oğuz Işık ..... 77

**GÜVENLİK İKLİMİ VE İŞE DEVAMSIZLIK ARASINDAKİ İLİŞKİ: BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE UYGULAMA ..... 91**

Mesut Ardıç ..... 91

Nilüfer Ceren Aydın ..... 91

Merve Can-Develi ..... 91

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALINDA YÜRÜTÜLEN COVİD-19 KONULU TEZLERİN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ ..... 98**

Gizem Zevde Aydın ..... 98

Pelinsu Buket Doğanyiğit ..... 98

Hasan Fehmi Demirci ..... 98

**SAĞLIK HİZMETLERİNİN ZAMANA DAYALI PERFORMANSININ DEĞERLENDİRİLMESİ ... 112**

Hakan Kaçak ..... 112

Şahin Kavuncubaşı ..... 112

**SAĞLIK PERSONELİNİN BİLGİ GÜVENLİĞİ KONUSUNDA BİLİNÇ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ ..... 120**

Ferhat Baş ..... 120

**ANKARA'DA FAALİYET GÖSTEREN ÖZEL HASTANELERİN BİREYSEL PERFORMANS DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİNİ KULLANIMLARINA İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA .....139**

E. Asuman Atilla ..... 139

Evin Bilmez Kıtay ..... 139

Pelin Sena Çelebiler..... 139

**COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN KARİYER ALGISININ İNCELENMESİ: SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİ ÖRNEĞİ .....158**

Meltem Saygılı..... 158

Ece Avcı ..... 158

Ceren Ünsal..... 158

Gökçenur Evci..... 158

**DETERMINING THE OCCUPATIONAL COMMITMENT AND CAREER COMMITMENT LEVELS OF MEDICAL FACULTY RESEARCH ASSISTANTS .....170**

Selin Ökçün ..... 170

Elif Dikmetaş Yardan ..... 170

**OECD ÜLKELERİNİN DAVRANIŞSAL SAĞLIK RİSK FAKTÖRLERİ AÇISINDAN SD TEMELLİ MOORA YÖNTEMİYLE DEĞERLENDİRİLMESİ.....179**

Gizem Zevde Aydın..... 179

Ferdane Betül Bölükbaşı ..... 179

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN YAŞLI BİREYLERE VE YAŞLILIĞA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ VE ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ .....198**

Zilan Çiliger..... 198

Yusuf Çelik..... 198

**SAĞLIK HİZMETLERİNE DUYULAN GÜVEN DÜZEYİNİN AŞILANMA DAVRANIŞLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ .....210**

Gülsüm Şiranlı ..... 210

Yusuf Çelik..... 210

**COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE UYGULAMAYA KONULAN MALİ TEDBİR VE TEŞVİKLERİN KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ: TÜRKİYE VE ALMANYA KARŞILAŞTIRMASI .....225**

Ferhat Baş ..... 225

Erol Göral ..... 225

**KAMU VE ÖZEL SAĞLIK KURUMLARINDA ÇALIŞANLARIN İŞ BECERİKLİLİĞİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI.....242**

Selman Kızılkaya..... 242

Altuğ Çağatay ..... 242

Figen Özşahin..... 242

**BİREYLERİN HASTA HAKLARI KULLANIM TUTUMLARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA.....260**

Hasan Fehmi Demirci ..... 260

Polat Tunçer ..... 260

**ÖZEL HASTANELERİN WEB SİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....270**
Hasan Fehmi Demirci ..... 270
Gizem Zevde Aydın..... 270
**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN PERSPEKTİFİNDEN DİJİTAL SAĞLIK ORTAMINDA VERİ YÖNETİMİ: GEDİZ SHMYO ÖRNEĞİ.....286**
Yaşar Demir ..... 286
Erhan Dağ..... 286
Sinan Darcan ..... 286
**KOMPLİKASYON VARSAYIMI ALTINDA KAROTİS ARTER STENOSU TEDAVİ YÖNTEMLERİNİN MALİYET-ETKİLİLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....295**
İzzet Aydemir..... 295
Afsun Ezel Esatoğlu ..... 295
**YÜKSEK GELİR GRUBUNDA YER ALAN ÜLKELERİN SAĞLIK HARCAMALARI AÇISINDAN VZA YÖNTEMİYLE İNCELENMESİ.....305**
Fevzi Akbulut..... 305
**TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETİ ÖDEMELERİNDE USULSÜZLÜKLERE GENEL BİR BAKIŞ..326**
Aziz Küçük ..... 326
**SAĞLIK KURUMLARINDAKİ SOSYAL SERMAYENİN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ 'ÇIKIŞ, KONUŞMA, SADAKAT, İHMAL' TEPKİLERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ.....335**
Kübra Bağcı Derinpınar ..... 335
Hava Gökdere Çınar ..... 335
**HASTANELERDE ÇEVRESEL TÜRBÜLANSIN ÖRGÜTSEL DOĞAÇLAMA ÜZERİNDEKİ ETKİSİ .....346**
Koray Kopuz ..... 346
Emre İşçi..... 346
**MANAGERIAL NEEDS ASSESSMENT OF THE PRIMARY HEALTH CARE MANAGERS BELONGING TO THE WAR EFFECTED TRIBAL AREAS OF PAKISTAN.....361**
Naveed Sadiq ..... 361
Mustafa Said Yıldız ..... 361
**ÇABA-ÖDÜL DENGESİZLİĞİ (ÇÖD) ÖLÇEĞİNİN UZUN TÜRKÇE FORMUNUN (U-ÇÖD-TR) GEÇERLİK, GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI.....368**
Hüseyin Abuhanoğlu ..... 368
**BİREYLERİN SAĞLIK HABER ALGI DÜZEYLERİNİ BELİRLEMEYE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA .....389**
Dilek Uslu ..... 389
Gülizar Gülcan Şeremet..... 389
Canan Demir ..... 389

**SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN İLETİŞİM BECERİLERİNİN İNCELENMESİ.....400**
Bilge Büyükşirin ..... 400
Serol Karalar ..... 400
**TÜRKİYE'DEKİ TERMAL KAPLICA TESİSLERİNİN WEB SAYFALARININ İŞLETME VE SAĞLIK TEMASI BAKIMINDAN İÇERİK ANALİZİ İLE İNCELENMESİ.....414**
Tezcan Şahin ..... 414
Saffet Ocak ..... 414
Şükran Karakaş ..... 414
**KLİNİK KARAR DESTEK SİSTEMİNİN SAĞLIK BAKIM KALİTESİNE ETKİSİ .....425**
Aykut Ekiyor ..... 425
Gülhan Gök ..... 425
**YEŞİL HASTANE KONULU YAYINLARIN BİBLİYOMETRİK PROFİLİ: WEB OF SCIENCE CORE COLLECTION VERİ TABANINA DAYALI BİR DEĞERLENDİRME .....442**
Cemre Eda Erkılıç ..... 442

# DAVETLİ KONUŞMACILARIN SUNUMU

# MULTICULTURALISM AS A VALUE IN HEALTH CARE IN THE WESTERN BALKANS

Dr. Öğr. Üyesi Bernard TAHIRBEGOLLI
Dr. Öğretim Üyesi Driton MALJICHI

Proper interaction skills and the ability to deal with the sensitivity of different cultural beliefs and practices at work is an important tools for healthcare professionals to improve the quality, and effectiveness of healthcare delivery, and reduce health disparities. In this study, we aimed to examine the healthcare preferences and perspectives of citizens in Albania, North Macedonia, Kosovo, Montenegro, Serbia, and Bosnia and Herzegovina, as well as their trust in medical professionals.

A self-reported questionnaire is used to collect information on the level of six western Balkan countries citizens (3,789 participants) aged eighteen (18) through seventy (70), from July 25, 2021, through October 30, 2021, and they were recruited through the snowball sampling technique.

When the doctor was of a different ethnicity than the study participants, 86.4% reported no effect of ethnicity on receiving health care services in health institutions. When the doctor was from a different religion, 90% of participants reported that their religion had an impact on receiving health care services in health institutions. There was no statistically significant difference in the trust toward medical doctors of different genders ($p>0.05$). The most common reasons that participants do not choose a healthcare institution are when a health institution prioritizes economic benefit over patient health (17%.8) and when they make mistakes in health institutions and hide them (17.1%). On the other hand, the main reasons that indicate their desire to choose a healthcare institution are when there are better quality health services (13.6%) and when the institution prioritizes the patient's health (12.7%).

We discovered that when the doctor was of a different ethnicity or religion than the patients in the Western Balkans, ethnicity and religion had little effect on receiving health care services in health institutions. It is important to address the issue of healthcare workers in the Western Balkans not being aware of unintended discrimination, which may occur due to negligence, ignorance, or unintentional prejudice.

# FINANCIAL SUSTAINABILITY OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS: A USA PERSPECTIVE

Doç. Dr. Ferhat Devrim ZENGÜL

During the recent three years, we have been observing the implications of COVID-19 on every dimension of human life. A tiny virus has changed the world and had severe implications on healthcare services in all aspects of delivery, including clinical, operational, and financial dimensions. While the question of its origin remains unanswered, the speed of its spread and its immense impact has been experienced by all nations worldwide. The pandemic taught an unforgettable lesson to healthcare administrators on how to develop strategies for future surprises. While healthcare organizations must learn how to respond to such surprises and sustain their organizations both financially and operationally, educators need to incorporate lessons learned from this pandemic into their curricula to prepare future administrators better.

In the United States, healthcare providers did not experience substantial financial difficulty due to the $175 billion in government subsidies through Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security (CARES) act. A recent study suggests that the financial indicators of many governmental and rural hospitals improved because of cash infusion through the CARES act during the COVID-19 pandemic (Wang, Bai, & Anderson, 2022). Even though the CARES act provided financial relief to healthcare organizations in the US, there is a significant problem that keeps many healthcare administrators awake during the night. This major problem is the shortage of the healthcare workforce, particularly the nursing shortage. There has been a significant exodus from the nursing profession in the United States (Lopez, Anderson, West, & Clearly, 2022), and many stakeholders, including American Hospital Association, have been urging congress to relax visa restrictions to make international nurses available to American hospitals. In short, despite the temporary financial relief that the CARES act provided to US healthcare organizations, financial sustainability, in the long run, is still a significant problem. In addition to the financial sustainability problem, operational challenges such as the shortage of healthcare workforce are expected to continue in the future.

## References

*Lopez, V., Anderson, J., West, S., & Cleary, M. (2022). Does the COVID-19 pandemic further impact nursing shortages?. Issues in Mental Health Nursing, 43(3), 293-295.*

*Wang, Y., Bai, G., & Anderson, G. (2022, May). COVID-19 and Hospital Financial Viability in the US. In JAMA Health Forum (Vol. 3, No. 5, pp. e221018-e221018). American Medical Association.*

# PANDEMİ SONRASI SÜRDÜRÜLEBİLİR VE ETKİLİ BİR SAĞLIK YÖNETİMİ VİZYONU: KANADA PERSPEKTİFİ

Dr. Öğr. Üyesi Fatih ŞEKERCİOĞLU

COVID-19 pandemisi ile Dünya'da ilk defa bir pandeminin, neredeyse bütün ekonomik faaliyetlerin durmasına sebep olduğu görülmüştür. Pandemi ile meydana gelen değişimler içerisinde en önemli olan iki değişken olarak; acil durum meydana geldiğinde cevap verme yetkinliğinin varlığı ve ikinci olarak ise bütün nüfus için etkilenme durumunun meydana gelmesi ve beraberinde alınacak önlemlerin neler olduğunun tespit edilmesi olmaktadır. Gelişmiş ülkelerin sağlık yönetim sistemlerine bakıldığında, pandemi öncesinde kronik ve bulaşıcı olmayan hastalıklara karşı hizmetlerde büyük önem ve öncelik verilmiş olduğu görülmektedir. 2022 yılı itibariye bakıldığı zaman, Kanada nüfusunun %19'u, Japonya nüfusunun %29'u, Batı Avrupa'nın ise %22'si 65 yaş ve üzerini oluşturmaktadır. Bu durum neticesinde, yaşlanan nüfusun sahip olduğu hastalıklar (örneğin; kalp hastalıkları, diyabet vb.) sistem için büyük önem ve öncelik arz etmektedir. Kuzey Amerika'da bulunan Kanada, on eyalet ve üç bölgeden oluşmaktadır. 9.98 milyon km² alanı ile Dünya'nın en büyük 2. ülkesi olma özelliğini taşımaktadır. Bu bağlamda, sürdürülebilir ve etkili bir sağlık vizyonu için; sağlık personelinin daha rahat calişma imkanına kavuşması ve desteklenmesi, pandemi etkilerinin giderilmesi (Fiziksel ve psikolojik olarak), teknolojik yatırımların yapılması (Tele-sağlık, yaşlı bireyler için evde bakım uygulamalarının bakış açısının genişletilmesi), finansal olarak süreklilik sağlanması (Evrensel sağlık ve sürekli uygulamalar), sağlık hizmetlerin eşit şekilde bütün nüfusa ulaştırılması (Kırsal ve şehir), Halk sağlığı alanında yatırımlar yapılması (Yaşlanan nüfusu da içine alacak şekilde), iklim değişikliği gibi direk veya dolaylı şekilde sağlığı etkileyecek gelişmelerin takip edilmesi (hava kirliliği) gibi faktörlerin önemli olduğu görülmüştür.

# GELECEKTEKİ SAĞLIK TEKNOLOJİ TRENDLERİNE ALMANYA PERSPEKTİFİNDEN BAKIŞ

Prof. Dr. Mümtaz Ali KÖKSAL

Bir sonraki büyük şey („next big thing“), yani bir sonraki çığır açan teknoloji uygulaması arayışında, düşünce kuruluşları, araştırma enstitüleri, şirketler ve medya; düzenli ve proaktif olarak “en iyi teknoloji konuları” kaynakların dan “en iyi” olarak beklenen eğilimlerin yapay zeka („Artificial Inteligence (AI)“), bilgi işlem, blok zinciri ve fintech, robotik, internet ve iletişim, bilgisayar teknoloji tabanlı değerlendirme ve tanıma ve yeni ve artırılmış gerçeklikler (Augmented Reality (AR),Virtual Reality (VR) veya Mixed Reality) gibi teknoloji alanlarıyla ilgili olduğu bulunmusdur. Tıbbi teknoloji endüstrisinde sürdürülebilir ekonomik büyüme ve istihdam, bilgi teknolojinin öncelikle teknolojik ilerlemeler ve kalite yoluyla uluslararası rekabette kendini göstermesi gereken ihracata yönelik bir endüstriye dönüstrülmesi tıbbi teknoloji sektör icin önmeli dir. Tıbbi teknolojinin devriminin başlangıcındayız ve bun nedenle genel anlamda tıbbi-teknik temel araştırmaların yanı sıra uygulamaya yönelik Ar-Ge, eşit bir temelde yan yana durmaktadır. Almanya’daki tıbbi teknoloji endüstrisine yönelik olarak bir Ar-Ge vakfının oluşturulmasını destekleyen çerçeve koşullara ihtiyaç duyulmasına neden oldu. 2020 senesinde Alman fedaral hükümeti *Hastane Geleceği Yasası* („Krankenhauszukunftsgesetz“) ile bir oyun değistirici („game changer“) olarak, hastanelerin dijitalleşmesini kolaylaştıran 4,3 milyar avroluk fon oluştrudu. Bu, hastanelerin ileriye dönük üç ana konu yatırım yapmalarını sağlamasını bekleniyor: acil durum kapasitesi, dijitalleştirme projeleri ve bilgisayar teknoloji güvenlik projeleri.

# ENTEGRE SAĞLIK SİSTEMİ
# HOLİSTİK YAKLAŞIM VE ENTEGRE SAĞLIK SİSTEMİ

Prof. Dr. Haydar SUR

DSÖ 1986'da Ottowa bildirgesinde sağlık için bir takım koşullardan bahsetmiştir. Eğer bir ülkede bu koşullar yeterince sağlanamazsa, o ülkede sağlıktan söz edilemez. Bu koşulların sağlanabilmesi için sadece sağlık çalışanlarının faaliyetleri yeterli olmamakta aynı zamanda bütüncül bakış açısıyla multidisipliner yaklaşım gerekmektedir. Bu koşullar; barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, dengeli ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosya adalet ve hakkaniyet olarak gösterilmektedir (Ottawa Carter, 1986).

Sağlık politikalarında, iki ana unsur karşımıza çıkmaktadır. Bunlar: sağlık hizmetlerine yönelik ve halk sağlığına yönelik politikalardır. Sağlık yöneticileri için bu iki ana politikanın birlikte ele alınması oldukça önemlidir.

Entegre sağlık hizmeti başılığı altında incelenecek diğer hususlar, holistik yaklaşım ve entegre tıp hizmeti kavramlarıdır. Holistik yaklaşımın evrensel bir tanımı yoktur. Holistik tıp, parçalar yerine bütünle ve sağlık ve zindeliğin bütün yönleri ile ilgilenir. Önleyici sağlık hizmetlerini ve sağlığı geliştirici hizmetleri psikososyal, ekonomik, kültürel, çevresel, davranışsal vb. boyutlarıyla ele alır ve bu sektörlerin işin içine girmesini istemektedir. Holistik yaklaşım, sağlık sektörünün dışındakilerini de kapsamaya çalışmaktadır (health.nsw.gov.au, 2022). Entegre tıp hizmeti, sağlık hizmetlerinin sunumunda yalnızca tedavi odaklı kalmayıp, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, palyatif hizmetleri ve diğer bakım hizmetlerini de entegre eder. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp, manevi bakım vb. kısmını da sağlık hizmetleri içinde bütüncül bakış açısıyla ele almaya çalışır (WHO, 2022).

Günümüzde, sadece sağlık şikayetlerine odaklanıldığından dolayı eğilim, tamamen tedavi edici kısımdadır. Tedavi edici tıbbın sınırları belirginleştikçe ve maliyetler arttıkça, hastalıkların önlenmesinin önemi daha sonra anlaşılır. Entegre sağlık hizmeti denildiğinde ise hastalıkların önlenmesi, sağlığın geliştirilmesi, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici ve palyatif hizmetlerin entegrasyonu anlaşılmalıdır (NHS, 2022).

Sağlıkta sektöründe paydaşlar: Kamu, özel girişim, STK'lar, global kuruluşlar, üniversite, medya, araştırma kuruluşları, mesleki kuruluşlar olarak gösterilebilir. Sağlık hizmetleri sunumu birinci, ikinci, üçüncü basamak, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik, Üniversiteler, Yerel Yönetimler, Özel Kuruuşlar, Geleneksel Tıp vb. birçok parçalara ayrılmıştır. Bu parçaların entegre edilip bir araya getirilmesi kolay bir durum değildir. Bunların birbirleri ile bağlantılarını sağlamak için hangi paydaşların bu sürece dahil edileceği ise ayrı bir konudur.

Çevresel sağlık riskleri, kimyasal, fiziksel, biyolojik ve psikososyal olarak sınıflandırılmaktadır. Bu riskler, birçok hastalığa neden olmaktadır. Bunun önlenmesi için, iş sağlığı gözetimi, çevre sağlığı gözetimi ve gıda gözetimi gibi kapsamlı bir yaklaşım gerekmektedir. Kapsamlı bir yaklaşım sonucunda riske maruz kalanların özelliklerinin belirlenmesi ve riskler açısından nüfus verilerinin analiz edilmesi yoluyla çevresel adaletsizliklerin ve toplumun sosyal katmanları ile ilişkilendirilen sonuçların ortaya çıkarılması sağlanabilir (Sivashanker et al., ٢٠٢٠). Bu şekilde yapılandırılmış koordineli sistem, hastalığı önlemeye yönelik hizmetleri ve halk sağlığı, çevre ve diğer kurum ve kuruluşlar arasında entegre çalışmayı kolaylaştırır. Sonuç olarak, halk sağlığında holistik yaklaşımın, tıp hizmetlerinde ise entegre sunum hizmetinin sağlanarak ikisinin birleştirilmesi ile birlikte arzu edilen sağlık sistemi ortaya çıkarılabilir.

**Kaynakça**


*Çevrimiçi:https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion.html (Ottawa Carter, 1986). (Erişim Tarihi, Eylül 2022).*

*Çevrimiçi:https://www.health.nsw.gov.au/mentalhealth/psychosocial/principles/Pages/holistic.aspx (Erişim Tarihi, Eylül 2022).*

*Çevrimiçi: https://www.who.int/teams/integrated-health-services ((Erişim Tarihi, Eylül 2022).*

*Çevrimiçi: https://www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care/ ((Erişim Tarihi, Eylül 2022).*

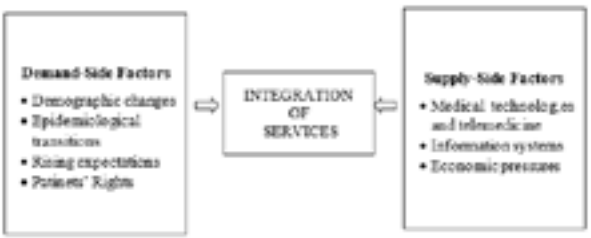
*Karthik Sivashanker K., Duong T., Resnick A., Eappen S., (September 1, 2020). Health Care Equity: From Fragmentation to Transformation. Çevrimiçi: https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0414 (Erişim Tarihi: Eylül 2022).*

# ENTEGRE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ORGANİZASYONU

Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT

Entegre sağlık hizmetleri, insanların yaşamları boyunca, ihtiyaçlarına göre farklı düzeylerde ve alanlarda sürekli olarak sağlığı geliştirme, hastalıkları önleme, teşhis, tedavi, hastalık yönetimi, rehabilitasyon ve palyatif bakım hizmetleri almalarını sağlayacak şekilde yönetilen ve sunulan sağlık hizmetleridir (WHO, 2015). Temelde entegre sağlık hizmeti, erişim, bakımın sürekliliği ve kalitesini iyileştirmek için birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri ve diğer bağlantısız sağlık hizmetleri arasındaki engelleri ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır (Trankle vd., 2019).

Birçok ülkede parçalı hizmet sağlayıcı merkezli (provider-centred) bakım modellerinden uzaklaşmak ve bunları koordine ve insanların ihtiyaçlarına cevap veren, uygun, sürekli bakıma erişmesini sağlamak için entegrasyon ilkelerine dayalı olarak yapısal ve finansal reformlar uygulanmıştır (WHO, 2018). Günümüzde birçok ülkede, yaşlanan nüfus, artan uzun vadeli kronik hastalık yükü ve çoklu morbiditeler, mevcut sağlık sisteminin artan talepleri karşılamasında zorluk yaşamasına sebep olmaktadır. Yaşlanan nüfus, artan kronik hastalık prevelansı, kaliteli bakım için artan yüksek beklentiler ve sınırlı sağlık bütçeleri ve artan maliyetler ile birlikte hizmetlerin adil ve maliyet etkin şekilde sunulmasının gerekliliği sağlık hizmetlerinde entegrasyona olan ihtiyacı arttırmaktadır (Trankle vd., 2019). Personel sıkıntısı, devam eden maliyet enflasyonu ve hizmet talebi, entegre sağlık hizmeti sunum modelleri aracılığıyla kıt kaynakların daha etkin ve verimli kullanılmasına yönelimleri arttırmıştır (Suter vd., 2009).Bu gelişmeler sonucunda Şekil 1'de görülen entegre sağlık hizmetlerine geçiş için hem talep yönlü, hem de arz yönlü itici güçler devreye girmiş ve entegre hizmet modelleri, dünyadaki sağlık sistemleri tarafından benimsenmiştir (Trankle vd., 2019).




**Şekil 1**: Sağlık Reformu İçin İtici Güçler

**Kaynak:** Gröne ve Garcia-Barbero, 2001

Bu yönelimler entegre sağlık bakım sunum modellerinin geliştirilmesi ile sonuçlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü de "İnsan Merkezli ve Entegre Sağlık Hizmetleri Küresel Stratejisi 2015" ile sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi, yönetilmesi ve sunulması konusunda temel bir paradigma değişimi çağrısı yapmıştır. Toplum temelli ve kullanıcı odaklı olan entegre bakım hizmetleri, sorunlar ile baş etme noktasında daha verimli, kaliteli ve maliyet etkili hizmet üretmede değer yaratma potansiyeline sahiptir. Entegre sağlık sistemleri, ülkelerin sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğine yönelik yaşadıkları zorluklara çözüm olarak görülmektedir (Suter vd., 2009).

Başarılı entegrasyon aynı zamanda bu bakım süreci boyunca sağlık hizmetlerinin kabul edilebilir kalitede, yani etkili, güvenli ve insan merkezli (people-centred) olmasını sağlamaktadır (WHO, 2018). İnsan merkezli ve entegre sağlık hizmetlerinin strateji olarak kilit bir özelliği, "doğru zamanda doğru yerde doğru hizmeti" sağlamaya çalışarak kaynakların (insan ve finansal) kullanımını uyumlu hale getirmeye çalışmasıdır (WHO, 2015). Bu süreçte hastalar, aldıkları hizmete ilave olarak sağlığı iyileştirmeye yönelik müdahaleler ile de karşılaşabilirler. Örneğin, doğum öncesi rutin temel hizmetleri alan hamile bir kadın anemi veya hipertansiyon gibi sorunların tespiti, tetanoz aşısı, beslenme danışmanlığı ve doğum planlaması gibi hizmetleri de alabilir. Hastalığı veya komplikasyonları olan veya özel bakım ihtiyaç duyan kadınlar ise daha gelişmiş bir tesiste ek hizmetler alabilir. Bazı müdahalelerin daha basit hizmet sunan tesislerde yapılması, hastaları belirli hizmet düzeyleri ve hizmet sunucusu türleriyle sınırlandırılabilir (Reynolds ve Sutherland, 2013). Böylece daha üst düzey hizmete erişmek için hastaların çaba sarf etmesi ve gereksiz kaynak kullanımı ortadan kalkar.

Kronik hastalıklarla mücadele ve entegre sağlık hizmeti sunumu, multimorbidite ve ilişkili kompleks sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, artan maliyetler, yaşlanan toplum gibi sorunlar günümüz sağlık sistemlerinin karşı karşıya kaldığı en zorlu problemlerdir. Bu sorunlarla baş edebilmek ve sağlık hizmetlerinin başarılı entegrasyonu için güçlü bir birinci basamak sağlık hizmetleri gerekmektedir (Trankle vd., 2019).

Entegre sağlık hizmetleri, güçlü birinci basamak sağlık hizmetlerine ve temel halk sağlığı işlevlerine dayandığında, insan merkezli sağlık sistemlerini güçlenmekte ve kaynakların en iyi şekilde kullanılmasına katkı sağlamaktadır. Güçlü birinci basamak sağlık hizmetleri ve halk sağlığı işlevlerine dayanan entegre sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmakta, toplumun refah ve yaşam kalitesine doğrudan katkıda bulunmakta ve önemli ekonomik, sosyal ve bireysel faydalar sağlamaktadır. Entegre bakım, hizmetlere erişimin iyileştirilmesine, daha az gereksiz hastaneye yatış ve yeniden yatışlara, tedaviye daha iyi uyum sağlanmasına, artan hasta memnuniyetine, sağlık okuryazarlığına ve öz bakıma, sağlık çalışanları için daha fazla iş tatminine ve genel olarak iyileştirilmiş sağlık sonuçlarına katkıda bulunmaktadır. Özellikle bulaşıcı olmayan ve kronik hastalıkların yönetimi için entegre sağlık hizmetlerinin etkinliği artmaktadır (WHO, 2018).

Entegre hizmet sunumunda önemli bir faktör hastanelerden hizmet alan ve taburcu olan hastaların bakımlarının sürekli hale getirilmesidir. Hastanelerin ayakta tedavi ve birinci basamak sağlık hizmetleriyle tam olarak entegre edilmesi, hastalara sunulan hizmetlerin sürekliliğini sağlanmak için çok önemli bir yaklaşımdır. Ancak daha etkili hizmet sunmak için hastaneler, rehabilitasyon merkezleri, uzun dönemli bakım merkezleri, yaşlı bakım merkezleri ya da palyatif bakım merkezleri ile de entegre edilmelidir. Bütün bu süreçlerin başarılı bir şekilde yürütülebilmesi, izlenmesi ve değerlendirilmesi için önemli bir veri kaynağı olan güçlü sağlık bilgi sistemine ihtiyaç duyulmaktadır (Reynolds ve Sutherland, 2013). Bu sebeple entegrasyonun olmazsa olmazı sisteme entegre çalışabilecek bir sağlık bilgi sistemlerinin bulunmasıdır.

Sonuç olarak entegre sağlık sistemleri, bireyin ihtiyacı olan sağlık hizmetlerinin tamamını koordineli biçimde sunan, toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesine ve hizmet sonuçlarının iyileştirilmesine yönelik olarak klinik ve finansal sorumlulukları üstlenen kurumlar bütünüdür (Kavuncubaşı, 2022). Günümüzde kritik halk sağlığı hedeflerine ulaşmanın bir yolu olarak görülmektedir (Reynolds ve Sutherland, 2013). Mevcut kaynakların daha iyi koordinasyonu, dublikasyonların önlenmesi veya azaltılması, bekleme sürelerinin kısaltılması, evrensel hizmet sunumu ve bütün bunların sonucunda verimliliğin sağlanmasında önemli bir küresel girişimdir. Bu sebeple günümüzün ve geleceğin sağlık problemlerinin çözümü, etkili ve verimli sağlık hizmeti sunumu için entegre sağlık hizmetleri bir çözüm olarak görülmektedir.

**Kaynakça**


Gröne, O., & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International Journal Of İntegrated Care,* 1-10, doi:10.1016/S1096-4959(03)00375-0.

Kavuncubaşı, Ş. (2022). *Hastane ve Sağlık Kurumlarında Stratejik Yönetim.* Ankara: Siyasal Kitabevi.

Reynolds, H. W., & Sutherland, E. G. (2013). A systematic approach to the planning, implementation, monitoring, and evaluation of integrated health services. *BMC Health Services Research,* 13(1), 1-11.

Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E., & Armitage, G. D. (2009). Ten key principles for successful health systems integration. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, 13(Spec No), 16.

Trankle, S. A., Usherwood, T., Abbott, P., Roberts, M., Crampton, M., Girgis, C. M., ... & Reath, J. (2019). Integrating health care in Australia: a qualitative evaluation. *BMC Health Services Research,* 19(1), 1-12.

World Health Organization (WHO). (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report (No. WHO/HIS/SDS/2015.6), (Erişim Tarihi 01/10/2022).

World Health Organization (WHO). (2018). Integrating health services, https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/linkages.pdf, (Erişim Tarihi 01/10/2022).

# BÜTÜNLEŞİK SAĞLIK HİZMETLERİNDE DEĞER TEMELLİ YAKLAŞIM

Prof. Dr. Haluk ÖZSARI

Porter sağlık hizmetlerinin çelişkilerini; maliyetlerin yüksek ve hizmetlerin kısıtlı olması, diğer hizmetlere göre aşırı bakımın bulunması, bakım standartlarının genellikle gecikmesi, teşhis hatalarının ve önlenebilir tedavi hatalarının yaygınlığı, kalite ve maliyet farklılıklarının oluşması, coğrafi bölgeler arasında kalite farklılıklarının gerçekleşmesi, en iyi uygulamaların yaygınlaşmasının ağır ilerlemesi, yeniliğe direnilmesi gibi başlıklarla sıralamaktadır.

Bu yüzden de; sağlık hizmetleri için odağın; sadece maliyetleri düşürmek değil, hastalar için değer ortaya çıkarmayı, sonuçlara dayalı kısıtlamasız rekabet sağlamayı, sağlık hizmetleri döngüsü boyunca tıbbi koşullara odaklanmayı sağlık hizmetlerinde değer yarışı gerekleri arasında saymıştır. Bu değer yarışının ise sadece yerel değil, bölgesel ve ulusal düzeyde olması vurgulanmaktadır. Aynı zamanda yüksek kalite de ek bir maliyet unsuru oluşturmamalıdır. Fiyatlar büyük ölçüde erişilebilir olmalı, değeri artıran yenilikler fazlasıyla ödüllendirilmelidir.

OECD Uzmanlar Komisyonu, değer temelli sağlık hizmeti açısından kişisel değer, teknik değer, tahsis değeri ve toplumsal değer olmak üzere 4 açıdan değerlendirmektedir. Hastaların kişisel hedeflere ulaşmak için uygun bakımı; kişisel değeri, mevcut kaynaklarla mümkün olan en iyi sonuçların alınması; teknik değeri, tüm hasta grupları açısından adil kaynak dağılımı; tahsis değerini, sağlık hizmetlerine sosyal katılım; toplumsal değeri yansıtmaktadır. Değer temelli sağlık hizmeti, sağlık yönetiminde küresel bir eğilim olarak ifade edilmektedir. Değer temelli sağlık hizmeti, hasta için önemli sağlık sonuçlarının geniş bir bakış açısıyla ölçülme gereğini ifade etmektedir.

Bireyler ve toplumlar için değer temelli bütünleşik hizmete doğru ilerlemede üç anahtar değişiklik gerekmektedir. Bu anahtar değişiklikler; entegrasyonu sağlamak, akut olmayan bakımı hastanenin dışına taşımak yani hastaya bulunduğu yerde anında müdahale etmek ve multidisipliner çalışmayı hastanelere taşımak olarak sınıflandırılmaktadır. Kurulacak olan değer temelli yapının hastane merkezli bir model gibi gözükmesinden dolayı yapıyı toplum sağlığına yansıtamamak, sağlık harcamaları için gerekli, karmaşık ve uzun dönemli koşullarla bütünleşik

bakımın uyumlaştırılmasında yaşanan çelişkiler, ileri yaş hasta sayısındaki artış, sektörler ve uzmanlıklar arası işbirliklerinde yaşanan zorluklar, uygulamada yaşanabilecek metodolojik kısıtlılıklar değer temelli bütünleşik bakımda kritik karar noktalarıdır. Sonuç olarak, aşırı uzmanlaşma, hastalığa odaklanma, hastane merkezli yaklaşım ağırlığı, kronik hastalıklarla yaşayan kişi sayısı fazlalığı, karmaşık sağlık ve sosyal ihtiyaçları olan nüfus grupları ve parçalı sağlık yapılanmaları gibi kritik konular bütünleşik bakışla yeni organizasyonel model tasarımında göz önünde bulundurulmalıdır.

## Kaynakça


Elf, M., Flink, M., Nilsson, M., Tistad, M., von Koch, L., & Ytterberg, C. (2017). The case of value-based healthcare for people living with complex long-term conditions. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 1-6.

European Commission. Defining Value in "Value-Based Healthcare Report of the Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health.

Institue for Strategy and Competitiveness. System İntegration. *Harvard Business School*. October 30, 2019.

Nguyen, H., Manolova, G., Daskalopoulou, C., Vitoratou, S., Prince, M., & Prina, A. M. (2019). Prevalence of multimorbidity in community settings: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of comorbidity*, *9*, 2235042X19870934.

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Harvard business press.

Squitieri, L., Bozic, K. J., & Pusic, A. L. (2017). The role of patient-reported outcome measures in value-based payment reform. *Value in Health*, *20*(6), 834-836.

Valentijn, P., & Vrijhoef, B. (2017). Value-based integrated care: Exploring strategies to enhance the uptake of integrated care. *International Journal of Integrated Care*, *17*(5), A434. DOI: dx.doi.org/10.5334/ijic.3754.

WHO Global strategy on people-centred and integrated health services. 2016.


.

# PANDEMİ SONRASI SAĞLIK HİZMETLERİNDE YÖNETSEL SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Dr. Öğr. Üyesi Aziz Ahmet SÜREL

Ankara Şehir Hastanesi yatak sayısı bakımından Dünya'da ikinci ve tek seferde inşa edilen kapalı alan olarak ise birinci sıradadır. Covid-19 dönemi ile yaşam prensibimizi ve olaylara yaklaşımımızı değiştirmiştir. Bu nedenle yaşanılan felaketlerden ders alıp geleceğimizi daha güvenli hale getirmeye çalışılmıştır.

Pandemiye dirençli sağlık tesislerinin geliştirilmesi önem arz etmektedir. Bu bakımdan Pandemiye dirençli sağlık tesisinin yedi temel prensibi bulunmaktadır. Gelecekte yedi prensibe uygun binalar inşa edilerek tesis yönetimi noktasında pandemilere hazır olunur. Bu özellikler çok yönlülük, esnek, iyi halini destekleme, temiz hava ve yüzeyler, izole eden kontrol altına alan ve ayıran fiziki yapı, uygun akış planı ve fiziksel ortamdan dijital ortama geçişe imkan veren altyapıdır. Ülkemizde bu yedi özelliği yansıtan ve bu standartlara sahip 15 ve üzeri hastane bulunmaktadır.

2019 yılının sonbaharında Çin'de insanların ölümüne neden olan pnömoni ortaya çıkmıştır. Pandemi Türkiye'ye gelmeden Kurumunuz olarak bu duruma karşı Şubat ayı itibariyle hazırlık yapmaya başlanmıştır. İnfluenze eylem planımız revize edilmiştir. Afet yönetimi ile ilgili eğitim alan personellerimizi sürece dahil ederek çok ayrıntılı olarak Pandemi Eylem Planı hazırlanmıştır. Plan, 2020 yılı Şubat ayında İl Sağlık Müdürlüğü'ne gönderilerek onayı alınmıştır. Eylem planı dahilinde bloklarımız Covid-19 hastalarına ayrılmıştır. Yoğun bakımlar, negatif basınçlı odalara çevrilmiştir. Yoğun bakımlarımıza yüzde yüz temiz hava üflemektedir. 98 tane el hijyeni eğitimi verilmiştir. 1 hafta teorik ve 1 hafta pratik olmak üzere 2 haftalık Yoğun bakım hemşirelik eğitim programı yapılmıştır. 1198 hemşire bu eğitimi tamamlamıştır. Bulaşıcı hastalık taşıyan veya taşıma ihtimali olan hastalara sarı bileklik uygulaması planlanmış ve uygulanmıştır. Pandemi Kurulu oluşturulmuştur. İstişare toplantılarımıza dijital olarak süreçlerimizi yürütülmüştür. Veriler günde üç defa sisteme girilmiştir. Bu kapsamda kaç tane covid yatağı ve yoğun bakımı yatağı olduğu, bu yatakların kaçının dolu ve boş olduğu, kaç tane hastanın yattığı ile kaç tane hastanın acilde beklediği verileri takip edilmiştir.

Covidli hastaların yakınları ile online ortamda görüşmeleri sağlanmıştır. Toplam personelin yalnızca %15,42'si enfekte olmuştur. Güvenlik, psikososyal destek ve fiziksel aktivite imkanları geliştirilmiştir. Hastanede farklı yapıların ve farklı dertleri gözeterek varlığını devam etmesi önemlidir. Genel olarak her an hazırlıklı olmak önemlidir. Hazırsak iyi yönetiyoruz. Fakat yapılan hazırlıklar, gayretler, enerji günlük rutinimizi yönetmemizi engelleyecek boyuttaysa o zaman bizi çöküşe götürür. Günlük rutinimizi gözeterek yarına daha hazırlıklı olma gayreti içerisinde olmak lazım. Bir hastanenin pandemi eylem planının nasıl ortaya çıktığını, teoriğini ve pratikteki yansımalarını anlatmaya çalıştım. Umarım hep beraber hazırlandığımız her türlü sıkıntıda çok gururla çıkacağımız, başarılı olacağımız, keyifli anlar anlatacağımız günler yaşarız.

Uzm. A.Vahap DOĞAN
Sağlık Yönetimi Bilim Uzmanı

Pandemi süreci yönetimi Sağlık Bakanlığı Pandemi Önlem/Eylem Planının devreye girmesi ile başlamıştır. İlk yapılan planlamada Ankara Şehir Hastanesi Sağlık Bakanlığı tarafından görevlendirilen ilk hastane olmuştur. Hastanemizin Enfeksiyon Kontrol Komitesi ve Pandemi Kurul Başkanlığı'nın kararları doğrultusunda tüm planlama ve değerlendirmeler ile şartlar hazırlanmış ve hizmetine sunulmuştur. İlk önlem ve eylem planı muhtemel Covid 19 pozitif hasta ile normal hastanın bir araya gelmesini engellemek olmuştur. Hastanemizin Tıbbi Gözlem Kliniği Covid-19 Klinik servisine çevrilmiştir. Tüm personel kişisel koruyucu donanım ile korunmaya alınmıştır. Hastanede yer alan tüm personel her meslek grubundan kişiler tanı ve tedavi sürecinde her aşamayla ilgilenmiştir. Personeli hastalıktan koruyacak her türlü önlemler alınmıştır. Hastane pandemi koşullarına göre ayarlanmıştır. Refakat ve ziyaretçiler yasaklanmıştır. Yoğun bakımlar negatif basınca dönüştürülmüştür. Klinik servisler izole edilmiş, tüm alanlarda enfeksiyon kontrol komitesi direktifleri ile temizlik ve dezenfeksiyon hizmetleri verilmiştir. Personel, hasta, hasta yakınlarının ihtiyaçları için kurulan iletişim ve bilgilendirme ekipleri ile iletişim sağlanmıştır. Kullanılacak malzemeler için acil ve öncelikli listeler hazırlanmıştır. Aşı uygulamasına karar verildiği gün 190 aşı odası oluşturulmuştur. Bu dönemde yapılan her şeyi yazarak iş listesi oluşturulmuş ve planlanmıştır. Ankara Şehir Hastanesi ilk planlama aşamasından itibaren afet hastanesi olarak planlanmıştır. Bu nedenle her dönemde benzer pandemi süreçlerine hazırlıklı ve deneyimli bir hastanedir.

Medicana olarak pandemi başladığında hızlı bir şekilde planlama yaparak süreçte nasıl hareket etmemiz gerektiği ile ilgili bir çalışma yapılması gerekiyordu. Bu süreçte tüm çalışanlar ile hızlı bir şekilde toplanarak toplantılar yapılmıştır. Hastanelerimizde insan kaynakları yetersizliği, oluşan yüksek miktarda ilaç-sarf ve tıbbi malzeme ihtiyacı tedarikinde yaşanan zorluklar, vakaların hızlı artışına bağlı fiziki mekan yetersizliği, tedavi protokolünde yaşanan belirsizlikler, psikolojik ve iletişimsel problemler ile yüksek risk grubunda olan çalışanlarda rotasyon Pandemi döneminde yaşanılan dezavantajlar arasındaydı. Bu süreci atlatmak için hızlı bir şekilde aksiyon planı uygulamak gerekiyordu. Bu kapsam doğrultusunda yaptığımız ilk işlerden bir tanesi Kriz Yönetim Ekibi kurmakla başlamıştır. İş gücü kaybını minimuma indirmek için çalışanlarımızın tedavi ve yaşama koşulları iyi izole edilmiştir. Pandemi sürecinde çalışanların %25'i hasta olmuştur. Çalışanların bu süreçte gelir kaybı psikolojisi iyi yönetilmiştir. Grup hastane olmanın avantajı ile hastaneler arası personel desteği ve ortak çözüm platformu oluşturulmuştur. Lojistik planlamanın üstünlüğü ve desteği kullanılmıştır. Hızlı organizasyon yeteneği geliştirilmiştir. Yüksek teknoloji iyi kullanılmıştır. Güçlü yazılım altyapısıyla oluşturulan arşiv avantajı sağlanmıştır. Pandemi sürecinin getirdiği en büyük avantajlardan birisi sağlık turizmi olmuştur. Yurtdışı hasta sağlık turizmi ile ilgili talepler artmıştır. Sağlık çalışanlarımıza minnettarım, saygı ve sevgilerimi iletirim.

# TAM METİN BİLDİRİLER

# FİNANSMAN SİSTEMİNE GÖRE SEÇİLMİŞ OECD ÜLKELERİNİN SAĞLIK SİSTEM PERFORMANSLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Berna Kırıkoğlu [1],Tuncay Köse [2]

***Özet***

*Özellikle son dönemlerde artan sağlık hizmeti talebi, teknolojideki gelişmeler, bilgi düzeyinin artması ve rekabetin yaygınlaşması gibi etkenler sağlık hizmeti maliyetlerinin yükselmesine ve sağlık hizmetine ayrılan kaynakların verimli bir biçimde kullanılıp kullanılmadığına yönelik sorunların ortaya çıkmasına neden olmuş ve ayrıca 2020 yılında tüm dünyada ve ülkemizde görülen yeni koronavirüs hastalığı olarak isimlendirilen Covid19- pandemisi bu sorunları daha da arttırmış ve ülkelerin sağlık sistemlerinde büyük bir endişe oluşturmuştur. Bu kapsamda çalışma güncel verilerden yararlanılarak Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü üyesi altı ülkenin sahip olduğu sağlık sistemleri açısından ve Covid-19 pandemisi ile mücadelede ülkelerin sağlık sistemi performans düzeylerinin ne kadar etkili olduğunu belirlemeyi amaçlamıştır. Çalışmada verilerin analizi için veri zarflama analizi yöntemlerinden girdi yönelimli Charnes Cooper Rhodes modeli kullanılmıştır. Bu çalışmada analiz sonuçlarına göre 6 ülkeden 2 tanesinin etkin (Birleşik Krallık, Türkiye) 4 tanesinin ise etkin olmadığı tespit edilmiştir (ABD, Almanya, Macaristan, Slovakya).*

***Anahtar Kelimeler:*** *Sağlık sistemi, Performans Değerlendirme, Veri Zarflama Analizi, Covid-19*

# EVALUATION OF HEALTH SYSTEM PERFORMANCE OF OECD COUNTRIES SELECTED ACCORDING TO THE FINANCE SYSTEM

***Abstract***

*Especially in recent years, the increasing demand for health services, developments in technology, increasing level of knowledge and increasing competiti-*

1 Araştırma Görevlisi, Ordu Üniversitesi, bernakirikoglu@odu.edu.tr

2 Dr. Öğr. Üyesi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, tuncaykose@mu.edu.tr

*on, have led to the increase in healthcare costs and the emergence of problems regarding whether the resources allocated to healthcare services are used efficiently and The Covid-19 pandemic, which is seen all over the world and in our country, has increased these problems even more. In this context, the study aimed to determine how effective the health system performance levels of the countries are in terms of the health systems of the six member countries of the Organization for Economic Development and Cooperation and in the fight against the Covid-19 pandemic. According to the results of the data envelopment analysis method used in the study, it was determined that 2 out of 6 countries were effective (United Kingdom, Turkey) and 4 were ineffective (USA, Australia, Hungary, Slovakia).*

***Key Words**: Health System, Performance Evaluation, Data Envelopment Analysis, Covid-19*

## 1. Giriş

Günümüzde sağlık sistemleri, dünya ekonomisi içinde yer alan en önemli sektörlerden birisidir. Sağlık sektörü ülkedeki kaynakların büyük bir bölümünün ayrıldığı bir alandır (WHO, 2000). 1970'li yılların başlarında özellikle sağlık sektöründeki maliyetlerin artması nedeniyle ülkeler sağlık sistem yapılarında ve politikalarında önemli değişiklikler yapmaya başlamışlardır (Şahin ve Özcan, 2000). Bu tür değişiklikleri ve iyileştirmeleri yapmak için ise sağlık sistemi performansının değerlendirilmesi konusuna daha fazla ağırlık verilmektedir.

Sağlık sistemlerinde performans değerlendirme, genellikle bazı performans değerlendirme kriterlerine ilişkin sağlık göstergeleri dikkate alınarak diğer ülkelerle karşılaştırmalarda bulunarak yapılmaktadır. Bir ülkenin performans düzeyi belirli yıllar arası veya ülkeler arası yapılan değerlendirmeler ile belirlenebilir (Berman ve Bitran, 2011: 9)

Sağlık sistemi performans değerlendirmesi temel olarak adil bir finansman sağlamak, hastaların beklentilerini karşılamak, sağlık hizmet sunumunu gerçekleştirme ve sağlık sisteminin eksik yönlerini belirleyebilme amacını taşımaktadır (De Silva, 2000: 1).

Bu kapsamda sağlık sisteminin amaçlarını gerçekleştirebilmesi için karar vericiler sağlık sistemlerinin arasındaki farklılıkları dikkate alarak sistemin performansını değerlendirir ve sistemin sürekliliği için politikalar geliştirmeyi hedefler. Sağlık sistemi performansını değerlendirmede de bazı ölçüm modellerinden yaralanırlar. Bunlardan biri de yaygın bir şekilde kullanılan veri zarflama analizi yöntemidir. Veri zarflama analizi, sağlık hizmetleri, eğitim, imalat sektörü, mali hizmetler, yönetim performanslarının değerlendirilmesi gibi birçok alanda uygulanır. Uygulamalarında, bankalar, mağazalar, süper marketler, otomobil üretici-

leri, hastaneler, okullar, halk kütüphaneleri karar verme birimleri (KVB) olarak adlandırılır (Cooper vd., 2007;Ramanathan, 2003).

Son zamanlarda farklı yerlerde ve tüm dünyayı etkileyen Zika, Nipah, Ebola ve Koronavirüs gibi salgın hastalıkları ortaya çıkmıştır. Son olarak ise Çin'in Wuhan şehrinde Aralık 2019'da ilk kez görülen ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2019 Yeni Koronavirüs (2019- nCoV) ve Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19) olarak adlandırılan hastalık 12 Şubat 2020'de pandemi olarak ilan edilmiştir (Zu vd., 2020: 2).

Dünya Sağlık Örgütünün pandemi ilanından sonra Türkiye'ye giriş çıkış noktalarında yolcular taramalardan geçirilmiş ve hastalık şüphesi ya da hasta olan kişiler hastaneye gönderilmiştir. Çin'den gelen uçuşlar durdurulmuş, uçuşların yasaklandığı diğer ülkelerden gelmek isteyen Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları özel uçuşlarla ülkeye getirilerek 14 gün karantinaya alınmışlardır. Türkiye'de pandeminin görülmesiyle birlikte uçuş yasakları genişletilmiş, sinema, tiyatro, nişan, düğün, yüzme havuzu, hamam, spor merkezleri gibi toplulukların bir araya gelebileceği yerlerdeki etkinlikler bir süre durdurulmuş, 65 yaş üstü ve kronik hastalığı olan kişilerin sokağa çıkması yasaklanmış, Büyükşehir ve Zonguldak'a araç giriş çıkışı durdurulmuş, hafta sonları sokağa çıkma yasağı, maske takma gibi önlemler almıştır (Ergülen, vd., 2020).

Covid-19 pandemi sürecinde ülkelerin sağlık sistem performansını analiz etmek daha önemli bir hale gelmiştir. Covid-19 pandemisi dünya genelinde çok sayıda ölüme neden olmuştur. İnsanların Covid-19'a karşı korunmaları, vaka ve ölümlerin yok edilmesi ya da azalması için farklı ülkelerin üretmiş olduğu aşılar uygulanmaktadır. Ülkelerin hekim sayısı, hemşire sayısı, hastane yatak sayısı ve kişi başına harcadığı sağlık hizmeti giderlerinin Covid-19 aşılama sürecine ve hastalıktan ölüm sayısının azaltılmasına yönelik ne kadar etkin olduğunun, kaynakların yeterince etkin kullanılıp kullanılmadığının tespit edilmesi ilerleyen süreçler için önem kazanmıştır.

Bu çalışmanın amacı Türkiye'nin de içinde bulunduğu altı ülkenin sağlık sistemi performansını ve Covid-19 pandemisi ile mücadelesini girdi yönelimli veri zarflama analizi ile değerlendirmektir.

## 2. Yöntem

Bu çalışma Serbest Pazar Tipi Sağlık Sistemine Sahip ABD, Sigorta (Bismarck) Tipi Sağlık Sistemine Sahip Almanya, Macaristan ve Türkiye, Kapsayıcı/Bütüncül/Tekçil (Beveridge) Tipi Sağlık Sistemine Sahip Birleşik Krallık ve Slovakya ülkelerini kapsamaktadır.

Araştırma "Finansman sistemlerine göre seçilmiş ülkelerin sağlık sistemleri arasında girdilerine göre covid-19 pandemi sürecindeki başarılarına yönelik farklılık var mıdır?" sorusuna cevap aramaktadır.

Bu çalışmada hem sağlık sektöründe hem de diğer sektörlerde performans ölçümünde genellikle kullanılan Girdi Yönelimli Veri Zarflama Analizinden yararlanılmıştır. Bu kapsamda veri zarflama analizi, sağlık ve diğer sektörlerde de yaygın olarak kullanılan karşılaştırma yapabilme, performans değerlendirme ve etkinlik ölçümü yapmaya olanak sağlayan bir doğrusal programlama modelidir. Bu çalışmada veri zarflama modellerinden girdi yönelimli Charnes Cooper Rhodes modelini kullanılmasındaki neden sağlık sektöründe çıktı değişkenlerinden çok girdi değişkenleri üzerinde kontrolünün daha fazla olmasıdır. Veri zarflama analizinde değerlendirilen birimlere karar verme birimleri adı verilir ve performans ölçümü girdi ve çıktılar gruplandırılarak yapılır. VZA özellikle girdi ve çıktı arasında ilişki bilinmediği durumlarda kullanışlı bir yöntemdir (Chen vd., 2006:1369). Analiz yapılırken veri zarflama analizinin de aşamaları olan aşağıda verilen sıralama takip edilmiştir.

- ✓ Karar Verme Birimlerinin Seçilmesi
- ✓ Girdi ve Çıktı Değişkenlerinin Belirlenmesi
- ✓ Göreli Etkinlik Değerlerinin Ölçümü
- ✓ Veri Zarflama Analizi Modelinin Seçilmesi
- ✓ Sonuçların Değerlendirilmesi

Literatürde veri zarflama analizinde kullanılan birbirinden farklı değişkenler yer almaktadır. Bu kapsamda analizde seçilmiş sağlık göstergeleri açısından beş tane girdi ve pandemi verilerinden oluşan üç tane çıktı değişkeni kullanılmıştır. Bu değişkenler Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Çalışmada Kullanılan Girdi ve Çıktı Değişkenleri

| Girdi Değişkenleri | Çıktı Değişkenleri |
|---|---|
| 1000 kişi başına düşen hastane yatağı sayısı | Covid-19 sürecinde tam aşılanan kişi oranı |
| 1000 kişi başına düşen hekim sayısı | 1 milyon kişide Covid-19 sürecinde ölüm sayısı (Tersi alınmıştır.) |
| 1000 kişi başına düşen hemşire sayısı | |
| Kişi başına yıllık sağlık harcaması (dolar) | |

Girdi değişkenlerine ait veriler OECD Data ve Dünya Bankası internet sitelerinden; çıktı değişkenlerine ait veriler ise Our World In Data sitesinden elde edilmiştir. Bu değişkenlere ait veriler Microsoft Excel'de düzenlenerek DEAP istatistik paket programı ile analiz edilmiştir. Girdi yönelimli Charnes Cooper Rhodes modeline göre etkinlik değeri 1'den büyük olan ülkeler etkin, 1'den küçük olan ülkeler ise etkin olmayan ülkeler olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın sınırlılıkları veri zarflama analizi yönteminin dezavantajları ile aynı doğrultudadır. Veri zarflama analizi ile yapılan çalışmalarda kullanılan yıl, ülke, girdi ve çıktı değişkenleri farklı olduğundan bu çalışmanın sonuçları diğer çalışmalar için genelleştirilemez. Ayrıca pandemi verilerinin sürekli olarak değişmesi de analiz sonuçlarını etkileyeceğinden diğer bir sınırlılıktır. Bu yüzden analiz sonuçları mutlak etkinliği değil göreli etkinliği belirlemeye yöneliktir.

## 3. Bulgular

Bu çalışmada altı ülkenin sağlık sistemlerinin ve Covid-19 pandemisi ile mücadelede performans düzeyleri incelenmiştir. Veri Zarflama Analizi girdi yönelimli CCR modelinin uygulanması sonucu her bir KVB için elde edilen etkinlik Tablo 2'de gösterilmektedir.

**Tablo 2.** Girdi ve Çıktı Değişkenlerine Ait Veriler

| KVB | Hastane Yatağı Sayısı | Hekim Sayısı | Hemşire Sayısı | Kişi Başına Sağlık Harcaması | Tam Aşılanan Kişilerin Yüzdesi | 1 Milyon Ölüm Sayısı |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ABD** | 2,8 | 2,6 | 11,8 | 10948,5 | 66 | 997040 |
| **Almanya** | 7,9 | 4,5 | 13,9 | 6730,9 | 75,8 | 998467 |
| **Birleşik Krallık** | 2,4 | 3 | 8,4 | 5267,7 | 73,4 | 997551 |
| **Macaristan** | 6,8 | 3,5 | 6,6 | 2169,8 | 63,4 | 995358 |
| **Slovakya** | 5,8 | 3,6 | 5,7 | 2360,4 | 50,6 | 996477 |
| **Türkiye** | 2,9 | 1,9 | 2,4 | 1266,9 | 62,8 | 998842 |

Veri Zarflama Analizi girdi yönelimli CCR modelinin uygulanması sonucu her bir KVB için elde edilen etkinlik Tablo 3'te gösterilmektedir.

**Tablo 3.** KVB'lerin Etkinlik Değerleri

| KVB | Etkinlik Değeri |
|---|---|
| ABD | 0,944 |
| Almanya | 0,510 |
| Birleşik Krallık | 1,000 |
| Macaristan | 0,589 |
| Slovakya | 0,535 |
| Türkiye | 1,000 |

Analize göre Birleşik Krallık ve Türkiye olmak üzere toplam ikisi etkin, diğer dördü ise etkin olmayan ülkelerdir. Altı ülkenin etkinlik ortalaması 0,763 olarak belirlenmiştir. Ancak bu ortalama değerin etkin ülkelerin üst sınırının 1'e eşitlenmesi sonucu oluştuğu göz önüne alınmalıdır.

Etkin olmayan ülkeler arasında etkinlik değerine en yakın olan ülkeler sırasıyla ABD, Macaristan, Slovakya ve Almanya'dır.

Etkin olmayan ülkelerin etkin duruma gelebilmesi için referans alması gereken ülkeler ve değerleri Tablo 4'te gösterilmektedir.

**Tablo 4.** KVB'lerin λ Referans Değerleri

| KVB | Birleşik Krallık λ | Türkiye λ |
|---|---|---|
| ABD | 0,506 | 0,493 |
| Almanya | - | 1.207 |
| Birleşik Krallık | 1,000 | - |
| Macaristan | - | 1.010 |
| Slovakya | - | 0.998 |
| Türkiye | - | 1.000 |

Etkin olmayan ülkelere referans olan ülkeler Birleşik Krallık ve Türkiye'dir. Türkiye dört ülkeye; ABD ise bir ülkeye referans olmuştur.

Etkin olmayan Bismarck Tipi Sağlık Sistemine sahip olan Almanya ve Macaristan'a Türkiye; Beveridge Tipi Sağlık Sistemine sahip olan Slovakya'ya Türkiye; Serbest Pazar Tipi Sağlık Sistemine sahip olan ABD'ye ise hem ABD, hem de Türkiye referans olmuştur.

**Tablo 5.** Etkin Olmayan KVB'lerin Etkin Olabilmesi İçin Değişkenlerinde Yerine Getirmesi Gereken Değerler

| | ABD | | Almanya | | Macaristan | | Slovakya | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mevcut Değer | Olması Gereken Değer | Mevcut Değer | Olması Gereken Değer | Mevcut Değer | Olması Gereken Değer | Mevcut Değer | Olması Gereken Değer |
| Hastane Yatağı Sayısı | 2,80 | 2,64 | 7,9 | 3,5 | 6,8 | 2,928 | 5,8 | 2,893 |
| Hekim Sayısı | 2,60 | 2,45 | 4,5 | 2,293 | 3,5 | 1,918 | 3,6 | 1,896 |
| Hemşire Sayısı | 11,8 | 5,43 | 13,9 | 2,897 | 6,6 | 2,423 | 5,7 | 2,394 |
| Kişi Başına Sağlık Harcaması (Abd Doları/Kişi) | 10948,5 | 3290,9 | 6730,9 | 1529,1 | 2169,8 | 1279,0 | 2360,4 | 1263,9 |

Tablo 5 incelendiğinde etkin olmayan dört ülkenin mevcut girdi değerleri ile, tam etkin olabilmesi için mevcut girdi değerlerinin değiştirilmesi gereken değerleri yer almaktadır. ABD, hastane yatağı sayısını 2,80'den 2,64'e; hekim sayısını 2,60'dan 2,45'e; hemşire sayısını 11,8'den 5,43'e; kişi başına sağlık harcamasını 10948,5 dolardan 3290,9 dolara; Almanya, hastane yatağı sayısını 7,9'dan 3,5'e; hekim sayısını 4,5'ten 2,29'a; hemşire sayısını 13,9'dan 2,89'a ve kişi başına sağ-

lık harcamasını 6730 dolardan 1529,1 dolara; Macaristan, hastane yatağı sayısını 6,8'den 2,928'e; hekim sayısı 3,5'ten 1,918'e; hemşire sayısı 6,6'dan 2,423'e; kişi başına sağlık harcamasını 2169,8 dolardan 1279,0 dolara; Slovakya, hastane yatağı sayısını 5,8'den 2,893'e; hekim sayısını 3,6'dan 1,896'ya; hekim sayısını 3,6'dan 1,896'ya; hemşire sayısını 5,7'den 2,394'e; kişi başına sağlık harcamasını 2360,4 dolardan 1263,9 dolara düşürmesi durumunda bu çıktılara göre etkin sayılacaktır.

## 4. Tartışma ve Sonuç

Ülkelerin sağlık sistemleri performanslarında önemli benzerlikler ve farklılıklar bulunmaktadır. Bu durum ülkeler arasındaki kültürel, ekonomik, politika, içinde bulunulan coğrafya ve sosyal yapılardan kaynaklanabilmekte ve ülkelerin sahip olduğu birbirinden farklı sağlık sistem finansmanlarının bu benzerlik ve farklılar üzerindeki etkisini belirlemek önemli bir rol oynamaktadır. Buradan hareketle bu çalışmada da kaynakların verimli kullanıp kullanılmadığını belirleyebilmek için sağlık sistemlerinin temel işlevlerinden olan finansman sistemine göre seçilmiş OECD ülkelerinin performansları seçilmiş sağlık göstergeleri ve Covid-19 pandemi sürecindeki veriler kullanılarak değerlendirilmiştir.

Sağlık hizmetleri finansmanı, gerekli kaynakların yaratılması, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin karşılanması, kontrolün sağlanması olarak tanımlanabilir (Gottret, Schieber 2006; Kılıçarslan ve Kaptanoğlu, 2019). Çalışmada karşılaştırılan ülkelerden sağlık sistem finansman türlerine göre Özel Teşebbüs/Serbest Pazar Tipi Sağlık Sistemine sahip ABD, Refah Yönelimli/Sigorta/Bismarck Tipi Sağlık Sistemine sahip Almanya, Macaristan ve Türkiye; Kapsayıcı/Bütüncül/Tekçil/Beveridge Tipi Sağlık Sistemine sahip Birleşik Krallık ve Slovakya şeklinde sınıflandırılmıştır.

Sonuçların değerlendirilmesinde ülkelerin nüfus sayılarının da dikkate alınması gerekmektedir. Ülkelerin nüfus sayıları Tablo 6'da verilmiştir.

**Tablo 6.** Ülkelerin Nüfus Sayıları

| ÜLKE | NÜFUS SAYISI |
|---|---|
| ABD | 329.5 milyon |
| Almanya | 83.2 milyon |
| Avustralya | 25.7 milyon |
| Macaristan | 9.8 milyon |
| Slovakya | 5.5 milyon |
| Türkiye | 83.4 milyon |

Kaynak: OECD, 2022

Araştırmanın analiz sonuçlarına göre finansman sistemlerine göre seçilmiş ülkelerin sağlık sistemleri arasında girdilerine göre covid-19 pandemi sürecindeki başarılarına yönelik farklılıklarının olduğu tespit edilmiştir. Özetle Serbest Pazar Tipi Sağlık Sistemine Sahip ABD, Sigorta (Bismarck) Tipi Sağlık Sistemine Sahip Almanya, Macaristan ve Türkiye, Kapsayıcı/Bütüncül/Tekçil (Beveridge) Tipi Sağlık Sistemine Sahip ve Slovakya ülkeleri arasında farklılık tespit edilmiştir. Sağlık sistem performansı değerlendirilen bu ülkelerin dört tanesi etkin olmayan, iki tanesi ise etkin olan ülkedir. Bu ülkelerden Bismarck tipi sağlık sistemini benimseyen Türkiye ve Beveridge tipi sağlık sistemini benimseyen Birleşik Krallık etkinken; Serbest Pazar tipi sağlık sistemini benimseyen ABD, Bismarck tipi sağlık sistemini benimseyen Almanya ve Macaristan; Beveridge tipi sağlık sistemini benimseyen Slovakya etkin olmayan ülkelerdir. Ayrıca burada etkin çıkan ülkelerin sağlık sistem performans düzeylerinin çok iyi olduğu sonucuna varılmamalıdır ki Covid-19 pandemisinde hiçbir ülkenin sağlık sisteminin mükemmel olmadığı görülmüştür. Elinde bulunan sınırlı olan girdi değişkenleri ile çıktı değişkenlerini elde ettiği için etkin sınıra ulaşmışlardır. Veri zarflama analizi modellerinden girdi yönelimli CCR yöntemi ülkelerin az girdi değişkeni ile yüksek çıktı değişkeni üretmelerini hedeflediği için kötü çıktılara sahip olan ülkeler verimli çıkabilmektedir. Yani bu ülkeler girdi kaynaklarını daha verimli bir biçimde kullandıklarından etkin çıkabildikleri diğer yandan etkin olmayan ülkelerin ise kaynak israfı yaptıkları ve girdilerini verimsiz bir şekilde kullandıkları söylenebilir.

Özellikle son dönemlerde artan sağlık hizmeti talebi, teknolojideki gelişmeler, bilgi düzeyinin artması, rekabetin yaygınlaşması ve Covid-19 pandemisinin ortaya çıkması gibi etkenler sağlık hizmeti maliyetlerinin yükselmesine ve sağlık hizmetine ayrılan kaynakların verimli kullanılıp kullanılmadığını belirlemek için sürekli sağlık sistemlerinde değişiklikler yapılmakta ve sağlık sistem performansının değerlendirilmesi konusu ön plana çıkmaktadır. Bu performans değerlendirmesini yaparken özellikle sağlık sektöründe çok fazla kullanılmaya başlanan Türkiye'nin de içinde bulunduğu veri zarflama analizi ile sağlık performansının değerlendirilmesi ile ilgili birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmada da özellikle ülkelerin sahip olduğu finansman sistemlerine göre performansları tartışılmıştır. Bu çalışmalar incelendiğinde birbirinden farklı değişkenler kullanılsa da bu değişkenlerin büyük bir bölümü benzerlik göstermektedir.

Afonso ve Aubyn (2007) OECD üyesi 21 ülkenin performanslarını VZA yöntemiyle değerlendirmişlerdir. Çalışmada hastane yatağı sayısı, hekim sayısı, hemşire sayısı, ve MRI sayısı olmak üzere dört girdi; ortalama yaşam beklentisi, bebek ölüm oranı ve sağlıklı yaşam süresi olmak üzere üç çıktı değişkeni belirlenmiştir. Daha sonra temel bileşenler analizi kullanılarak girdi değişkeni üçe, çıktı değişkeni ise bir tane olacak şekilde azaltılmıştır. Analize göre ölçeğe göre değişken getiri VRS modeline göre ülke sağlık sistemlerinin %33,3'ü etkin çıkmıştır. Kanada, Finlandiya, Japonya, Güney Kore, İspanya, İsveç ve ABD verimli ülkeler olarak tespit edilmiştir (Afonso ve Aubyn:2007). Serbest pazar tipine sahip olan ve

çok gelişmiş ülke olmasına rağmen ABD bu çalışmada etkin bulunmamıştır. Bu durumda çalışmada kullanılan değişkenlerin farklılık göstermesi, ABD'nin sahip olduğu sağlık finansman sisteminin kamu değil de özel sektör ağırlıklı olması ve kişi başına fazla sağlık harcaması ayırarak bunları israf etmesi etkinsiz olmasının nedenleri olabilir.

Kocaman vd. (2011) tarafından yapılan çalışmada, OECD ülkelerinin sağlık sistemlerinin etkinlik analizi ölçülmüştür. Araştırmada girdi olarak bin kişi başına düşen hekim sayısı, bin kişi başına düşen hastane yatak sayısı ve kişi başına düşen sağlık harcaması; çıktı olarak ise doğumda beklenen yaşam süresi ve beş yaş altı ölüm oranı kullanılmıştır. Çalışmada, 34 ülkenin VZA girdi yönelimli CCR yöntemi ile 34 ülkenin sağlık sistemlerinin etkinlikleri ölçülmüştür. 34 ülkenin %29,4 etkin çıkmıştır. Etkin çıkan ülkeler; Avustralya, Estonya, İsveç, Japonya, Lüksemburg, Meksika, Portekiz, Slovenya, Şili ve Türkiye olmuştur. Tüm ülkelerin etkinlik ortalaması 0,7788 çıkmıştır. Etkin çıkmayan ülkeler arasında etkinliği en yüksek ülke sağlık sistemi 0,9144 ile Güney Kore; en düşük ise 0,4093 etkinlik skoru ile Avusturya olmuştur. Her iki çalışmada da Bismarck sistemini benimseyen Türkiye etkin olarak bulunmasının nedeni Türkiye benimsediği sağlık finansman sisteminin prim gelirlerine dayanan sosyal sigorta modeli olması sebebiyle kamu kaynakları daha az ve verimli kullanılarak etkin çıkmasına bağlı olabilir.

Son zamanlarda çalışmamızda da olduğu gibi Covid-19 pandemisi ile mücadelede ülkelerin sağlık sistem performansları ile ilgili veri zarflama analizi çalışmaları yapılmıştır.

Breintenbach vd., çalışmasında seçilmiş 31 ülkenin pandeminin ilk 100 gün içerisindeki performansını analiz etmişlerdir. Hekim sayısı girdi değişkeni bu çalışmada kullanılan hekim sayısı ile benzerlik göstermektedir. Analize sonuçlarına göre Türkiye, Brezilya, Çin, İran ülkelerinin yüksek performans, ABD, Kanada ve Almanya ülkelerinin ise düşük bir performans gösterdiği tespit edilmiştir (Breintenbach, 2020). Serbest pazar tipine sahip olan ABD Bismarck tipi sağlık sistemine sahip Almanya bu çalışmada da düşük performans sergileyen etkin olmayan ülkelerdir. Bismarck tipi sağlık sistemine sahip Türkiye her iki çalışmada da etkin ülkedir. Covid-19 sürecinde de gelişmekte olan Türkiye az olan kaynaklarını etkili bir şekilde kullanmaya çalışmıştır.

Kaman vd., OECD üyesi 9 ülkenin sağlık sistem performansını analiz etmişlerdir. GSYİH'den sağlığa ayrılan pay, nüfus yoğunluğu ve 1000 kişi başına düşen sağlık çalışanı sayısı girdi değişkeni olarak; milyon kişi başına düşen vaka ve ölüm sayılarının sağlık çalışanlara oranı çıktı değişkeni olarak kullanılmıştır. Analize göre ise Çek Cumhuriyeti, Polonya ve Portekiz etkin, Türkiye, Danimarka, Fransa, ABD, Meksika ve İtalya ise etkinsiz olarak bulunmuştur (Kaman vd., 2021). Her iki çalışmada da Serbest Pazar Tipine sahip olan ABD'nin ve Bismarck Tipi Sağlık Sistemine sahip Türkiye'nin etkinsiz olarak bulunması çalışmaların ortak yönlerindendir.

Selamzade ve Özdemir'in çalışmalarında Covid-19 pandemisi ile mücadelede ülkelerin verimliliklerini çıktı yönelimli Charnes, Cooper ve Rhodes (CCR) ve Banker, Charnes ve Cooper (BCC) yöntemleri ile incelemiştir. Çalışmada hekim, hemşire, hastane yatak sayıları ve GSYİH'den sağlığa ayrılan payın oranı girdi değişkeni olarak; test sayısı, vaka sayısı ve ölüm sayısı olarak kullanılmıştır. CCR yöntemi uygulanan analiz sonucunda 8, BCC yöntemi ile yapılan analiz sonucunda 11 ülke etkin olmuştur. En yüksek etkinlik skorunu Slovakya (CCR) ve İzlanda (BCC) almıştır. İtalya, İspanya, ABD, Büyük Britanya ve Kuzey İrlanda Birleşik Krallığı ve Fransa etkinlik skorlarında son sıralarda yer almıştır (Selamzade ve Özdemir, 2020). Bu çalışmda ise Slovakya, finansmanı ve sağlık hizmeti sunumu devletin elinde olan sağlık harcamalarının büyük çoğunluğunun genel vergilerle karşılandığı ve herkesi kapsayan Beveridge tipi sağlık sistemine sahip olmasına rağmen etkin çıkmamıştır.

Bu çalışmada bazı ülkeler etkin çıkarken aynı ülke yukarıda bahsedilen çalışmalarda etkin çıkmamış ve farklı sonuçların elde edildiği görülmektedir. Bunun durum farklı değişkenlerin seçimi, farklı yılların kullanılması ve farklı ülkelerin çalışmalara dahil edilmesiyle açıklanabilir.

Sağlık sisteminin performansı değerlendirilen ülkelerin sistemlerinin eksik yönleri ve bunun altında yatan nedenler belirlenmeli ve gerekli iyileştirmelerin yapılması sağlanmalıdır. Ülkeler arası karşılaştırma yapılabilmesine olanak sağlayan performans değerlendirmesinden elde edilen sonuçlara göre anlamlı ve etkin politikalar geliştirilebilir. Covid-19 pandemisi verileri neredeyse her gün değişiklik göstermektedir, bu yüzden pandeminin bitiminde kesin değerlere ulaşılacağından öncelikle girdi değişkenleri için sağlık hizmetlerine yapılacak yatırımlar ülkelerin sağlık sistem performanslarına katkı sağlayacaktır.

## Kaynakça


Afonso, A and Aubyn, M. St. (2007). Assessing Health Efficiency Accross Countries with Two-Step and Bootstrap Analysis", February, p. 1-33.

Berman, P. ve Bitran, R. (2011). *Health Systems Analysis for Better Health System Strengthening, Health, Nutrition, and Population (HNP) Discussion Paper,* The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank: Washington.

Breitenbach, M. C., Ngobeni, V. ve Ayte, G. (2020). The first 100 Days of Covid-19 Coronavirus–How Efficient Did Country Health Systems Perform to Flatten the Curve in the First Wave?

Cooper, W.W., Seiford, L.M. ve Tone, K., 2007. Data Envelopment Analysis A Comprehensive Text With Models, Applications, References and Dea-Solver Software, Second Edition. Springer Science+Business Media, LLC.

De Silva, A. (2000). A framework for measuring responsiveness. Geneva: World Health Organization.

Ergülen, A., Bolayır, B., Ünal, Z. ve Harmankaya, İ. (2020). Covid-19 Sürecinde Türkiye'nin Etkinliğinin Veri Zarflama Analizi ile Değerlendirilmesi**.** *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi,* 11(Ek), 275-286.

Kaman, Ferhan. ve Yücel, Ahmet (2021). Covid-19'dan En Çok Etkilenen 9 OECD Ülkesinin Sağlık Çalışanlarının Etkinliğinin İncelenmesi Üzerine Bir Çalışma. *Uygulamalı Sosyal Bilimler ve Güzel Sanatlar Dergisi.*

Kiliçarslan, M. ve Kaptanoğlu R.Ö. (2019). Lean and Productivity in The Financing of Health Services, *European Journal of Science and Technology*, (15), 297-301.

OECD (2022), Population (indicator). doi: 10.1787/d434f82b-en https://data.oecd.org/pop/population.htm Erişim tarihi:(26.07.2022).

Ramanathan, R. (2003). An Introduction to Data Envelopment Analysis (A Tool for Performance Measurement). Sage Publications, New Delhi, Thousand Oaks, London.

Selamzade, F. ve Özdemir, Y. (2020). COVID-19'a Karşı OECD Ülkelerinin Etkinliğinin VZA ile Değerlendirilmesi. *Electronic Turkish Studies*, *15*(4), 977-991.

Şahin, I. ve Ozcan, Y.A. (2000). Public Sector Hospital Efficiency for Provincial Markets in Turkey. Vol:24, No:6 s:307-320.

World Health Organization (2000). World Health Report 2000: Health Systems-Improving Performance. Geneva, Switzerland.

Zu ZY, Jiang MD, Xu PP et al. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Perspective from

China. *Radiology*, 21:200490.

# CAM TAVAN SENDROMU ve ÖRGÜTSEL ADALET ARASINDAKİ İLİŞKİ: SAĞLIK KURUMU ÖRNEĞİ

Taşkın Kılıç [1] Derya Demir [2]

***Özet***

*Kadınlar, iş hayatında günden güne daha aktif olsalar da yönetime katılma noktasında erkeklerin gerisinde kalmaktadırlar. Bu durumun temel nedeni kadınların yaşadıkları ve "cam tavan sendromu" olarak adlandırılan engellerdir. Tanımlanması zor ve baskın olarak zihinsel ve yapay engelleri içeren "cam tavan sendromu", kadınların yönetim kademelerine yükselmelerini olumsuz etkileyerek çalışma yaşamında birçok faktör ile etkileşimdedir. Bu faktörlerden birisi de örgütsel adalettir. Bu çalışmanın amacı; sağlık sektöründe çalışan kadınların örgütsel adalet algılarıyla cam tavan sendromu arasında ilişki olup olmadığını belirlemektir. Araştırmada teorik kısım ile ilgili yazın taramasından, uygulama bölümü ise 257 kadın sağlık çalışanına online anket uygulanarak hazırlanmıştır. Edinilen verilerin, SPSS programı ile analizi yapılmış olup, araştırmanın sonuçlarında ana değişkenler olarak belirlenmiş; cam tavan sendromu ile örgütsel adalet algısı ve boyutları arasındaki ilişki anlamlı olarak tespit edilmiştir.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Cam Tavan, Kadın, Sağlık Çalışanı, Adalet*

# THE RELATIONSHIP BETWEEN GLASS CEILING SYNDROME AND ORGANIZATIONAL JUSTICE: THE CASE OF HEALTH INSTITUTION

***Abstract***

*In recent years, women are more active in business life day by day, although they lag behind men in terms of participating in management. The main reason for this situation is the obstacles that women experience and called "glass ceiling syndrome". The "glass ceiling syndrome", which is difficult to define and predominantly includes mental and artificial disabilities, interacts with many factors in*

1 Doç. Dr., Ordu Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, taskinkilic79@hotmail.com

2 Yüksek Lisans Öğrencisi, Sağlık Yönetimi Bölümü, deryasulumer@gmail.com

*working life by negatively affecting women's promotion to management positions. One of these factors is organizational justice. The aim of this study; The aim of this study is to determine whether there is a relationship between the organizational justice perceptions of women working in the health sector and the glass ceiling syndrome. In the research, the theoretical part was prepared from the literature review, and the application part was prepared by applying an online questionnaire to 257 female health workers. The obtained data were analyzed with the SPSS program and determined as the main variables in the results of the research; The relationship between the glass ceiling-syndrome and the perception and dimensions of organizational justice was found to be significant.*

***Key Words:*** *Glass Ceiling, Women, Health Workers, Justice*

## 1. Giriş

Tarihte kadınların iş hayatına aktif katılımı Sanayi Devrimi sonrası başlamış ve I. ve II. Dünya Savaşları boyunca silah altına alınan erkeklerin yerine, işgücünde oluşan boşluğu doldurmak amacıyla istihdamdaki yerleri güçlenmiştir. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS)' nin sonuçlarının incelenmesine göre 2020 yılında Türkiye'de toplam nüfusun %49,9'unu kadınların oluşturmasına rağmen (TÜİK, 2021), yine TÜİK verilerine göre; işgücüne katılma oranı kadınlarda %32 iken erkeklerde bu oran %68,2 olarak belirtilmiştir (TÜİK, 2021) . Bu verilere bakarak anlaşılıyor ki, nüfusun yarısını oluşturan kadınlar iş hayatında bu oranın gerisinde kalmışlardır. Yönetim yazınında bu durumun temel nedeni olarak kadınların yaşadıkları ve cam tavan sendromu olarak adlandırılan engellerdir (Kılıç ve Çakıcı,2016). Cam tavan sendromu görünmez ve ulaşılmaz (tanımlanamayan) bazı etkenlerin kadınlar ve azınlıkların yeteneklerini kullanmasını etkileyerek, onların yöneticilik gibi üst basamaklara çıkmasına engel olan bir unsur olarak tanımlamıştır (Federal Glass Ceiling Commission, 1995). Cam tavan sendromu iş hayatında birçok unsurla ilişki halindedir. Bunlardan biri de örgütsel adalet kavramıdır. Örgütsel adalet algısı ise örgütsel adalet algısı, "bir örgütte bireylerin yöneticiler, iş arkadaşları ve sosyal bir sistem olarak işyeri ile aralarında gerçekleşen ekonomik ve sosyal değişim sürecindeki algıladıkları eşitlik (Beugre,1998).

Örgütlerde algılanan veya yönetim tarafından hayata geçirilen adalet uygulamalarının kadınların hissettiği cam tavan sendromu üzerinde olumsuz veya olumlu etkileri olduğu yapılan sınırlı sayıdaki çalışmada ortaya konulmuştur (Özyer ve Azizoğlu,2014; Tunç ve Özmen,2016; Özden,2018). Fakat bu yapılan çalışmalar genellikle sağlık sektörü dışında bankacılık, turizm ve üretim sektörleri üzerinedir. Bu kapsamda bu çalışmanın sağlık sektöründe yapılıyor olması konunun önemini artırmaktadır.

Bu kapsamda bu çalışmanın amacı; sağlık sektöründe çalışan kadınların örgütsel adalet algılarıyla cam tavan sendromları arasında ilişki olup olmadığının

tespit edilmesidir. Bu bağlamda aşağıdaki sorulara yanıt aranacaktır;

- Sağlık kurumlarında çalışan kadınlar cam tavan sendromuna maruz kalıyorlar mı?

- Sağlık sektöründeki kadınların, örgütsel adalet düzeyi hakkındaki algıları nasıl?

- Sağlık sektöründeki kadınların örgütsel adalet algılarıyla cam tavan algıları arasında bir ilişki var mıdır?

## 2. Yöntem

### 2.1. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

**H1:** Dağıtım adaleti ile cam tavan algısı boyutları arasında ilişki vardır.

**H2:** Süreç adaleti ile cam tavan algısı boyutları arasında ilişki vardır.

**H3:** Etkileşim adaleti ile cam tavan algısı boyutları arasında ilişki vardır.

**H4:** Medeni duruma göre cam tavan algısı anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

**H5**: Çalışanların eğitim düzeyine göre örgütsel adalet algısı boyutları anlamlı şekilde farklılaşmaktadır.

### 2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmada kullanılan ölçekler online olarak hazırlanmış olup sağlık kurumlarında görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 257 gönüllü kadın sağlık

çalışanlarına uygulanmıştır. Örneklem basit rasgele örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Söz konusu çalışmadan elde edilen veriler SPSS 16.0 programında analiz edilmiştir.

### 2.3. Araştırmanın Ölçekleri

Çalışmada demografik veriler ilk bölümü oluşturmakta olup, ikinci bölümde cam tavan sendromu ölçeği, üçüncü bölümde ise örgütsel adalet algısı ölçeği yer almaktadır.

Cam tavan sendromu ölçeği için Karaca (2007)'nın "Kadın Yöneticilerde Kariyer Engelleri: Cam Tavan Sendromu Üzerine Uygulamalı Bir Araştırma" başlıklı tez çalışmasında geliştirdiği 34 maddelik likert ölçek uygulanmıştır. Bu ölçeğin; ilk 4 ifadesi çoklu rol üstlenme, 5-11 arasındaki ifadeler kadınların kişisel tercih algıları, 12-19 arasındaki ifadeler örgüt kültürü ve örgüt politikaları, 20-22 arasındaki ifadeler informal iletişim ağı, 23.-24. sorular mentorluk, 25-29 arasındaki sorular mesleki ayrım ve 30-34 arasındaki ifadeler ise stereotipler boyutunu ölçmektedir.

Örgütsel adalet algısı ölçeği için Niehoff ve Moorman (1993) tarafından geliştirilip Polat ve Celep (2008) tarafından Türkçe 'ye uyarlanan, 20 maddelik likert ölçek kullanılmıştır. Ölçeğin ilk 5 maddesi adil dağıtım boyutunu, 6-11. ifadeler adil işlem boyutunu, 12-20. ifadeler ise adil etkileşim boyutunu ölçmektedir.

## 3. Bulgular

Çalışmaya katılar kişilerin demografik bilgileri tablo 1'deki gibidir:

**Tablo 1**. Katılımcılara Ait Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımı

| Yaş | Kişi | % | Eğitim Durumu | Kişi | % |
|---|---|---|---|---|---|
| 21-30 | 113 | 43,9 | Önlisans | 50 | 19,4 |
| 31-40 | 70 | 27,2 | Lisans | 160 | 62,3 |
| 41-50 | 74 | 28,7 | Lisansüstü | 47 | 18,3 |
| **Kurumda Çalışma Süresi** | **Yıl** | **%** | **Medeni Durum** | **Kişi** | **%** |
| 1 yıldan az | 30 | 11,3 | Bekar | 125 | 48,6 |
| 1-5 | 64 | 25,3 | Evli | 132 | 51,4 |
| 5-10 | 77 | 30,0 | | | |
| 10-15 | 36 | 14,0 | | | |
| 15 yıldan fazla | 50 | 19,5 | | | |

Katılımcıların %43,9'u 21-30 yaş aralığında olup %80,6'sı en az 4 yıllık bir üniversite bitirmiştir. Çalışmaya %51,4 bekar çalışan katılırken, çalışanların %30'unun kurumda çalışma süresi 5-10 yıldır.

### 3.1. Güvenilirlik Testi

Ölçeklerin güvenilirlik analiz sonuçları tablo 2'de belirtilmiştir. Cam tavan ölçeğinin Cronbach's Alpha katsayısı 0,788 iken örgütsel adalet ölçeğinin Cronbach's Alpha katsayısı 0,948'tir. Sonuçlara göre ölçekler yeterli güvenilirlik değerlerine sahiptir.

**Tablo 2.** Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi

| | **Cronbach's Alpha** |
|---|---|
| Cam Tavan Ölçeği | 0,788 |
| Örgütsel Adalet Ölçeği | 0,948 |

### 3.2. Geçerlilik Analizi (Faktör Analizi)

Ölçeklerin faktör analizleri tablo 3'te gösterilmiştir. Cam tavan ölçeğinin KMO değeri 0,837 çıkarken, örgütsel adalet ölçeğinin KMO değeri 0,938 çıkmıştır. Sonuçlara göre ölçekler yeterli örneklem büyüklüğüne sahiptir.

Cam tavan ölçeğinin toplam açıklanan varyans değeri %63,926 iken, örgütsel adalet ölçeğinin toplam açıklanan varyans değeri % 68,556'dır. Sonuçlara göre ölçekler yeterli geçerlilik düzeyine sahiptir.

**Tablo 3.** Ölçeklerin Faktör Analizi

| | **KMO and Bartlett's Test** |
|---|---|
| Cam Tavan Ölçeği | 0,837 |
| Örgütsel Adalet Ölçeği | 0,938 |
| | **Total Variance Explained (Cumulative%)** |
| Cam Tavan Ölçeği | 63,926 |
| Örgütsel Adalet Ölçeği | 68,556 |

### 3.3. Hipotez Testleri Sonuçları

**Tablo 4.** Dağıtım Adaleti ile Cam Tavan Algısı Boyutları Arası Korelasyon Tablosu

| | **Dağıtım Adaleti (Korelasyon Katsayısı)** |
|---|---|
| Çoklu Rol Üstlenme | 0,065 |
| Kişisel Tercih Algıları | -0,132 |
| Örgüt Kültürü/Politikaları | -0,270 |
| İnformal İletişim Ağı | -0,219 |
| Mentorluk | -0,088 |
| Mesleki Ayrım | -0,151 |
| Stereotipler | -0,194 |

**H1:** "Dağıtım adaleti ile cam tavan algısı boyutları arasında ilişki vardır." hipotezi korelasyon testine tabi tutulmuş olup dağıtım adaleti algısı ile kişisel tercih algıları, örgüt kültürü ve politikaları, informal iletişim ağı, mesleki ayrım ve stereotipler boyutları arasında negatif yönlü ilişkilerin olduğu görülmektedir.

**Tablo 5.** Süreç Adaleti ile Cam Tavan Algısı Boyutları Arası Korelasyon Tablosu

| | **Süreç Adaleti (Korelasyon Katsayısı)** |
|---|---|
| Çoklu Rol Üstlenme | 0,01 |
| Kişisel Tercih Algıları | -0,48 |
| Örgüt Kültürü/Politikaları | -0,300 |
| İnformal İletişim Ağı | -0,264 |
| Mentorluk | -0,125 |
| Mesleki Ayrım | -0,186 |
| Stereotipler | -0,098 |

**H2:** "Süreç adaleti ile cam tavan algısı boyutları arasında ilişki vardır." Hipotezine korelasyon testi uygulanmış olup süreç adaleti algısı ile örgüt kültürü politikaları, informal iletişim ağı, mentorluk, mesleki ayrım boyutları arasında negatif yönlü ilişki olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 6.** Etkileşim Adaleti ile Cam Tavan Boyutları Arası Korelasyon Tablosu

| | **Etkileşim Adaleti (Korelasyon Katsayısı)** |
|---|---|
| Çoklu Rol Üstlenme | -0,010 |
| Kişisel Tercih Algıları | -0,002 |
| Örgüt Kültürü/Politikaları | -0,375 |
| İnformal İletişim Ağı | -0,311 |
| Mentorluk | -0,213 |
| Mesleki Ayrım | -0,194 |
| Stereotipler | -0,115 |

**H3:** "Etkileşim adaleti ile cam tavan algısı boyutları arasında ilişki vardır." Hipotezine korelasyon testi uygulanmış olup etkileşim adaleti algısı ile örgüt kültürü ve politikaları, informal iletişim ağı, mesleki ayrım, mentorluk,ve stereotipler arasında negatif yönlü ilişki olduğu görülmüştür.

**Tablo 7.** Medeni Duruma Göre Cam Tavan Algısı Boyutları T-testi Tablosu

| | Sig.(2- tailed) |
|---|---|
| Çoklu Rol Üstlenme | 0,034* |
| Kişisel Tercih Algıları | 0,498 |
| Örgüt Kültürü / Politikaları | 0,556 |
| İnformal Iletişim Ağı | 0,121 |
| Mentorluk | 0,583 |
| Mesleki Ayrım | 0,495 |
| Stereotipler | 0,129 |

**H4 :** "Medeni duruma göre cam tavan algısının boyutları anlamlı şekilde farklılaşmaktadır." Hipotezi "bağımsız örneklem t testi'ne tabi tutulmuştur. Yalnızca çoklu rol üstlenme boyutunda değişkenler arasında anlamlı farklılaşma bulunmaktadır, diğer boyutlarda anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bulgulara göre evli çalışanların mean değeri 2,8864 iken bekar çalışanların mean değeri 2,740 olarak tespit edilmiştir. Sonuç olarak evli olan çalışanların bekar çalışanlara göre daha fazla çoklu rol üstlendikleri belirlenmiştir.

**Tablo 8.** Eğitim Seviyesine Göre Örgütsel Adalet Algısı Boyutları Anova Testi Tablosu

| Tukey | | | Mean | Sig. |
|---|---|---|---|---|
| Dağıtım Adaleti | Ön lisans | Lisans | 0,339 | 0,042* |
| | | Lisansüstü | | 0,953 |
| | Lisans | Ön lisans | | 0,042* |
| | | Lisansüstü | | 0,113 |
| Süreç Adaleti | Ön lisans | | 0,375 | |
| | | Lisans | | 0,018* |
| | | Lisansüstü | 0,554 | 0,04* |
| | Lisans | Ön lisans | | 0,018* |
| | | Lisans | | 0,407 |
| Etkileşim Adaleti | Ön lisans | | 0,500 | |
| | | Lisans | | 0,002** |
| | | Lisansüstü | 0,653 | 0,001** |
| | Lisans | Ön lisans | | 0,002** |
| | | Lisansüstü | | 0,558 |

**H5:** "Çalışanların eğitim düzeyine göre örgütsel adalet algısı boyutları anlamlı şekilde farklılaşmaktadır." Hipotezine "one-way anova testi" uygulanmış olup örgütsel adalet boyutlarının çalışanların eğitim durumuna göre anlamlı şekilde farklılaştığı görülmüştür.

## 4. Tartışma ve Sonuç

Örgütsel adalet algısının boyutlarından dağıtım adaleti algısının cam tavan kavramı boyutlarıyla ilişkisinin incelenmesi sonucu görülmüştür ki; kadın sağlık çalışanları, çalıştıkları kurumların izlediği politika ve kurumlarındaki hakim kültür nedeniyle cinsiyetleri dolayısıyla ne kadar çok haksızlığa uğrarlarsa o kadar az dağıtım adaleti algısına sahip olurlar. Ve kurumdaki yöneticileriyle, çalışma arkadaşlarıyla informal iletişim ağına erkekler kadar katılamadıkça yine o kurumda adil bir dağıtımın olduğunu düşünmezler . Bunun yanı sıra karşılarına çıkan stereotipler ve cinsiyetlerinden dolayı olan mesleki ayrımlar hem kadınların kurumda ilerlemeyle ilgili kişisel tercihlerini hem de dağıtım adaleti algısını negatif yönde etkilemektedir.

Süreç adaleti boyutu ile cam tavan algısı boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi kapsamında; kurumun kültür ve politikalarının, kurumdaki informal iletişim ağının erkekler lehinde olmasının, kadın sağlık çalışanlarının o kurumdaki prosedür adaleti algısını zedelemektedir denilebilir. Yine kadınlar, yeteri kadar mentorlukten faydalanamazlarsa ve cinsiyetleri dolayısıyla mesleki ayrıma maruz kalırlarsa kurumda adil bir sürecin işlediğini düşünmezler. Literatür incelendiğinde; Özyer ve Azizoğlu'nun (2014) iş hayatındaki kadınların önündeki cam tavan engelleri ile algılanan örgütsel adalet arasındaki ilişkiyi incelemek üzere yaptıkları çalışmada, cam tavan sendromu ile örgütsel adaletin alt boyutlarından dağıtımsal adalet arasında olumsuz yönde ortalama bir ilişki, süreç adaleti boyutu arasında ise olumsuz yönde zayıf bir ilişki bulunduğu görülmüştür.

Etkileşimsel adalet algısının cam tavan algısı boyutlarıyla incelenmesi sonucunda ise; sağlık kurumlarındaki politikanın, kültürün, informal iletişim ağının erkekler lehinde olması; kadınların maruz kaldıkları stereotiplerin, mesleki ayrımın; yeteri kadar faydalanamadıkları mentorluğun etkileşimsel adalet algısını olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir.

T-testi verilerine göre; evli olan çalışanların bekar çalışanlara kıyasla üstlendikleri rollerin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Kadınların ev içi sorumlulukları geçmişten günümüze aktarılarak gelmiştir. Bunun yanı sıra Sanayi Devrimi'yle birlikte kadınların çalışma hayatında da rolleri artmıştır. Günümüzde kadınlar hem ev içi hem de çalışma hayatındaki sorumluluklarını eş zamanlı olarak yerine getirmektedir. Evlilikle birlikte kadınların ev içi rollerine annelik rolü de eklenmektedir ve hatta Türkiye gibi ataerkil toplumlarda eşlerinin de ev içi sorumlukları kadınlara yüklenmektedir. Dolayısıyla evli olan kadın çalışanlar bekar kadın çalışanlara göre daha fazla rol üstlenmektedirler. Literatür incelendiğinde; Bayram ve Nakkazi'nin (2021) kadın akademisyenlere yaptığı çalışmada çoklu rol üstlenme düzeyinin, Dinç ve Telli'nin (2020) katılım bankalarında çalışan kadın çalışanlar üzerinde yaptığı çalışmada çoklu rol üstlenme, kişisel tercih algıları, mentörlük, mesleki ayrım ve stereotipler düzeyinin evli kadınlarda fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anova testi sonuçlarına göre; eğitim seviyesi yükseldikçe kişilerin örgütsel adalet algıları zayıflamaktadır. Baltalılar'ın (2022) hizmet sektöründe faaliyet gösteren firmalardaki çalışanlar üzerinde yaptığı çalışmada, ilköğretim mezunlarında dağıtımsal adalet, işlem adaleti ve etkileşimsel adalet düzeylerinin en yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Eğitim, kişilerin adillik algısının farkındalığını artırıp beklentilerini yükseltmektedir. Dolayısıyla daha yüksek eğitim düzeyine sahip kişiler, gerek dağıtım sistemleri gerek uygulanan prosedürler ve gerekse kurulan iletişim yönünden yüksek beklentilerinin karşılanmasıyla ancak adalet algısına ulaşırlar. Sağlık sektörü de yüksek eğitim seviyesine sahip çalışanlardan oluşan karmaşık bir sistemdir. Dolayısıyla kurumların işleyişindeki birçok unsur titizlikle yerine getirilmeli ve işinin ehli yöneticiler göreve getirilmelidir.

Sağlık sektörü, birçok branşı içinde barındıran, insan hayatını etkileyen hizmetler sunan karmaşık bir sistemdir. Kadın sağlık çalışanları üzerinde yapılan bu çalışmada açıkça görülüyor ki, sağlık kurumlarının yönetimi, örgüt içi politikaları, örgüt içi ilişkiler, kişisel ve yerleşik algılar kadınların çalışma hayatında önemli yer tutmaktadır. Ve bu unsurlar negatif yönde olduklarında birer engele dönüşmektedirler. Bireylerin adalet algısı bu engellerden olumsuz etkilenmektedir. Dolayısıyla adalet algısının zayıf olduğu sağlık kurumlarında kadınların önüne görünmez cam tavanlar çıkmaktadır.

Bu durum kadın sağlık çalışanlarının bireysel iş performanslarında düşüşe sebep olmakta, hizmeti alan tarafın da hizmeti sunan tarafın da karşılıklı memnuniyetsizliklerine sebep olmaktadır. Buradan hareketle bireysel adillik algısının bozulması, sağlık kurumlarının da olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır ve bu durum bir kısır döngü oluşturmaktadır. Oluşan bu olumsuz durum sağlık kurumlarının hizmet kalitesini azaltmakta, hizmet verilen bireylere yansıyan bu durum, kişilerin hizmeti bizzat sunan çalışana karşı ön yargı oluşturmasına neden olmaktadır. Bu tip problemlerin aşılması adına, yöneticilerin, bu tip durumlar oluşmadan önce gerekli değerlendirmeleri ve analizleri yaparak, önlemler alması gerekmektedir.

Bu kapsamda kadınların karşılarına çıkan bu cam tavanları kırmak için örgütteki adalet algısının güçlendirilmesine önem verilmelidir.

## Kaynakça


Baltalılar, T. (2020). Hizmet Sektöründe Faaliyet Gösteren Firmalarda Örgütsel Adalet Ve Örgüt İkliminin Örgütsel Bağlılık Üzerinden Çalışan Performansına Etkisi. Doktora Tezi, Beykent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İşletme Yönetimi Bilim Dalı.

Bayram, K. Ve Nakkazi, T. (2021). Kadın Akademisyenlerin Cam Tavan Sendromu Üzerine Bir Araştırma: Uganda İslam Üniversitesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, KTO Karatay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sigortacılık ve Sosyal Güvenlik Anabilim Dalı, İnsan Kaynakları ve Sosyal Güvenlik Yüksek Lisans Programı.

Beugre, C. D. ve Baron, R. A. (2001), Perceptions of Systemic Justice: The Effects of Distributive,

Procedural and Interactional Justice, Journal of Applied Social Psychology, 32(2), 324-339.

Beugre, C.D. (1998). Managing fairness in organizations. Greenwood Pub. Gr, Westport, CT, USA.

Dinç, Y. ve Telli, B. (2020). Katılım Bankalarında Çalışan Kadın Personellerin Cam Tavan Algılarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uluslararası Finans Ve Katılım Bankacılığı Anabilim Dalı Uluslararası Finans Ve Katılım Bankacılığı Bilim Dalı.

Federal Glass Ceiling Commission (1995) Good for Business: Making Full Use of the Nation's Human Capital U.S. Glass Ceiling Commission Publications Key Workplace Documents. Cornell University ILR School Digital Commons, New York.

Kılıç, T., Çakıcı A.B. (2016). Sağlık ve Eğitim Sektöründeki Kadın Çalışanların Cam Tavan Algısının Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2016; 19(3): 283-303.

Özden, E.(2018). Örgütsel Adalet ile Cam Tavan Sendromu ilişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Nişantaşı Üniv. Sosyal Bilimler Enstitüsü

Özyer K,Azizoğlu Ö (2014). İş Hayatında Kadınların Önündeki Cam Tavan Engelleri İle Algılanan Örgütsel Adalet Arasındaki İlişki. Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 10(1), 95 - 106.

Tunç, S. & Özmen, A. (2016). Kadın Çalışanların Cam Tavan Engelleri İle Algılanan Örgütsel Adalet Arasındaki İlişki: Eskişehir Bankacılık Sektöründe Uygulama . Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 7 (2), 97-119. Retrieved from https://dergipark.org.tr/tr/pub/jiss/issue/40235/479559

TÜİK . (Ocak 2021). Mevsim etkisinden arındırılmış temel işgücü göstergeleri, TÜİK Haber Bülteni, Sayı:37486.

# HEMŞİRE-HEMŞİRE İŞBİRLİĞİNİN HEMŞİRELERİN İŞ DOYUMUNA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

İlknur Özkaya [1] Yasin Çilhoroz [2] Oğuz Işık [3] İsmail Biçer [4]

***Özet***

*Sağlık sisteminin vazgeçilmez insan kaynaklarından olan hemşireler daha kaliteli ve etkili sağlık sonuçlarına ulaşmak için meslektaşlarıyla sık sık işbirliği yapmak durumundadırlar. Bu durum hemşirelerin iş doyumunu da etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı hemşire-hemşire işbirliğinin hemşirelerin iş doyumuna etkisini incelemektir. Çalışmada, sosyodemografik sorular, Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği (HHİÖ) ve Hemşire İş Doyum Ölçeği (HİDÖ) ifadelerinin yer aldığı bir soru formu kullanılmıştır. Çalışma kapsamında ilgili soru formu bir kamu hastanesinde çalışan 167 hemşireye yüz yüze uygulanmıştır. Soru formunun geçerlik ve güvenirlik analizleri yapılmış olup geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur. Analizler sonucunda, 5 farklı regresyon modeli kurulmuştur. 5. modele göre, hemşire-hemşire işbirliği hemşirelerin iş doyumunu istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemektedir (p<0,05). Hemşire-hemşire işbirliği arttıkça hemşirelerin iş doyumu da artmaktadır. Bu bağlamda, hemşireler arasındaki işbirliğinin artmasını destekleyici uygulamaların hayata geçirilmesi hemşirelerin iş doyumunu artıracağı için hasta bakımını da olumlu etkileme potansiyelini ortaya çıkarabilecektir.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Hastane, Hemşire, Hemşire-hemşire* İş*birliği,* İş Doyumu

# EXAMINATION OF THE EFFECT OF NURSE-NURSE COLLABORATION ON JOB SATISFACTION OF NURSES

***Abstract***

*Nurses, who are indispensable human resources of the health system, often have to collaborate with their colleagues in order to achieve better quality and ef-*

1 Dr., Sinop Atatürk Devlet Hastanesi, drilknurozkaya@gmail.com

2 Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, yasin.cilhoroz@hacettepe.edu.tr

3 Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, oguz.isik@gmail.com

4 Öğr. Gör., Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ismailbiceer@gmail.com

*fective health outcomes. This situation also affects the job satisfaction of nurses. The aim of this study was to examine the effect of nurse-nurse collaboration on job satisfaction of nurses. In the study, a questionnaire consisting of sociodemographic questions, Nurse-Nurse Collaboration Scale (NNCSS), and Nurse Job Satisfaction Scale (HJSS) was used. Within the scope of the study, the questionnaire was applied face to face to 167 nurses working in a public hospital. The validity and reliability analyzes of the questionnaire were made and it was found to be valid and reliable. As a result of the analyses, 5 different regression models were generated. According to the 5th model, nurse-nurse collaboration has a statistically significant effect on job satisfaction of nurses ($p<0.05$). As the nurse-nurse collaboration increases, the job satisfaction of the nurses also increases. In this context, the implementation of practices that support the increase of collaboration between nurses will increase the job satisfaction of nurses, thus revealing the potential to positively affect patient care.*

***Key Words**: Hospital, Nurse, Nurse-nurse Collaboration, Job Satisfaction*

## 1. Giriş

Temelde paylaşılan güç ve otoriteye dayalı olan ve gerçekleşmesinde bilgi ve uzmanlık gerektiren iş birliği sözcüğü, Latince "collaborate" sözcüğünden gelmekte ve birlikte çalışma anlamına gelmektedir. Ayrıca, üç farklı şekilde ortaya çıkmaktadır. Bunlar (Henneman vd., 1995);

- Bir projede özellikle bir veya sınırlı sayıda başkaları ile birlikte çalışmak,
- Genellikle istekli olarak bir ülkenin düşmanı ile iş birliği yapmak veya ona yardım etmek,
- İstekli olarak, bazı siyasi veya ekonomik çabalarla bağlantısı olmayan bir kurum veya araçla iş birliği yapmak şeklinde ifade edilmektedir.

Sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki iş birliği ise, dünyanın birçok ülkesindeki sağlık sistemlerinde sınırlı insan ve finansal kaynaklar ile bakım kalitesini ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için gelecek vadeden bir araç olarak görülmektedir. İşbirliği ile hasta bakım ekibinin üyeleri hasta bakım hedeflerini geliştirmek ve bu hedeflere ulaşmak için birlikte çalışırlar. Hemşireler hasta bakım ekibinde kritik bir rol oynadıkları için hemşirelerin işbirliği yapması kaliteli hasta bakımı için önemli görülmektedir (Ma vd., 2018).

Hemşireler arasındaki işbirliğinin, vardiya değişiklikleri arasında, hasta transferi sırasında, hemşireler arasında kötü iletişim olduğunda ve bir hemşire yeter-

siz bilgi ve beceri gösterdiğinde ortaya çıktığı bilinmektedir. Hemşireler arasındaki iş birliği, kişilerarası ilişkileri arzulanan bir seviyeye yükseltmekte, çalışma ekiplerini veya çiftleri birbirine bağlamaktadır. Bu sayede ise, hemşireler daha verimli çalışmakta, hemşirelerin iş doyumu ve hasta memnuniyeti artmaktadır (Durmuş vd., 2018).

Sağlık bakım hizmetlerinin vazgeçilmez unsurlarından olan hemşirelerin zamanla iş rollerinin genişlemesi, sağlık sistemi içinde stratejik bir zorunluluk olmakta ve bu durum özellikle hastalar tarafından olumlu olarak görülmektedir. Bu durumun bir sonucu olarak hemşireler, iş doyumu gibi psikolojik durumlarla da karşılaşabilmektedirler (Hoff vd., 2017).

Mollaoğlu vd. (2010) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşireler arasındaki mesleki iş birliğinin iş doyumunu olumlu etkilediği bulunmuştur. Bu durum tam tersi de geçerlidir. Yani, hemşireler arasındaki iş birliğinin azalması hemşirelerin iş doyumunu ve hasta bakım kalitesini azaltmaktadır (Hamric ve Blackhall, 2007). Henneman (2007) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelerin yetersiz iletişim ve iş birliği yüzünden hasta bakımında hatalar yaptıkları ortaya konulmuştur. Başka bir araştırmada ise, araştırmaya katılan hemşirelerin %33'ünün hasta bakımda ortaya çıkan hataların zayıf ya da yetersiz iş birliğinden kaynaklandığı bildirilmektedir (Alspach, 2008).

Bu bağlamda, hemşirelerin sağlık bakım sektöründe hem nicelik olarak hem de verdikleri hizmet niteliği açısından önemli bir meslek grubunu oluşturması nedeniyle bu çalışmada, hemşire-hemşire iş birliğinin (HHİ) hemşirelerin iş doyumuna (HİD) etkisi incelenecektir.

## 2. Yöntem

### 2.1. Araştırmanın Amacı

Sağlık bakım hizmeti sektöründe ortaya çıkan yeni gelişmelerden olan meslektaşlar arasındaki iş birliği konusunda en önemli yaklaşımlardan olan hemşire-hemşire işbirliğinin hemşirelerin iş doyumuna olan etkisinin ortaya konulması bu araştırmanın temel amacını oluşturmaktadır.

### 2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmanın evrenini bir kamu hastanesinde çalışan 267 hemşire oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçimi yapılmamış olup 167 hemşireye ulaşılmıştır. Anket geri dönüş oranı %61,6 olarak gerçekleşmiştir.

### 2.3. Araştırmanın Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

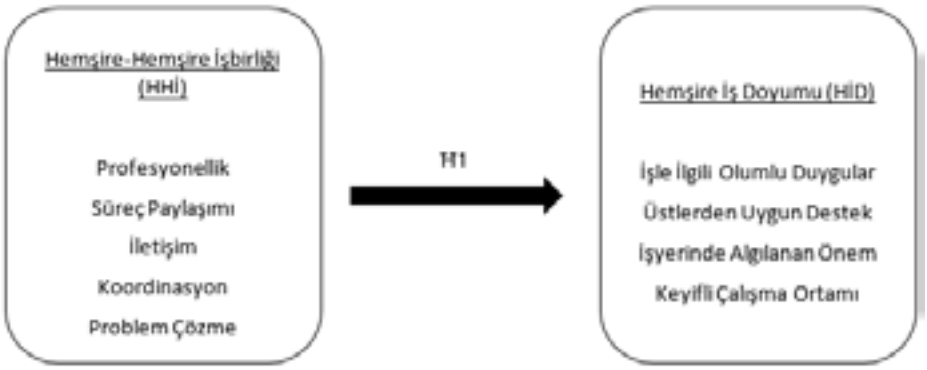
Bu çalışmanın verileri, 3 (üç) bölümden oluşan bir soru formu yardımıyla yüz yüze toplanmıştır. Birinci bölümde, araştırmacılar tarafından oluşturulan ve 9 sorudan oluşan hemşirelerin sosyodemografik bilgileri öğrenmeyi amaçlayan sorular yer almaktadır.

İkinci bölümde, Dougherty ve Larson (2010) tarafından Amerika'da geliştirilen ve Çelik Durmuş ve Yıldırım (2016) tarafından Türkçe'ye uyarlanan "Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği" kullanılmıştır. Orijinal ölçek toplamda 35 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Türkçe ölçek ise 26 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar ise, problem çözme (3 madde), iletişim (5 madde), süreç paylaşımı (5 madde), koordinasyon (3 madde) ve profesyonellik (10 madde)'dir. Dörtlü likert tipte olan ölçekte her bir madde için Kesinlikle Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Katılıyorum (3) ve Kesinlikle Katılıyorum (4) seçenekleri mevcut olup ölçekten alınan toplam puanın artması hemşireler arasındaki iş birliğinin iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin bütününe ilişkin Cronbach Alpha katsayısı 0,93, alt boyutlarının ise problem çözme 0,75, iletişim 0,71, süreç paylaşımı 0,80, koordinasyon 0,78 ve profesyonellik 0,93 olarak bulunmuştur. Ölçeğin dil ve yapı geçerliliği yapılmış olup geçerli bulunmuştur.

Üçüncü bölümde ise, Muya vd. (2014) tarafından geliştirilen ve Yılmaz ve Yıldırım (2016) tarafından Türkçe geçerliliği ve güvenirliği yapılan "Hemşire İş Doyum Ölçeği" kullanılmıştır. Orijinal ölçek 28 madde ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Türkçe ölçek, İşle İlgili Olumlu Duygular (8 madde), Üstlerden Uygun Destek (6 madde), İşyerinde Algılanan Önem (8 madde) ve Keyifli Çalışma Ortamı (5 madde) olmak üzere 27 maddeden ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek, Kesinlikle katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Kararsızım (3), Katılıyorum (4) ve Kesinlikle katılıyorum (5) şeklinde Beşli likert tipindedir. Ölçekten alınan puan 5'e doğru yükseldikçe iş doyumu yüksek, 1'e doğru indikçe iş doyumu düşük olarak değerlendirilmektedir. "Hemşire İş Doyum Ölçeği'nin" genel ve alt boyutlarının, iç tutarlılığı için yapılan Cronbach Alfa analizinde; ölçeğin, Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı ölçek geneli için 0,90 olarak saptanmıştır. Alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları ise sırasıyla, 0,78, 0,93, 0,80 ve 0,74 şeklinde bulunmuştur. Ölçeğin dil ve yapı geçerliliği yapılmış olup geçerli bulunmuştur.

### 2.4. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Bu çalışmanın amacı doğrultusunda oluşturulan model (Şekil 1) ve hipotez aşağıda sunulmuştur.




**Şekil 1.** Araştırmanın Modeli

**H1:** Hemşire-hemşire iş birliği hemşirelerin iş doyumunu istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde etkilemektedir.

### 2.5. Araştırma Verilerinin Analizi

Örneklemden elde edilen verilerin analizinde SPSS 22.0 ve AMOS paket programlar kullanılarak yapısal eşitlik analizine ek olarak, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Ölçeklerin geçerliğinin belirlenmesinde doğrulayıcı faktör analizi ve güvenirliklerinin belirlenmesinde ise Cronbach alfa katsayılarından yararlanılmıştır. Analizler, %95 güven düzeyinde (p=0,05) gerçekleştirilmiştir.

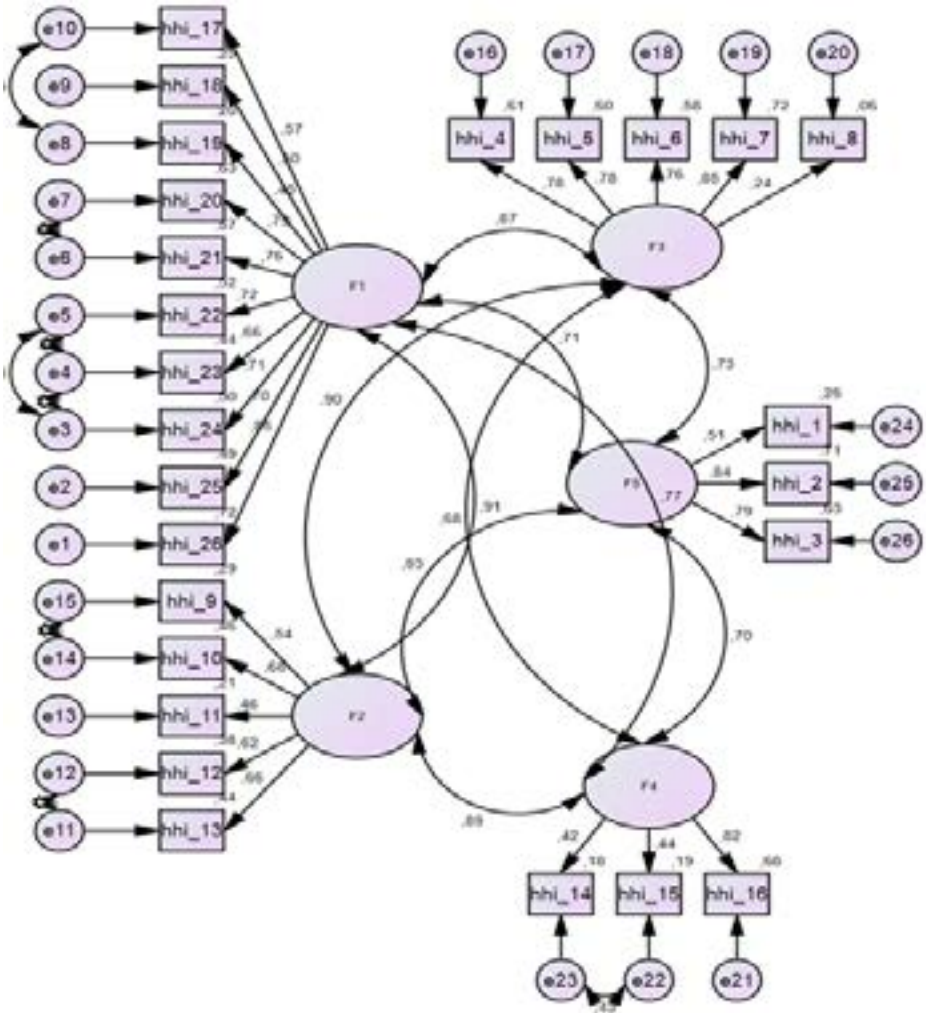
### 2.6. Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi'nden 10.05.2019 tarihli ve 12908312-755.02.06/00000586017 sayılı etik komisyon izni alınmıştır.

### 2.7. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirlik Analizi

Araştırma kullanılan ölçeğin geçerliğini doğrulamak için yapılan doğrulayıcı faktör analizine ilişkin diyagram Şekil 2 ve Şekil 3'te sunulmuştur. Şekil 2, hemşire-hemşire iş birliğinin, Şekil 3 ise hemşire iş doyumunun geçerlik analizine aittir. Diyagramlardaki standartlaştırılmış yükler, her bir değişken ile ilgili olduğu diğer değişken arasındaki ilişkileri göstermektedir. Standartlaştırılmış katsayıların yüksek ve anlamlı olması nedeniyle ölçeklerden soru çıkarılmamıştır.

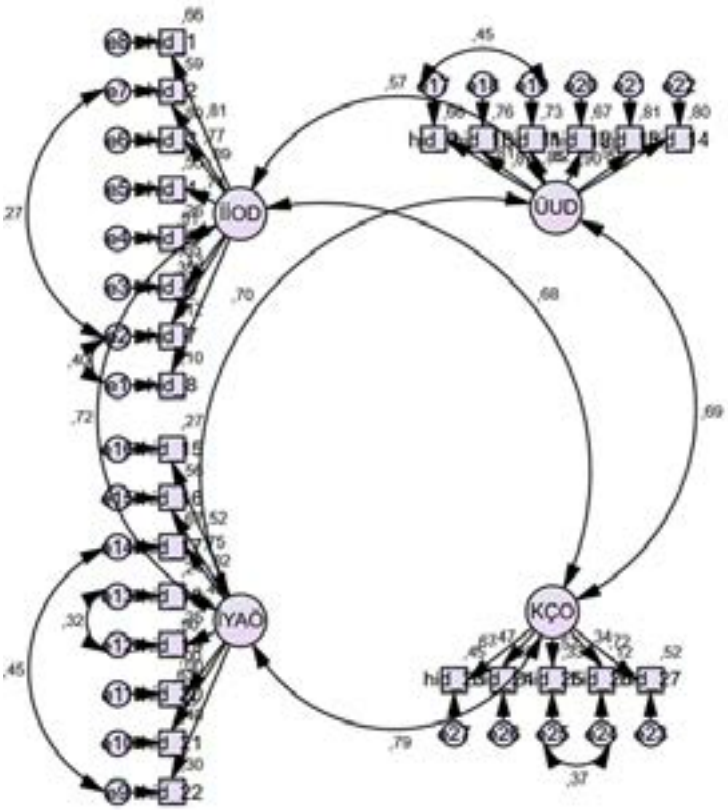
Şekli 2 ve Şekil 3'te araştırma ölçeğine ilişkin ölçüm modeli sonuçları incelendiğinde, uyum ölçülerinin mevcut örneklem büyüklüğü için kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu görülmektedir. Ayrıca, modellerdeki uyum iyiliklerinin örneklem büyüklüğü arttıkça daha yüksek olabileceği söylenebilir (Ullman ve Bentler, 2012; Hooper vd., 2008). Hem diyagramlarda görülen sonuçlar hem de ölçüm modeli sonuçları, araştırma ölçeğinin geçerli olduğunu ortaya koymaktadır.




CMIN=522,201, DF=281, p=0,000, RMSEA=0,07, CFI=0,907, NFI=0,822, TLI=0,893, AGFI=0,761, GFI=0,809

F1=Profesyonellik, F2= Süreç Paylaşımı, F3= İletişim, F4=Koordinasyon, F5= Problem Çözme

**Şekil 2.** Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeğinin Geçerliğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları




CMIN=679,631, DF=312, p=0,000, RMSEA=0,08, CFI=0,854, NFI=0,762, TLI=0,835, AGFI=0,701, GFI=0,753

İİOD= İşle İlgili Olumlu Duygular, ÜUD= Üstlerden Uygun Destek, İYAÖ= İş Yerinde Algılanan Önem, KÇO= Keyifli Çalışma Ortamı

**Şekil 3.** Hemşire İş Doyum Ölçeğinin Geçerliğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Ölçeklerin geneli ve boyutları için Cronbach Alpha katsayısı Tablo 1'de sunulmuştur. Buna göre, çalışmada kullanılan ölçeklerin Cronbach Alpha değerleri HHİ ölçeği için 0.899 ve HİD ölçeği için 0.892'dir. Geçerlik ve güvenirliğe ilişkin sonuçlar ölçeklerin geçerli ve güvenilir olduklarını göstermektedir.

**Tablo 1.** Araştırma Değişkenlerinin Güvenirlik Analizi Sonuçları

| Boyutlar | Madde Sayısı | Cronbach Alpha Katsayısı |
|---|---|---|
| Profesyonellik | 10 | 0,855 |
| Süreç Paylaşımı | 5 | 0,851 |
| İletişim | 5 | 0,858 |
| Koordinasyon | 3 | 0,868 |
| Problem Çözme | 3 | 0,854 |
| **HHİ Genel Ölçek** | **26** | **0,899** |
| İşle İlgili Olumlu Duygular | 8 | 0,859 |
| Üstlerden Uygun Destek | 6 | 0,866 |
| İşyerinde Algılanan Önem | 8 | 0,850 |
| Keyifli Çalışma Ortamı | 5 | 0,866 |
| **HİD Genel Ölçek** | **27** | **0,892** |

## 3. Bulgular

Araştırma katılımcılarına ait sosyodemografik özelliklere ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 2'de sunulmuştur. Buna göre, katılımcıların çoğunluğunun 32-42 yaş aralığında (%46,1), kadın (%77,8), evli (%77,8) ve lisans mezunu (%74,8) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, %61,1'inin gece ve gündüz çalıştığı, %27,4'ünün meslekte 21 yıl ve üzerinde çalıştığı, %38,2'sinin araştırma yapılan hastanede 2-5 yıl arasında çalıştığı, %43,7'sinin klinikte görev aldığı ve %78,4'ünün idari görevi olmadığı bulunmuştur.

**Tablo 2.** Katılımcılara Ait Tanımlayıcı İstatistikler

| Değişken | | n | % |
|---|---|---|---|
| **Yaş** | 21-31 | 44 | 26,4 |
| | 32-42 | 77 | 46,1 |
| | ≥43 | 46 | 27,5 |
| | Toplam | 167 | 100,0 |
| **Cinsiyet** | Kadın | 130 | 77,8 |
| | Erkek | 37 | 22,2 |
| | Toplam | 167 | 100,0 |
| **Medeni Durum** | Evli | 129 | 77,2 |
| | Bekâr | 38 | 22,8 |
| | Toplam | 167 | 100,0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Lise | 7 | 4,2 |
| | Ön lisans | 16 | 9,6 |
| **Eğitim Durumu** | Lisans | 125 | 74,8 |
| | Lisansüstü | 19 | 11,4 |
| | Toplam | 167 | 100,0 |
| | Sadece gündüz | 64 | 38,3 |
| | Sadece gece | 1 | 0,6 |
| **Çalışma Düzeni** | Gece ve gündüz | 102 | 61,1 |
| | Toplam | 167 | 100,0 |
| | ≤1 | 3 | 1,8 |
| | 2-5 | 29 | 17,4 |
| | 6-10 | 30 | 18,0 |
| **Meslekte Çalışma Süresi (Yıl)** | 11-15 | 30 | 18,0 |
| | 16-20 | 29 | 17,4 |
| | ≥21 | 46 | 27,4 |
| | Toplam | 167 | 100,0 |
| | ≤1 | 15 | 9,0 |
| | 2-5 | 64 | 38,2 |
| | 6-10 | 32 | 19,2 |
| **Hastanede Çalışma Süresi (Yıl)** | 11-15 | 28 | 16,8 |
| | 16-20 | 12 | 7,2 |
| | ≥21 | 16 | 9,6 |
| | Toplam | 167 | 100,0 |
| | Klinik | 73 | 43,7 |
| | Poliklinik | 22 | 13,2 |
| | Acil servis | 16 | 9,6 |
| **Görev Birimi** | Yoğun bakım | 15 | 8,9 |
| | Ameliyathane | 16 | 9,6 |
| | İdari | 25 | 15,0 |
| | Toplam | 167 | 100,0 |
| | Evet | 36 | 21,6 |
| **İdari görev var mı?** | Hayır | 131 | 78,4 |
| | Toplam | 167 | 100,0 |

Bu çalışmada kullanılan ölçekler ve boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler aşağıda verilmiştir (Tablo 3). Tablo 3'e göre, HHİ ölçeğinde en yüksek ortalamaya sahip boyut 3,348 (±0,596) profesyonellik olurken HİD ölçeğinde iş yerinde algılanan önem (4,107±0,614) olmuştur.

**Tablo 3.** Ölçekler ve Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

| Boyutlar | Ort. | Ss. |
|---|---|---|
| Profesyonellik | 3,348 | 0,596 |
| Süreç Paylaşımı | 3,171 | 0,606 |
| İletişim | 3,245 | 0,643 |
| Koordinasyon | 3,299 | 0,617 |
| Problem Çözme | 3,117 | 0,725 |
| **HHİ Genel Ölçek** | **3,236** | **0,511** |
| İşle İlgili Olumlu Duygular | 3,724 | 0,850 |
| Üstlerden Uygun Destek | 3,384 | 1,160 |
| İşyerinde Algılanan Önem | 4,107 | 0,614 |
| Keyifli Çalışma Ortamı | 2,968 | 0,883 |
| **HİD Genel Ölçek** | **3,546** | **0,705** |

Tablo 4, araştırmada kullanılan ölçekler ve boyutlarının Pearson korelasyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Tablo 4 incelendiğinde, tüm boyutlar ve ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ayrıca, en yüksek korelasyon katsayısının 0,705 olması herhangi bir boyutun çalışmadan çıkarılmasına gerek olmadığını ve regresyon analizine aykırı bir durumun olmadığını ortaya koymaktadır.

**Tablo 4.** Ölçekler ve Boyutlara İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları

| | Profesyonellik | Süreç Paylaşımı | İletişim | Koordinasyon | Problem Çözme | İşle İlgili Olumlu Duygular | Üstlerden Uygun Destek | İşyerinde Algılanan Önem | Keyifli Çalışma Ortamı | HHİ Genel Ölçek | HİD Genel Ölçek |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Profesyonellik | | 0,664* | 0,705* | 0,504* | 0,562* | 0,355* | 0,435* | 0,512* | 0,318* | - | 0,497* |
| Süreç Paylaşımı | 0,664* | 1,00 | 0,642* | 0,505* | 0,618* | 0,428* | 0,465* | 0,592* | 0,426* | - | 0,582* |
| İletişim | 0,705* | 0,642* | 1,00 | 0,407* | 0,569* | 0,367* | 0,376* | 0,518* | 0,264* | - | 0,461* |
| Koordinasyon | 0,504* | 0,505* | 0,407* | 1,00 | 0,375* | 0,335* | 0,300* | 0,479* | 0,177* | - | 0,384* |
| Problem Çözme | 0,562* | 0,618* | 0,569* | 0,375* | 1,00 | 0,400* | 0,445* | 0,545* | 0,426* | - | 0,525* |
| İşle İlgili Olumlu Duygular | 0,355* | 0,428* | 0,367* | 0,335* | 0,400* | 1,00 | 0,511* | 0,630* | 0,478* | 0,471* | - |
| Üstlerden Uygun Destek | 0,435* | 0,465* | 0,376* | 0,300* | 0,445* | 0,511* | 1,00 | 0,523* | 0,554* | 0,505* | - |
| İşyerinde Algılanan Önem | 0,512* | 0,592* | 0,518* | 0,479* | 0,545* | 0,630* | 0,523* | 1,00 | 0,435* | 0,661* | - |
| Keyifli Çalışma Ortamı | 0,318* | 0,426* | 0,264* | 0,177* | 0,426* | 0,478* | 0,554* | 0,435* | 1,00 | 0,405* | - |
| HHİ Genel Ölçek | - | - | - | - | - | - | - | - | - | 1,00 | - |
| HİD Genel Ölçek | 0,497* | 0,582* | 0,461* | 0,384* | 0,525* | - | - | - | - | 0,620* | |

* $p<0,05$

Çalışma kapsamında beş farklı regresyon modeli kurulmuştur. Bunlar Tablo 5'te yer almaktadır. Bunlardan 1., 2., 3. ve 4. modeller ölçeklerin boyutlarına göre yapılan analizleri; 5. model ise ölçeklerin geneli için yapılan analizleri göstermektedir. Kurulan tüm modellerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). VIF ve Durbin-Watson değerlerinin normal aralıkta olması değişkenler arasında otokorelasyon ve çoklu bağlantı sorunu olmadığını göstermektedir. 1. modelde problem çözme işle ilgili olumlu duyguları; 2. modelde süreç paylaşımı ve problem çözme üstlerden uygun desteği; 3. Modelde süreç paylaşımı, koordinasyon ve problem çözme işyerinde algılanan önemi; 4. modelde süreç payşlaşımı ve problem çözme keyifli çalışma ortamını istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde etkilemektedir. 5. model incelendiğinde, hemşire-hemşire iş birliğinin hemşirelerin iş doyumunu istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde etkilediği bulunmuştur (H1 kabul). Buna göre, hemşireler arasındaki iş birliği arttıkça hemşirelerin iş doyumu da artmaktadır. Ayrıca, 5. modelin açıklayıcılık katsayısı %38 olarak elde edilmiştir.

**Tablo 5.** Ölçek ve Boyutlara İlişkin Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

| Model | BağımsızDeğişken > Bağımlı Değişken | | Std. Beta | Std. Hata | Düzeltilmiş $R^2$ | t | p | p (Model) | VIF | Durbin-Watson |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Profesyonellik | İşle İlgiliOlumlu Duygular | -0,008 | 0,156 | 0,208 | -0,072 | 0,943 | <0,001 | 2,518 | 1,798 |
| | Süreç paylaşımı | | 0,196 | 0,149 | | 1,847 | 0,067 | | 2,373 | |
| | İletişim | | 0,187 | 0,139 | | 0,830 | 0,408 | | 2,315 | |
| | Koordinasyon | | 0,137 | 0,114 | | 1,646 | 0,102 | | 1,441 | |
| | Problem çözme | | 0,182 | 0,109 | | 1,963 | 0,051 | | 1,799 | |
| 2 | Profesyonellik | Üstlerden Uygun Destek | 0,164 | 0,208 | 0,249 | 1,541 | 0,125 | <0,001 | 2,518 | 1,887 |
| | Süreç paylaşımı | | 0,214 | 0,198 | | 2,068 | 0,040 | | 2,373 | |
| | İletişim | | -0,014 | 0,185 | | -0,135 | 0,893 | | 2,315 | |
| | Koordinasyon | | 0,034 | 0,152 | | 0,420 | 0,675 | | 1,441 | |
| | Problem çözme | | 0,215 | 0,144 | | 2,388 | 0,018 | | 1,799 | |
| 3 | Profesyonellik | İşyerinde Algılanan Önem | 0,028 | 0,096 | 0,431 | 0,302 | 0,763 | <0,001 | 2,518 | 1,787 |
| | Süreç paylaşımı | | 0,250 | 0,091 | | 2,777 | 0,003 | | 2,373 | |
| | İletişim | | 0,127 | 0,085 | | 1,422 | 0,157 | | 2,315 | |
| | Koordinasyon | | 0,201 | 0,070 | | 2,867 | 0,005 | | 1,441 | |
| | Problem çözme | | 0,227 | 0,067 | | 2,891 | 0,003 | | 1,799 | |
| 4 | Profesyonellik | Keyifli Çalışma Ortamı | 0,070 | 0,162 | 0,211 | 0,644 | 0,521 | <0,001 | 2,518 | 2,073 |
| | Süreç paylaşımı | | 0,320 | 0,155 | | 3,017 | 0,003 | | 2,373 | |
| | İletişim | | -0,124 | 0,144 | | -1,182 | 0,239 | | 2,315 | |
| | Koordinasyon | | -0,078 | 0,118 | | -0,639 | 0,349 | | 1,441 | |
| | Problem çözme | | 0,288 | 0,113 | | 3,118 | 0,002 | | 1,799 | |
| 5 | Hemşire-Hemşire İş birliği | Hemşire İş Doyumu | 0,620 | 0,084 | 0,381 | 10,160 | <0,001 | <0,001 | 1,000 | 1,847 |

## 4. Tartışma ve Sonuç

Hemşire-hemşire iş birliği ve hemşire iş doyumu arasındaki ilişki, hemşireler, hastalar, kuruluşlar ve toplum için olumlu sonuçların yanı sıra, hemşireler için sağlıklı çalışma ortamlarının oluşturulmasını ve etkileşimde bulunan birey, organizasyon ve toplum düzeyindeki sayısız faktörü etkilemektedir. Bu modeldeki hemşire-hemşire iş birliği, hemşire iş doyumunun hemşireye özgü bir sonuç olmasıyla birlikte örgütsel düzeydeki Profesyonel/Mesleki bileşenlerden biridir (Registered Nurses' Association of Ontario, 2006). Bu çalışma, hemşire-hemşire iş birliğinin hemşireler için sağlıklı bir çalışma ortamının bir bileşeni olduğundan, hemşire-hemşire iş birliğinin sadece hemşireler için değil, aynı zamanda hastalar, kuruluşlar ve bir bütün olarak toplum için olumlu sonuçlarla da ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Araştırma bulgularına göre hemşirelerin genel iş birliği düzeyleri puan ortalaması 3,236±0,511 olarak saptanmıştır. Hemşirelerin ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları; profesyonellik 3,348±0,596; süreç paylaşımı 3,171±0,606; iletişim 3,245±0,643; koordinasyon 3,299±0,617 ve problem çözme ortalaması 3,117±0,725 olarak bulunmuştur. Çelik Durmuş (2015) çalışmasında hemşirelerin ölçeğin alt boyutlarının ve toplam ölçek puan ortalamasının üzerinde saptanmıştır (3,09±0,398). Ayrıca, Papathanassoglou vd. (2012), Durmus vd. (2018) ve Karadaş vd. (2022) yapmış oldukları çalışmalarda hemşirelerin genel iş birliği puan ortalamalarının, ortalamadan yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Bu sonuçlar da çalışma sonuçlarıyla örtüşmektedir. Bu çalışmalarda Türkiye'de hemşirelerin meslektaşları ile beklenen asgari düzeyin üzerinde iş birliği içinde oldukları, ancak bunun hemşirelik mesleği için hala yeterli olmadığı gösterilmiştir. Benzer şekilde, bu çalışmada hemşire-hemşire iş birliği düzeyinin yüksek düzeyde olduğu, iş birliğinin en yüksek düzeyde profesyonellik, en düşük ise problem çözmede gözlendiği belirlenmiştir. Hemşirelerin problem çözme yeteneği, sorunları tespit etme ve çözmede, iş doyumlarını artırmada, iletişim becerilerini güçlendirmede, sağlık hizmeti alan bireylerin memnuniyetini artırmada ve bakım kalitesini artırmada önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle hemşirelerin problem çözme becerilerinin güçlendirilmesi önemlidir. Hemşirelerin genel iş birliği puan ortalamalarının yüksek olması; hasta bakım kalitesinin artmasını, tıbbi hataların önlenmesini hemşirelerin sorun çözme becerilerini ve profesyonellik düzeylerini de etkilemektedir. Araştırma bulgularına göre hemşirelerin iş doyumu puan ortalaması 3,546±0,705 olarak saptanmıştır. Hemşirelerin ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları; iş ile ilgili olumlu duygular 3,724±0,850; üstlerden uygun destek 3,384±1,160; işyerinde algılanan önem 4,107±0,614 ve keyifli çalışma ortamı 2,968±0,883 olarak bulunmuştur. Literatürde hemşirelerin iş doyumu düzeyleri ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; çalışma sonuçlarıyla uyumlu olduğu saptanmıştır (Skinner vd., 2012; Lorber ve SkelaSavic, 2012; Ramoo vd., 2013; Zhang vd., 2013; Djukic vd., 2014; Spence Laschinger vd., 2016; Danaci ve Koç, 2020). Hemşirelerin iş doyum düzeylerinin istenilen seviyede yüksek olması;

bireysel nedenlere, yönetici desteğine, çalışma koşullarına, çalıştıkları kurumun örgüt kültürüne ve örgütsel yapıya bağlı olduğu düşünülebilir.

Bu araştırma hemşire-hemşire iş birliği ile hemşirelerin iş doyumu arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bulgular, hemşire-hemşire iş birliği ve iş doyumu arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur ($r = .381$, $p < .01$). Literatürdeki birçok çalışma hemşire-hemşire iş birliği ile hemşire iş doyumu arasındaki pozitif ilişkiyi desteklemektedir (Chiu ve Chen, 2005; Begat vd., 2005; Utriainen ve Kyngäs, 2009; Dunn, vd., 2005; Ulusoy vd., 2013; Uhrenfeldt ve Hall, 2015; Shohani vd., 2017; Ylitörmänen vd., 2019; Koçak, 2019; Hatip ve Seren, 2021; Karadaş vd., 2022). Literatüründe desteklediği bu çalışmanın sonuçları, hastane ortamında sağlık profesyonelleri arasındaki iş birliğinin önemine ilişkin bilgimizi güçlendirmektedir ve hemşire-hemşire iş birliği kavramını, hemşireler için sağlıklı çalışma ortamları ile ilişkisini ve nasıl olduğunu keşfetmek için daha fazla araştırmaya duyulan ihtiyacın altını çizmektedir.

Hemşire iş doyumu hasta bakımını etkileyen diğer değişkenlerle bağlantılı olduğu için bu çalışmanın sonuçları da önemlidir. Araştırmalar, hasta tarafından algılanan ağrı sonuçlarında iyileşme, hemşirelik bakımından hasta memnuniyetinin artması ve hemşirelerin elde tutulmasının artması ile hemşireler arasında artan iş doyumu arasında bağlantı kurmuştur (McGillis Hall vd., 2001; Choi vd., 2013; Gurková vd., 2013; Larrabee vd., 2003; O'Brıen-Pallas vd., 2010). Hastalar için memnuniyet ve sonuçlar arasındaki bağlantı önemli olmakla birlikte, iş doyumu ve işte kalma arasındaki bağlantı, daha yüksek hemşire devir hızı oranlarının daha yüksek tıbbi hata oranları ve düşük hemşire zihinsel sağlık durumu puanları ile ilişkilendirilmesi nedeniyle çok sayıda başka faydaya işaret etmektedir (O'Brıen-Pallas vd., 2010). Bu nedenle, meslektaşları ile iş birliği yapan hemşireler, iş doyumu açısından daha iyi sonuçlar elde edebilirken, daha iyi ağrı sonuçları, bakımdan daha iyi memnuniyet ve tıbbi hatalar açısından da daha az risk açısından hastaya yararları da olabilir. Hatalarda ve ilgili maliyetlerde azalma ve hemşirelik devri ile ilgili maliyetlerde azalma açısından daha büyük sağlık hizmetleri sistemine faydalar sağlayabilir.

Bu çalışmada bazı sınırlılıklar bulunmaktadır. Araştırma sonuçları araştırmanın yapıldığı hastane ve çalışanları için geçerli olup, formlardaki soruların cevapları hemşirelerin kendi ifadelerine dayanmaktadır. Hemşire-hemşire iş birliği ve etkileyen faktörlerin daha geniş ve farklı örneklemlerde araştırılması önerilmektedir.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre hemşire-hemşire iş birliği düzeyi hemşirelerin iş doyumunu etkileyen önemli faktörlerden biridir. Hemşireler arasındaki iş birliği ve iş doyumu, eğitim durumu, işyeri, mesleki deneyim süresi, çalışma ortamındaki destek, çalışma ortamındaki sorunlar gibi bazı kişisel ve mesleki faktörlerden de etkilenebilir. Hemşireler arasındaki iş birliği düzeyinin arttırılması, bireysel ve örgütsel faktörlerin iş doyumsuzluğu üzerindeki olumsuz etkilerini

azaltacaktır. Bu doğrultuda hemşireler arasında ortak hedeflerin geliştirilmesi, iş birliğini destekleyecek ve farklı birim ve sektörlerde çalışan hemşireler arasındaki etkileşimi artıracaktır. Ayrıca öneri olarak organizasyonel politikaların oluşturulması, hemşirelerin birlikte geçirdikleri sürenin artırılması, demokratik çalışma ortamlarının oluşturulması, iş birliğinin vurgulanması, hemşirelik eğitimi sırasında iletişim becerileri, profesyoneller arası işbirliğinin yanı sıra idari hemşirelerin meslekler arası işbirliğini artırmak, içsel memnuniyeti desteklemek için sağlıklı çalışma ortamları yaratmak ve işbirliğini değerlendirmek için sonuç ölçütleri geliştirmek için daha fazla çalışma yapılabilir.

## Kaynakça


Alspach, G. (2008) Lateral Hostility Between Critical Care Nurses: A Surveyreport. *Critical Care Nurses,* 28(2), 13–19.

Begat, I., Ellefsen, B., & Severinsson, E. (2005). Nurses' Satisfaction With Their Work Environment And The Outcomes Of Clinical Nursing Supervision On Nurses' Experiences Of Well-Being–A Norwegian Study. *Journal of nursing management*, *13*(3), 221-230.

Chiu, S. F., & Chen, H. L. (2005). Relationship Between Job Characteristics And Organizational Citizenship Behavior: The Mediational Role Of Job Satisfaction. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, *33*(6), 523-540.

Choi, S. P. P., Cheung, K. I. N., & Pang, S. M. C. (2013). Attributes Of Nursing Work Environment As Predictors Of Registered Nurses' Job Satisfaction And İntention To Leave. *Journal of nursing management*, *21*(3), 429-439.

Çelik Durmuş, S. (2015*). Hemşire-hemşire İşbirliği Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması: Bir Uygulama.* Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Danaci, E., & Koç, Z. (2020). The Association Of Job Satisfaction And Burnout With İndividualized Care Perceptions İn Nurses. *Nursing ethics*, *27*(1), 301-315.

Djukic, M., Kovner, C. T., Brewer, C. S., Fatehi, F., & Greene, W. H. (2014). Exploring Direct And İndirect İnfluences Of Physical Work Environment On Job Satisfaction For Early-Career Registered Nurses Employed İn Hospitals. *Research in nursing & health*, *37*(4), 312-325.

Dougherty, M. B., & Larson, E. L. (2010). The Nurse-Nurse Collaboration Scale. *Journal of Nursing Administration,* 40(1), 17-25.

Dunn, K. S., Otten, C., & Stephens, E. (2005). Nursing Experience And The Care Of Dying Patients. In *Oncology nursing forum* (Vol. 32, No. 1).

Durmus, S. C., Topcu, I., & Yildirim, A. (2018). Mobbing Behaviors Encountered by Nurses and their Effects on Nurses. *International Journal of Caring Sciences*, *11*(2).

Durmuş, S. Ç., & Yıldırım, A. (2016). Adaptation to Turkish of Nurse–Nurse Collaboration Scale. *Journal of Human Sciences*, *13*(2), 3521-3528.

Durmuş, S.Ç., Ekici, D. ve Yıldırım, A. (2018) The Level of Collaboration Amongst Nurses in Turkey. *International Nursing Review,* 65, 450–458.

Gurková, E., Soósová, M. S., Haroková, S., Žiaková, K., Šerfelová, R., & Zamboriová, M. (2013). Job Satisfaction And Leaving Intentions Of Slovak And Czech Nurses. *International Nursing Review*, *60*(1), 112-121.

Hamric, A. B., & Blackhall, L. J. (2007). Nurse-physician Perspectives On The Care Of Dying Patients İn İntensive Care Units: Collaboration, Moral Distress, And Ethical Climate. *Critical Care Medicine,* 35(2), 422–429.

Hatip, Ö., & Seren, A. H. (2021). Bir Üniversite Hastanesinde Hemşireler Arasındaki İş Birliğinin

Hemşirelerin İş Doyum Düzeyleri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *1*(3), 181-194.

Henneman EA, Lee JL, Cohen JI. (1995). Collaboration: A Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing.,* 21, 103-109.

Henneman, E.A. (2007) Unreported Errors in The İntensive Care Unit: Acase Study Of The Way We Work. *Critical Care Nurse,* 27(5), 27–34.

Hoff, T., Carabetta, S., & Collinson, G. E. (2017). Satisfaction, Burnout, and Turnover Among Nurse Practitioners and Physician Assistants: A Review of the Empirical Literature. *Medical Care Research and Review,* 107755871773015.

Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines For Determining Model Fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, *6*(1), 53-60.

Karadaş, A., Doğu, Ö., & Kaynak, S. (2022). The Effect of Nurse-Nurse Collaboration Level on Job Satisfaction. *Cyprus J Med Sci.,* 7(1):128-135

Koçak, H. U. (2019). *Hemşire-hemşire İşbirliğinin Hemşirelerin İş Doyumu Düzeylerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, ESOGÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.

Larrabee, J. H., Janney, M. A., Ostrow, C. L., Withrow, M. L., Hobbs, G. R., & Burant, C. (2003). Predicting Registered Nurse Job Satisfaction And Intent To Leave. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, *33*(5), 271-283.

Lorber, M., & Skela Savič, B. (2012). Job satisfaction Of Nurses And İdentifying Factors Of Job Satisfaction İn Slovenian Hospitals. *Croatian medical journal*, *53*(3), 263-270.

Ma, C., Park, S. H., & Shang, J. (2018). Inter-and intra-Disciplinary Collaboration And Patient Safety Outcomes İn US Acute Care Hospital Units: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies,* 85, 1-6.

McGillis-Hall, L., Doran, D. I., Baker, G. R., Pink, G. H., Sidani, S., O'Brien-Pallas, L. L., & Donner, G. J. (2001). The İmpact Of Nursing Staff Mix Models And Organizational Change Strategies On Patient, System And Nurse Outcomes. *Toronto: University of Toronto*.

Mollaoğlu, M., Fertelli, T. K., & Tuncay, F. Ö. (2010). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Çalışma Ortamlarına İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,* 5(15), 17-30.

Muya, M., Katsuyama, K., Özakı, F., Aoyama, F. (2014). Development of A Scale Measuring The Job Satisfaction Of Japanese Hospital Nurses. *Japan Journal of Nursing Science,* 11(3), 160-170.

O'Brıen-Pallas, L. I. N. D. A., Murphy, G. T., Shamian, J., Li, X., & Hayes, L. J. (2010). Impact and Determinants Of Nurse Turnover: A Pan-Canadian Study. *Journal of Nursing Management*, *18*(8), 1073-1086.

Papathanassoglou, E. D., Karanikola, M. N., Kalafati, M., Giannakopoulou, M., Lemonidou, C., & Albarran, J. W. (2012). Professional Autonomy, Collaboration With Physicians, And Moral Distress Among European İntensive Care Nurses. *American Journal of Critical Care*, *21*(2), e41-e52.

Ramoo, V., Abdullah, K. L., & Piaw, C. Y. (2013). The Relationship Between Job Satisfaction And İntention To Leave Current Employment Among Registered Nurses İn A Teaching Hospital. *Journal of clinical nursing*, *22*(21-22), 3141-3152.

Registered Nurses' Association of Ontario (2006). Healthy Work Environments Best Practice Guidelines: Collaborative Practice among Nursing Teams. Retrieved from the RNAO. http://rnao.ca/. (Erişim Tarihi: 10.07.2022).

Shohani, M., Valizadeh, L., & Dougherty, M. B. (2017). Effective İndividual Contributions On Iranian Nurses İntraprofessional Collaboration Process: A Qualitative Study. *Journal of Caring Sciences*, *6*(3), 213.

Skinner, V., Madison, J., & Humphries, J. H. (2012). Job Satisfaction Of Australian Nurses And Midwives: A Descriptive Research Study. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, *29*(4), 19-27.

Spence Laschinger, H. K., Zhu, J., & Read, E. (2016). New Nurses' Perceptions Of Professional Practice Behaviours, Quality Of Care, Job Satisfaction And Career Retention. *Journal of Nursing Management*, *24*(5), 656-665.

Uhrenfeldt, L., & Hall, E. O. (2015). Job Satisfaction As A Matter Of Time, Team, And Trust: A Qualitative Study Of Hospital Nurses' Experiences. *Journal of Nursing Education and Practice*, *5*(2), 1.

Ullman, J. B., & Bentler, P. M. (2012). Structural Equation Modeling. *Handbook of Psychology, Second Edition*, *2*.

Ulusoy, E. Ç., Alpar, Ş. E., & Uslusoy, E. Ç. (2013). Hemşirelerde Meslektaş Dayanışması Ve İş Doyumu İle İlişkisi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, *21*(3), 154-163.

Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2009). Hospital Nurses' Job Satisfaction: A Literature Review. *Journal of nursing management*, *17*(8), 1002-1010.

Yılmaz, T.A., & Yıldırım, A. (2016). Hemşire İş Doyum Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi,* 3(3), 158-168.

Ylitörmänen, T., Turunen, H., Mikkonen, S., & Kvist, T. (2019). Good Nurse–Nurse Collaboration İmplies High Job Satisfaction: A Structural Equation Modelling Approach. *Nursing open*, *6*(3), 998-1005.

Zhang, A., Tao, H., Ellenbecker, C. H., & Liu, X. (2013). Job satisfaction İn Mainland C Hina: Comparing Critical Care Nurses And General Ward Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, *69*(8), 1725-1736.

# RUHSAL HASTALIKLARA YÖNELİK İNANCIN İNCELENMESİ: SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÜZERİNDE BİR ARAŞTIRMA

Şükrü Boz [1] ,Yasin Çilhoroz [2], Sevilay Karaman [3], Oğuz Işık [4]

***Özet***

*Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını çeşitli sosyodemografik özelliklere göre incelemektir. Çalışmanın evrenini Afyonkarahisar merkez aile sağlığı merkezlerinde (ASM) görev yapan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem çekilmemiş evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın uygulandığı tarihte görev yapan 193 sağlık çalışanının 129'undan (%66,84) geri dönüş alınmıştır. Araştırmada tehlikelilik, çaresizlik ve utanma boyutlarından oluşan Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) uygulanmıştır. Sağlık çalışanlarının RHYİÖ'nin alt boyutları ve toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde tehlikelilik, çaresizlik ve toplam puanda ortalamanın üzerinde utanma boyutunda ise ortalamanın oldukça altında bir puana sahip oldukları görülmüştür. Aynı zamanda RHYİÖ utanma boyutu ile çocuk sahibi olmak ve RHYİÖ toplam puanı ile çaresizlik boyutlarının ise eğitim durumu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. ASM'de görev alan sağlık çalışanlarına ruhsal hastalıklar konusunda eğitimlerin düzenlenmesi ve farkındalık programlarının uygulanması sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını olumlu yönde geliştirebilir.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Ruhsal Hastalık, Sağlık Çalışanları, Aile Sağlığı Merkezleri*

1 Doktor, Afyon Karahisar İl Sağlık Müdürlüğü

2 Araştırma Görevlisi, Hacettepe Üniversitesi, yasincilhoroz@gmail.com

3 Doktor, Hacettepe Üniversitesi, sevilorak@gmail.com

4 Profesör Doktor, Hacettepe Üniversitesi, oguzisik@gmail.com

# THE INVESTIGATION OF BELIEFS TOWARDS MENTAL ILLNESSES: A RESERACH ON HEALTH EMPLOYEES


***Abstract***

*The aim of this study was to examine the beliefs of health employees towards mental illnesses according to various sociodemographic characteristics. The population of the study consists of health employees working in Afyonkarahisar central family health centers (FHC). In the study, the sample was not drawn and the universe was tried to be reached. Feedback was received from 129 (66,84) of the 193 healthcare professionals working at the time of the study. In the study, Beliefs Toward Mental Illness Scale (BTMIS), which consists of the dimensions of dangerousness, helplessness and shame, was applied. When the sub-dimensions of BTMI and the total scale mean scores of the health employees were examined, it was seen that they had a score above the average in the dimension of dangerousness, helplessness and total shame, and well below the average in the dimension of shame. At the same time, a statistically significant difference was found between the BTMI scale of shame and having a child, and the BTMI total score and the helplessness dimensions with educational status. Organizing trainings on mental illnesses and implementing awareness programs for health employees working in FHCs can positively improve the BMI of health employees.*



***Key Words**: Mental Ilnesses, Health Employees, Family Health Centers*


## 1. Giriş

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarında tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik özellikleri bulunmaktadır (Bağ, 2003). Bu özellikler kişilerin günlük hayatını ve kişilerarası ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Ruhsal hastalığı olan bireyler; belirli zihinsel bozukluğa bağlı olarak, tekrarlayan halüsinasyonlar, sanrılar, kaygı veya ruh hali değişimleri gibi hastalığın semptomlar ve kişinin çalışmasını, bağımsız yaşamasını veya tatmin edici bir yaşam kalitesi elde etmesini zorlaştırabilen durumlarla mücadele ettikleri gibi bununla birlikte aynı bireyler toplumun çeşitli ruhsal bozukluklar hakkındaki yanlış anlamaları sonucu damgalaması ile karşı karşıya kalmakta ve bunun beraberinde getirdiği olumsuz durumlarla da mücadele etmek zorunda kalabilmektedir (Rüsch vd., 2005; Abi Doumit vd., 2019; Corrigan and Watson, 2002). Böylece ruhsal hastalıkların, yalnızca hastalığın belirtilerinden kaynaklanan zorluklara değil, aynı zamanda toplumun tepkileri yoluyla dezavantajlara da yol açtığı görülmektedir (Rüsch vd., 2005).

Stigma olarak da ifade edilen damgalama "belirli nitelikleri seçen, onları istenmeyen olarak değerlendiren ve onlara sahip olan kişileri değersizleştiren bir

toplumsal tepki" (Miles, 1981), "utanç, rezillik ve sosyal izolasyon deneyimine yol açan kişisel özelliği nedeniyle bir kişinin sosyal olarak değersizleşmesi" (Thara and Srinavasan, 2000) olarak tanımlanmaktadır. Ruhsal hastalığa sahip bireylerin karşı karşıya kaldığı bu damgalayıcı tutum bireylerin algılarını olumsuz yönde şekillendiren ve tedavileri hakkında karamsarlık uyandıran, ruh sağlığı hizmetlerinin sağlanmasında yaygın olarak kabul gören bir zorluktur (Stefanovics vd., 2016). Çünkü damgalamanın tedavinin başlatılmasını, sürdürülmesini ve sonucunu önemli ölçüde etkileyebildiği ve engelleyebildiği bilinmektedir. Ruhsal hastalığa sahip bireylerin tedaviye katılmaları oldukça zor olduğu gibi tedaviyi yarım bırakma da bu hastalıklara sahip bireylerde oldukça yaygın olarak görülmektedir (Corrigan, 2004; Wells vd., 1994).

Ruhsal hastalıklara sahip bireylere yönelik damgalayıcı tutumların sadece genel nüfus arasında olmadığı, sağlık çalışanları arasında da oldukça yaygın olduğu görülmektedir (Chambers vd., 2010; Mittal vd., 2014; Winkler vd. 2016). Yapılan çalışmaların bir kısmı sağlık hizmet sunucularının ruhsal hastalığa sahip olan bireylere yönelik tutumlarının genel halkınkinden daha olumsuz (Jorm vd., 1999; Ronzani vd., 2009; Mittal vd., 2014; Corrigan vd., 2014; Vistorte vd., 2018) bir kısmı ise daha olumlu olduğunu bulmuştur. Fakat sağlık çalışanları içerisindeki damgalayıcı tutumların tanısal gölgelemeye ve bunun sonucunda ruh sağlığı sorunları olanlar için fiziksel sağlık hizmetlerinin kötüleşmesine yol açabileceği bilindiğinden, bu durumun özellikle endişe verici olduğu düşünülmektedir (Thornicroft vd., 2007; Jones vd., 2008; Corrigan vd., 2014; Henderson vd., 2013).

Sağlık çalışanlarının tutumları, ruhsal hastalığı olan kişilere verilen bakımın niteliğinin belirleyicisi olması nedeniyle özellikle önemli olarak görülmektedir (Thornicroft and Shunned, 2006; Thornicroft, 2008). Ruhsal hastalığı olanlara yönelik olumsuz tutumu olan sağlık çalışanlarının "tanısal gölgeleme" olarak ifade edilen hastanın fiziksel sorunlarının psikiyatrik tanısıyla gölgelenmesi süreci ile karşı karşıya geldiği görülmektedir (Jones vd., 2008). Başka bir ifade ile sağlık profesyonellerinin tutumları ruhsal hastalığa sahip bireylerin yaşadığı fiziksel belirtileri ruhsal hastalığın kendisine bağlamak gibi bir yanlışa neden olabilmektedir. Bununla birlikte ruhsal hastalığı olan bireyler arasında sağlık profesyonellerinin algılanan damgalaması, ihtiyacı olanların yardım arama istekliliğini azaltabilir (Barney vd., 2006). Bu nedenle, damgalanmanın, zihinsel sağlık sorunları olan kişilerde ortalama yaşam beklentisindeki azalmayı kısmen açıklayabileceği öne sürülmektedir (Nordentoft vd., 2013; De Hert vd., 2011).

Dolayısıyla sağlık çalışanlarının olası olumsuz tutumları hastaların gereken yardımı alabilmelerini ve gerektiğinde yönlendirilmelerini etkileyen önemli bir etmen olarak ortaya çıkabilmektedir. Sağlık hizmeti veren ve toplum içinde sağlık konusunda "danışman" ve "model" işlevi gören sağlık çalışanlarının hastaları dışlayıcı ve damgalayıcı yaklaşımları bu hastaların tedavi için başvurmalarını engelleyici bir rol oynamaktadır (Yüksel ve Taşkın, 2005).

Tanısı konulabilir ruhsal hastalığa sahip kişilerin yaklaşık %54'ünün birinci basamak hizmetlerden faydalandığı görülmektedir (Regier vd., 1978; Sujaritha vd., 2017). Ayrıca ruhsal hastalığı olan bireyler, kısmen psikiyatrik tedaviyle ilgili etiketlemeden kaçınmak içinde uzmanlaşmış hizmetlerden ziyade birinci basamakta tedavi aramakta ancak birinci basamakta da damgalanmayla karşı karşıya kalabilmekte bu damgalayıcı tutumlar ise ruhsal bozukluğu olan bireylerin teşhis ve tedavi sürecini etkileyebilmektedir (Pingitore vd., 2001; Mittal vd., 2014)

Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin sağlık çalışanlarının ruhsal hasta ve hastalıklara karşı tutumlarından etkilendiği bilinmektedir (Günay vd., 2016). Bu nedenle toplum ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi, damgalama ile mücadele edilmesi ve toplum ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin arttırılması bağlamında özellikle birinci basamak sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının incelenmesi, konuyla ilgili farkındalık oluşturulması açısından da önemlidir (Tümer vd., 2019). Bu bilgilerden hareketle bu çalışma birinci basamakta hizmet veren sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara karşı inançlarını ve bu inançların sosyo-demografik özelliklere göre incelenmesini amaçlamaktadır.

## 2. Yöntem

### 2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının çeşitli sosyodemografik özelliklere göre incelenmesi amaçlanmıştır.

### 2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Afyonkarahisar merkez aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık personelleridir. Araştırmanın yapıldığı dönemde aile sağlığı merkezlerinde toplam 193 sağlık çalışanı görev yapmaktadır. Araştırma kapsamında örneklem seçimi yapılmayıp tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu nedenle çalışma kapsamında 129 kişiden veri toplanmıştır. Anketlerin geri dönüş oranı %66,84'tür.

### 2.3. Araştırmanın Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Çalışmada veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Sağlık çalışanlarına dijital ortamda uygulanan anket formunun ilk bölümünde sağlık çalışanlarına ait 10 sorudan oluşan kişisel bilgileri içeren ifadelere yer verilmiştir. Bu formla sağlık çalışanlarının cinsiyeti, yaşı, unvanı, yetiştiği sosyal çevre, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, ruhsal sorunlu bireylerin yaşattığı duygu, ruhsal hastalık durumunda yardım alacağı birey ve ruhsal hastalıkların ana nedeni saptanmıştır.

İkinci bölümde Hirai ve Clum (2000) tarafından geliştirilen ve Bilge ve Çam (2008) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılan "Beliefs Toward Mental Illness Scale-Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ)" kullanılmıştır.

Ölçekteki ifadeler ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz inançları içermektedir. Bu nedenle, ölçekten elde edilen puan ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz inanç düzeyini göstermektedir. RHYİÖ 6'lı likert tipi bir ölçek olup;"tamamen katılmıyorum"(0), "çoğunlukla katılmıyorum"(1), "kısmen katılmıyorum"(2), "kısmen katılıyorum"(3), "çoğunlukla katılıyorum"(4), "tamamen katılıyorum"(5) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek, hem toplam puan hem de alt ölçek puanlarına göre yorumlanmaktadır. Alınan yüksek puan ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz inanç düzeyini göstermektedir.

RHYİÖ 3 boyuttan oluşmaktadır: Tehlikelilik, çaresizlik ve utanma. Tehlikelilik, ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğu ile ilgili 8 (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13) maddeden oluşmaktadır. Çaresizlik, ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı çaresizlik durumlarını içeren 11 (8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21) maddeden oluşmaktadır. Utanma ise, ruhsal hastalığın utanılacak bir durum olduğunu ifade eden 2 (12, 15) maddeden oluşmaktadır.

Geçerli ve güvenilir olan RHYİÖ, bu çalışma kapsamındaki örneklem için de geçerli güvenilir bulunmuştur.

### 2.4. Araştırmanın Verilerinin Analizi

Anket uygulaması sonucunda elde edilen verilerin analizlerinde, SPSS (Statistical Package for Social Seciences) istatistik programından yararlanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin (ortalama, yüzde, frekans) yanı sıra, katılımcıların ruhsal hastalıklara ilişkin değerlendirmelerinin sosyodemografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin farklılık analizlerinden yararlanılmıştır. Farklılık analizlerinin kullanılmasında normal dağılım varsayımının yerine getirilip getirilmemesine göre parametrik ve non-parametrik testlerden yararlanılmıştır. Ayrıca çalışma kapsamında yer alan değişkenler arasındaki ilişkinin ve etkinin ortaya çıkarılması amacıyla korelasyon ve regresyon analizlerinden yararlanılmıştır.

### 2.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu 10/05/2022 tarih ve 2022/17 karar numarası ile idari izin alınmıştır.

### 2.6. Geçerlik ve Güvenirlik Analizi

Araştırmada Türkçe geçerlik güvenirliği Bilge ve Çam (2008) tarafından yapılan RHYİÖ kullanılmıştır. Tablo 1'de RHYİÖ'nin güvenirlik analizi sonuçları sunulmuştur. Buna göre ölçek yüksek derecede güvenilir bulunmuştur.

**Tablo 1.** RHYİÖ ve Boyutlarına İlişkin Güvenirlik Analizi Sonuçları

| RHYİÖ ve Boyutları | Madde Sayısı | Cronbach's Alpha |
|---|---|---|
| Tehlikelilik | 8 | 0,86 |
| Çaresizlik | 11 | 0,83 |
| Utanma | 2 | 0,93 |
| RHYİÖ | 21 | 0,89 |

## 3. Bulgular

Tablo 2.'de katılımcıların sosyo-demografik bilgilerine ilişkin veriler paylaşılmıştır. Buna göre Katılımcıların %55,8'inin erkek, %51,2'sinin 40 yaş ve üzeri, %79,8'inin hekim olduğu görülmektedir. Bununla birlikte katılımcıların %79,8'inin kentte yetiştiği, %69,0'unun çocuğunun olduğu, %52,7 lisans mezunu olduğu ve son olarak %84,5'inin evli olduğu saptanmıştır.

**Tablo 2.** Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

| | Değişken | n | % |
|---|---|---|---|
| **Cinsiyet** | Kadın | 57 | 44,2 |
| | Erkek | 72 | 55,8 |
| **Yaş** | 25-29 | 15 | 11,6 |
| | 30-34 | 27 | 20,9 |
| | 35-39 | 21 | 16,3 |
| | 40+ | 66 | 51,2 |
| **Unvan** | Hemşire/Ebe | 18 | 14,0 |
| | Hekim | 103 | 79,8 |
| | Diğer Sağlık Personeli | 8 | 6,2 |
| **Yetiştiği Sosyal Çevre** | Kent | 103 | 79,8 |
| | Kırsal | 26 | 20,2 |
| **Eğitim Durumu** | **Ön lisans** | 14 | 10,9 |
| | Lisans | 68 | 52,7 |
| | Lisansüstü | 47 | 36,4 |
| **Medeni Durum** | Evli | 109 | 84,5 |
| | Bekâr | 20 | 15,5 |
| **Çocuğunuz var mı?** | Evet | 89 | 69,0 |
| | Hayır | 40 | 31,0 |
| **Toplam** | | 129 | 100,0 |

Tablo 3'de Katılımcıların ruhsal hastalığa ilişkin değerlendirmeleri incelenmiştir. Katılımcıların sorunlu bireylere yönelik yaşadığı duygu verilerine ilişkin dağılımlar paylaşılmıştır. Katılımcıların %48,1'i sıkıntı, %4,7'si öfke, %16,3'ü korku, %3,9'u heyecan ve %27,1'i diğer duyguları yaşamaktadırlar. Katılımcılar bir yakınınız ruhsal hastalık belirtisi gösteriyorsa, öncelikle iyileşmesi için yardım alacağınız birey kim olurdu sorusuna katılımcıların %17,0'si psikolog, %73,6'sı psikiyatr, %2,3'ü din adamı, %3,9'u aile hekimi ve %2,3'ü diğer bireyler olarak cevap vermiştir. Katılımcıların ruhsal hastalıkların ana nedeni sorusuna verdikleri cevap verilerine ilişkin dağılımlar paylaşılmıştır. Katılımcıların %27,9'u travmatik olaylar, %19,4'ü kalıtsal yatkınlık, %2,3'ü dinsel problemler, %30,2'si aile-içi çatışmalar ve %20.2'si diğer şeklinde cevap vermiştir.

**Tablo 3.** Katılımcıların Ruhsal Hastalığa İlişkin Değerlendirmeleri

| Ruhsal Hastalığa İlişkin Değerlendirmeler | | n | % |
|---|---|---|---|
| **Sorunlu bireylerin sizde yaşattığı duygu nedir?** | Korku | 21 | 16,3 |
| | Öfke | 6 | 4,7 |
| | Sıkıntı | 62 | 48,1 |
| | Heyecan | 5 | 3,9 |
| | Diğer | 35 | 27,1 |
| **Bir yakınınız ruhsal hastalık belirtisi gösteriyorsa, öncelikle iyileşmesi için yardım alacağınız birey kim olurdu?** | Psikiyatr | 95 | 73,6 |
| | Psikolog | 23 | 17,8 |
| | Aile hekimi | 5 | 3,9 |
| | Din adamı | 3 | 2,3 |
| | Diğer | 3 | 2,3 |
| **Size göre ruhsal hastalıkların ana nedeni nedir?** | Travmatik olaylar | 36 | 27,9 |
| | Aile içi çatışmalar | 39 | 30,2 |
| | Dinsel problemler | 3 | 2,3 |
| | Kalıtsal yatkınlık | 25 | 19,4 |
| | Diğer | 26 | 20,2 |
| **Toplam** | | 129 | 100,0 |

Tablo 4'te katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inanç ve tutumlarına ilişkin ifadelere katılım düzeyi görülmektedir. Buna göre katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inanç ve tutumlara yönelik ifadeleri incelendiğinde en yüksek katılım gösteren üç ifade sırasıyla ''Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir''; "Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır" ve "Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir". Buna karşılık en düşük katılım gösteren ifade ise "Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa utanırım" ifadesi olmuştur.

**Tablo 4.** Katılımcıların Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği İfadelerine İlişkin Değerlendirmeleri

| Ölçek Maddeleri | Ort. | Ss. |
|---|---|---|
| 1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır | 3,50 | 1,28 |
| 2.Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir. | 4,22 | 0,97 |
| 3.Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir. | 2,56 | 1,27 |
| 4."Ruhsal hastalık" ifadesi beni rahatsız eder. | 2,34 | 1,40 |
| 5.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir. | 3,53 | 1,19 |
| 6.Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır. | 3,12 | 1,27 |
| 7.Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır. | 3,54 | 1,01 |
| 8.Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımın ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir. | 3,07 | 1,25 |
| 9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır. | 2,85 | 1,17 |
| 10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler. | 3,25 | 1,10 |
| 11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur. | 2,59 | 1,18 |
| 12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım. | 1,48 | 0,86 |
| 13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım. | 2,22 | 1,10 |
| 14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür. | 3,03 | 1,17 |
| 15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım. | 1,38 | 0,77 |
| 16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum | 2,36 | 1,16 |
| 17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir | 2,71 | 1,16 |
| 18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz. | 2,62 | 1,20 |
| 19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez. | 2,93 | 1,21 |
| 20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir. | 1,86 | 1,01 |
| 21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem. | 2,35 | 1,08 |

Tablo 5'te katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inanç ve tutum ölçeği boyutlarına verdiği puan dağılımı görülmektedir. Buna göre; tehlikelilik alt boyutundan alınabilecek minimum puan 0 maksimum 40'tır ve bu alt boyuttan elde edilen puan 25,02'dir. Çaresizlik alt boyutundan alınabilecek minimum puan 0 maksimum 55'tır ve bu alt boyuttan elde edilen puan 29,57'dir. Utanma alt boyutundan alınabilecek minimum puan 0 maksimum 10'dur ve bu alt boyuttan elde edilen puan 2,86'dir. Ruhsal hastalığa yönelik inanç toplam boyutundan alınabilecek minimum puan 0 maksimum 105'tir. Bu alt boyuttan elde edilen puan ise 54,44'tür. Dolayısıyla katılımcılar tehlikelilik, çaresizlik ve toplam puanda ortalamanın üzerinde utanma boyutunda ise ortalamanın altında bir puan aldıkları görülmektedir.

**Tablo 5.** Katılımcıların RHYİÖ ve Boyutlarına Verdiği Puan Dağılımı

| Boyutlar | n | Alınabilecek Min-Max Puan | Puan | S.S |
|---|---|---|---|---|
| Tehlikelilik | 129 | 0-40 | 25,02 | 5,94 |
| Çaresizlik | 129 | 0-55 | 29,57 | 8,14 |
| Utanma | 129 | 0-10 | 2,86 | 1,44 |
| RHYİÖ | 129 | 0-105 | 54,44 | 13,85 |

Katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançlarının sosyodemografik özelliklerine göre anlamlı fark gösterip göstermediğine ilişkin yapılan tek değişkenli analizler sonucunda, anlamlı farklılık sadece kişilerin çocuk sahibi olup olmama durumları ve eğitim durumu değişkenlerinde görülmüştür. Anlamlı farklılık bulunan iki değişkene ilişkin ayrıntılı sonuçlar Tablo 6 ve Tablo 7'de ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

Katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançlarına ilişkin değerlendirmelerinin çocuk sahibi olup olmama durumuna göre fark gösterip göstermediği Bağımsız Örneklemler Testi (t testi) ile analiz edilmiştir (Tablo 6). Yapılan analiz sonucunda ruhsal hastalığa karşı inanç ölçeğinin sadece utanma boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre çocuğu olan bireylerin utanma düzeyi, olmayanlardan anlamlı şekilde daha yüksektir (Tablo 6).

**Tablo 6.** Katılımcıların Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği Boyutlarına İlişkin Değerlendirmelerinin Çocuk Sahibi Olup Olmama Durumuna Göre Dağılımı

| Boyutlar | Çocuğunuz var mı? | n | Ss. | t | p |
|---|---|---|---|---|---|
| Tehlikelilik | Evet | 89 | 6,21 | -1,070 | 0,287 |
| | Hayır | 40 | 5,29 | | |
| Çaresizlik | Evet | 89 | 8,14 | 0,505 | 0,615 |
| | Hayır | 40 | 8,22 | | |
| Utanma | Evet | 89 | 1,58 | 2,310 | 0,023 |
| | Hayır | 40 | 0,96 | | |
| RHYİÖ | Evet | 89 | 14,27 | 0,037 | 0,971 |
| | Hayır | 40 | 13,03 | | |

Katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inanç ve tutumlarına ilişkin değerlendirmelerinin eğitim düzeylerine göre fark gösterip göstermediği Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ile analiz edilmiştir (Tablo 7). Buna göre, ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeği boyutlarından tehlikelilik ve çaresizlik için istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu saptamak için yapılan Tukey LSD testi sonucunda çaresizlik boyutu için, farkın lisans ve lisansüstü mezunları arasında olduğu bulunmuştur. Ölçek için ise farkın lisansüstü mezunlar ile lisans mezunları arasında olduğu bulunmuştur.

**Tablo 7.** Katılımcıların Ruhsal Hastalığa yönelik İnanç Ölçeği Boyutlarına İlişkin Değerlendirmelerinin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı

| Boyutlar | Eğitim | Ort. | Ss. | n | Ss. | F | p | Post Hoc |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tehlikelilik** | Ön lisans[1] | 3,15 | 1,01 | 14 | 1,006 | 3,166 | 0,046 | 2-3 |
| | Lisans[2] | 3,26 | 0,70 | 68 | 0,706 | | | |
| | Lisansüstü[3] | 2,92 | 0,67 | 47 | 0,671 | | | |
| **Çaresizlik** | Ön lisans[1] | 2,60 | 0,92 | 14 | 0,921 | 3,438 | 0,035 | 2-3 |
| | Lisans[2] | 2,84 | 0,71 | 68 | 0,711 | | | |
| | Lisansüstü[3] | 2,49 | 0,67 | 47 | 0,672 | | | |
| **Utanma** | Ön lisans[1] | 1,42 | 0,61 | 14 | 0,615 | 0,188 | 0,698 | |
| | Lisans[2] | 1,47 | 0,81 | 68 | 0,816 | | | |
| | Lisansüstü[3] | 1,36 | 0,58 | 47 | 0,587 | | | |
| **RHYİÖ** | Ön lisans[1] | 2,39 | 0,72 | 14 | 0,725 | 2,942 | 0,056 | |
| | Lisans[2] | 2,53 | 0,62 | 68 | 0,620 | | | |
| | Lisansüstü[3] | 2,25 | 0,50 | 47 | 0,505 | | | |

## 4. Tartışma ve Sonuç

Bu çalışma, ruhsal hastalığa sahip bireylerin etiketleme vb endişeleri sebebiyle diğerlerine nazaran birinci basamak sağlık hizmetleri daha çok tercih etmeleri (Pingitore vd., 2001; Mittal vd., 2014) bilgisinden hareketle aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığa sahip bireylere yönelik inançlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Literatür incelendiğinde bu konu ile ilgili yapılan çalışmaların sıklıkla psikiyatri kliniğinde çalışanlar (Aydöner, 2009; ), hekim ve hemşireler (Arabacı ve Çam, 2011; Jombo vd., 2019; Kapşığay, 2021); tıp fakültesi ve hemşirelik öğrencileri (Çingöl vd., 2020; Kodakandla vd., 2016; Yıldırım vd., 2015; Chauhan and Parmar, 2017; Köşger ve Altınöz, 2009; Yüksek vd., 2019; Godasi vd., 2021) üzerinde yoğunlaştığı görülmüştür. Bununla birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının RHYİÖ'ni ölçen Kaya (2012) ve Tümer vd (2019)'in çalışmalarının olduğu tespit edilmiştir.

Ruhsal hastalığa yönelik sağlık çalışanlarının inançlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma sonuçlarına göre; sağlık çalışanlarının RHYİÖ'nin alt boyutları ve toplam ölçek puan ortalamaları incelendiğinde tehlikelilik, çaresizlik ve toplam puanda ortalamanın üzerinde utanma boyutunda ise ortalamanın oldukça altında bir puana sahip oldukları görülmüştür. Dolayısıyla ruhsal hastalıklar konusunda aile sağlığı merkezinde çalışanlarında damgalama eğiliminde olduğu görülmektedir. Kaya'nın (2012) Edirne ilinde 197 aile sağlığı merkezi çalışanına; Tümer vd (2019)'nin 197 birinci basamak çalışanı üzerinde ruhsal hastalığa yönelik inanç ve tutumlarının incelendiği ve aynı ölçeğin kullanıldığı çalışmalarda bu çalışma ile benzer şekilde çaresizlik ve tehlike alt boyutları ortalamanın üzerinde, utanma boyutunun ise ortalamanın altında olduğu bulunmuştur. Bununla birlik-

te Kaya (2012) ve Tümer vd (2019)'nin çalışmalarında toplam RHYİÖ puanı bu çalışmanın aksine ortalamanın altında bulunmuştur. Bu bilgilerden hareketle aile sağlığı merkezi çalışanlarının RHYİ'nın toplumdan çok da farklı olmadığı söylenebilir (Arkan vd., 2011; Çam ve Bilge, 2010)

Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığa yönelik inançlarının utanma boyutu ile çocuk sahibi olma değişkenleri ile arasında çocuğu olan bireylerin utanma alt ölçek puanının, olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kaya (2012)'nın çalışma sonuçlarında da hekimlerin çocuk sahibi olma durumları bu çalışma ile benzer şekilde utanma alt ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte ruhsal hastalığa yönelik inanç ölçeği boyutlarından çaresizlik ve ölçek toplam puanı ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre önlisans ve lisans mezunu olanların lise mezunlarına göre çaresizlik alt ölçek puanının daha yüksek olduğu, RHYİÖ toplam puanının ise lisans mezunlarında lisansüstü mezunlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kaya (2019) ve Tümer vd (2019) 'nin çalışmasında bu çalışmanın aksine anlamlı ilişki bulunamamış ve bu durum sağlık çalışanlarının çoğunun yüksek öğrenime sahip olması ile ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte Bağ ve Ekinci (2005)'nin sağlık çalışanları üzerinde yaptığı çalışmada eğitim ve RHYİ arasında önemli farklılıklar saptandığı gibi Çam ve Bilge (2013)'nin RHYİ konusunda 59 çalışmayı inceledikleri çalışma sonucunda da eğitimin önemli bir faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ruhsal hastalıklara sahip olan bireyler geçmişten günümüze kadar farklı şekillerde damgalamaya maruz kalmaktadırlar. Toplumun genelinde olan bu damgalamanın sağlık çalışanları içerisinde de önemli ölçüde görüldüğü bilinmektedir. Ruhsal hastalığa sahip olan bireylerin olumsuz inanç ve tutumlar dolayısıyla tedaviden kaçındıkları, sağlık çalışanlarının ise bu tutumlardan dolayı tanısal gölgeleme hastasına düşebilecekleri ve ruhsal hastalığa sahip olan bireylere ihtiyaç duydukları hizmeti tam anlamı ile sağlamada bir engel olduğu düşünülmektedir. Dolayısıyla özellikle bu tür hastalarla çok sık karşılaşılan birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu aile sağlığı merkezlerinde bu konuda eğitimler verilmesi ve farkındalık programlarının uygulanması sağlık çalışanlarının inançlarını olumlu yönde geliştirebilir.

## Kaynakça


Abi Doumit, C., Haddad, C., Sacre, H., Salameh, P., Akel, M., Obeid, S., ... & Soufia, M. (2019). Knowledge, attitude and behaviors towards patients with mental illness: Results from a national Lebanese study. PloS one, 14(9), e0222172.

Arabaci, L. B., & Çam, M. O. (2011). Adli Psikiyatri Hastalarina Yönelik Hemsire Tutum Ölçegi Gelistirme/Development of Nurse's Attitude Towards Forensic Psychiatric Patients Scale. Noro-Psikyatri Arsivi, 48(3), 175.

Arkan B, Bademli K, Çetinkaya-Duman Z. Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: Son 10 yılda Türkiye'de yapılan çalışmalar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011; 3(2):214-231.

Aydöner, H. (2009). İstanbul Ilinde Psikiyatri Kliniklerinde çalışan hemşirelerin Ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının değerlendirilmesi (Doctoral dissertation, Marmara Universitesi (Turkey)).

Bağ, B. (2003), Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

Bilge, A., & Çam, O. (2008). Ruhsal Hastaliga Yönelik Inançlar Ölçegi'nin geçerliligi ve güvenilirligi/validity and reliability of beliefs towards mental illness scale. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9(2), 91.

Chambers, M., Guise, V., Välimäki, M., Botelho, M. A. R., Scott, A., Staniuliene, V., & Zanotti, R. (2010). Nurses' attitudes to mental illness: A comparison of a sample of nurses from five European countries. International journal of nursing studies, 47(3), 350-362.

Chauhan, S., & Parmar, S. S. (2017). Attitudes and Beliefs of Medical Students towards Individuals with Mental Illness-a Multicentric, Cross Sectional Study. Acta Psychopathol, 3(S2), 80-88.

Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. American psychologist, 59(7), 614.

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. World psychiatry, 1(1), 16.

Corrigan, P. W., Mittal, D., Reaves, C. M., Haynes, T. F., Han, X., Morris, S., & Sullivan, G. (2014). Mental health stigma and primary health care decisions. Psychiatry research, 218(1-2), 35-38.

Çam Ö, Bilge A. Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. TAF Prev Med Bull 2010; 9(1):71-78.

Çingöl, N., Karakaş, M., Zengin, S., & Çelebi, E. (2020). The effect of psychiatric nursing students' internships on their beliefs about and attitudes toward mental health problems; a single-group experimental study. Nurse Education Today, 84, 104-243.

De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D. A. N., Asai, I., ... & Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World psychiatry, 10(1), 52.

Godasi, G. R., Donthu, R. K., Mohammed, A. S., Pasam, R. S., & Subramanyam, R. K. M. (2021). Attitudes toward psychiatrists, psychiatric medications, and mental illness among medical undergraduates: A cross-sectional study. Indian Journal of Social Psychiatry, 37(2), 212.

Günay, S., Bekitkol, T., Beycan-Ekitli, G., Yıldırım, S. (2016). Determination of the mental disorder beliefs of students in a nursing faculty. J Psy Nurs, 7(3): 129-134.

Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. American journal of public health, 103(5), 777-780.

Hirai, M., & Clum, G. A. (2000). Development, reliability, and validity of the beliefs toward mental illness scale. Journal of psychopathology and Behavioral Assessment, 22(3), 221-236.

Jombo, H. E., Idung, A. U., & Iyanam, V. E. (2019). Attitudes, Beliefs and Social Distances towards

Persons with Mental Illness among Health Workers in Two Tertiary Healthcare Institutions in Akwa Ibom State, South-South Nigeria. prospects, 13, 14.

Jones, S., Howard, L., & Thornicroft, G. (2008). 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. Acta Psychiat Scand 118(3):169–171

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., & Henderson, S. (1999). Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 33(1), 77-83.

Kapşığay, K. (2021). Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları.KTO Karatay Üniveristesi, Yüksek Lisans Tezi.

Kaya, C. (2012). Edirne ilinde aile sağlığı merkezlerinde sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığa karşı inanç ve tutumları. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi.

Kodakandla, K., Nasirabadi, M., & Pasha, M. S. (2016). Attitude of interns towards mental illness and psychiatry: A study from two medical colleges in South India. Asian journal of psychiatry, 22, 167-173.

Köşger, F., & Altınöz, A. E. (2019). Bir tıp fakültesinde öğrenim görmekte olan öğrencilerin ruhsal bozukluklara yönelik tutumları (tur). Klinik Psikiyatri Dergisi, 22(1), 57-62.

Mittal, D., Ounpraseuth, S. T., Reaves, C., Chekuri, L., Han, X., Corrigan, P., & Sullivan, G. (2016). Providers' personal and professional contact with persons with mental illness: Relationship to clinical expectations. Psychiatric Services, 67(1), 55-61.

Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., ... & Laursen, T. M. (2013). Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. PloS one, 8(1), e55176.

Pingitore, D., Snowden, L., Sansone, R. A., & Klinkman, M. (2001). Persons with depressive symptoms and the treatments they receive: a comparison of primary care physicians and psychiatrists. The International Journal of Psychiatry in Medicine, 31(1), 41-60.

Regier, D. A., Goldberg, I. D., & Taube, C. A. (1978). The de facto US mental health services system: a public health perspective. Archives of general psychiatry, 35(6), 685-693.

Ronzani, T. M., Higgins-Biddle, J., & Furtado, E. F. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. Social science & medicine, 69(7), 1080-1084.

Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. European psychiatry, 20(8), 529-539.

Stefanovics, E., He, H., Ofori-Atta, A., Cavalcanti, M. T., Neto, H. R., Makanjuola, V., ... & Rosenheck, R. (2016). Cross-national analysis of beliefs and attitude toward mental illness among medical professionals from five countries. Psychiatric Quarterly, 87(1), 63-73.

Sujaritha, V., Partheeban, M., Thiviya, T., & Sowmiya, M. (2017). Attitude towards mental illness among doctors and nurses in a tertiary care centre, Pondicherry, India. Int J Res Med Sci, 5(7), 3059-3064.

Thara, R., & Srinivasan, T. N. (2000). How stigmatising is schizophrenia in India?. International Journal of Social Psychiatry, 46(2), 135-141.

Thornicroft, G., Rose, D., & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. International review of psychiatry, 19(2), 113-122.

Thornicroft, G., Rose, D., & Mehta, N. (2010). Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do?. Advances in psychiatric treatment, 16(1), 53-59.

Tümer, A., Kırağ, N., & Coşkun, S. (2019). Beliefs of Primary Health Service Professionals Towards Mental Disorders. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 13(3), 241-247.

Vistorte, A. O. R., Ribeiro, W. S., Jaen, D., Jorge, M. R., Evans-Lacko, S., & Mari, J. D. J. (2018). Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders:

A systematic review. The International Journal of Psychiatry in Medicine, 53(4), 317-338.

Wells, J. E., Robins, L. N., Bushnell, J. A., Jarosz, D., & Oakley-Browne, M. A. (1994). Perceived barriers to care in St. Louis (USA) and Christchurch (NZ): reasons for not seeking professional help for psychological distress. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 29(4), 155-164.

Winkler, P., Mladá, K., Janoušková, M., Weissová, A., Tušková, E., Csémy, L., & Evans-Lacko, S. (2016). Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 51(9), 1265-1273.

Yildirim, M., Demirbuken, I., Balci, B., & Yurdalan, U. (2015). Beliefs towards mental illness in Turkish physiotherapy students. Physiotherapy theory and practice, 31(7), 461-465.

Yuksel, G., Yildiz, M., & Coskun, B. (2019). Medical faculty students' beliefs toward mental illness and the impact of visiting a community mental health center on these beliefs. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 32(2), 152.

Yüksel, E. G., & Taşkın, E. O. (2005). Türkiye'de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6(2), 113-121.

# GÜVENLİK İKLİMİ VE İŞE DEVAMSIZLIK ARASINDAKİ İLİŞKİ: BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE UYGULAMA

Mesut Ardıç [1], Nilüfer Ceren Aydın [2], Merve Can-Develi [3]

***Özet***

*Sağlık kurumlarında kişilerin kendilerini güvende hissederek çalışmalarının işe devamsızlıklarında önemli bir değişken olduğu düşünülmektedir. Bu düşünceden hareketle, bu çalışmanın temel amacı sağlık çalışanlarının güvenlik iklimi algıları ile işe devamsızlıkları arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. Araştırmada kullanılan güvenlik iklimi ölçeği 'yönetimin ilgisi ve çalışanların katılımı' ile 'uygun olmayan güvenlik ve iş süreçleri' olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. İşe devamsızlık ölçeği ise 'genel faktörler' ve 'iş hayatı faktörleri' alt boyutlarından oluşmaktadır. Veriler kolayda örnekleme yöntemi ile bir üniversite hastanesinde çalışmakta olan 223 personelden çevrimiçi anket yöntemi ile toplanmış ve istatistik programlar aracılığıyla analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda güvenlik iklimi ve alt boyutlarının işe devamsızlık ve genel faktörler alt boyutu ile anlamlı ve negatif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Diğer yandan, güvenlik iklimi ve alt boyutları ile iş hayatı faktörleri alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.*

***Anahtar kelimeler:*** Güvenlik İklimi, İşe *Devamsızlık, Sağlık Çalışanları*

# THE RELATIONSHIP BETWEEN SAFETY CLIMATE AND ABSENTEEISM: IMPLEMENTATION IN A UNIVERSITY HOSPITAL

***Abstract***

*It is thought that working in health institutions by feeling safe is an important variable in absenteeism. With this in mind, the main purpose of this study is to reveal the relationship between health workers' perceptions of safety clima-*

1 Öğretim Görevlisi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, mesut.ardic@gop.edu.tr
2 Öğretim Görevlisi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, niluferceren.aydin@gop.edu.tr
3 Öğretim Görevlisi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, merve.can@gop.edu.tr

*te and their absenteeism. In the scale used in the research, the safety climate consists of two sub-dimensions: 'management commitment and employee involvement', and 'inappropriate safety procedure and work practices'. Besides, absenteeism consists of 'general factors' and 'work life factors' sub-dimensions. The data were collected from 223 personnel working in a university hospital with convenience sampling method, by online survey method and analyzed through statistical programs. As a result of the research, it was determined that the safety climate and its sub-dimensions were significantly and negatively related to the absenteeism and general factors sub-dimension. On the other hand, no significant relationship was found between the safety climate and its sub-dimensions and the work life factors.*

***Key Words:*** *Safety Climate, Absenteeism, Health Workers*

## 1. Giriş

Örgütleri başarıya ulaştıran en temel unsurlardan bir tanesinin insan gücü olduğu kabul edilmektedir. Dolayısıyla örgütsel amaçların gerçekleşmesi açısından çalışanların örgütün amaçları doğrultusunda davranması önem arz etmektedir. Fakat çalışanlar bireysel ya da örgütsel etkenlere bağlı olarak örgütün amaçlarına ters düşecek bazı davranışlar sergileyebilmektedir. Bu davranışlar çalışanın performansının düşmesine, işe devamsızlığına ya da işten ayrılma düşüncesine kapılmasına yol açabilmektedir (Şahin, 2011). Bu olumsuz durumlar örgütlerin kâr elde etme, büyüme, verimlilik, sürdürülebilirlik gibi temel amaçlarına ters düşmektedir. Özellikle çalışanların işe devamsızlık davranışı sergilemeleri, örgütlerde ciddi sorunlara yol açabileceği düşünülmektedir.

Devamsızlık (absenteeism) kavramının en kısa tanımı işe gelmemektir (Robbins, 2003). Devamsızlık, planlanmış çalışma için çalışma yerinde bulunmamak olarak tanımlanmaktadır (Kristensen vd., 2006). Bu durum, sağlık kurumlarında hizmet alıcılarını ve çalışanları strese maruz bırakan önemli bir endişe kaynağıdır (Donovan vd., 2008). Kavram ile ilgili yapılan çalışmalarda mazeretli ve mazeretsiz devamsızlık olarak iki tip devamsızlık davranışının ortaya çıktığı görülmektedir (Birioukov, 2016; Driver ve Watson, 1989; Ramsey vd., 2008; Steers ve Rhodes, 1978). Mazeretli işe devamsızlık, örgüt tarafından çalışanın işe gelmemek için sunduğu mazeretin kabul edilmesi durumudur. Bu tip devamsızlığa sağlık problemleri örnek verilebilmektedir. Mazeretsiz işe devamsızlık durumunun ise motivasyon düşüklüğü, iş tatminsizliği (Ramsey vd., 2008), örgütteki güvenlik iklimi algısının düşüklüğü sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir ve bu tip devamsızlık türü genellikle örgüt tarafından kabul edilmemektedir.

Kişinin işe mazeretsiz devamsızlık yapmasının altında yatan sebeplerden bir tanesinin örgütteki güvenlik ikliminin yetersiz olarak algılanması olduğu düşünül-

mektedir. Güvenlik iklimi, çalışanların çalıştıkları örgüt hakkında bütüncül algısının bir yansıması ve güvenklik ile ilgili yönetimsel yaklaşımların ortak algısı olarak tanımlanabilmektedir (Zohar, 1980). Kavram, çalışanların kendilerini risk altında hissettiklerinde, örgütte var olan güvenlik konusundaki algıları olarak tanımlanabilmektedir (Ceyhun, 2014).

Kişilerin işe devamsızlık yapmalarının farklı sebepleri olduğu düşüncesinden hareketle, devamsızlık konusu pek çok değişkenle ilişkilendirilmiş durumdadır. Ancak yazında işe devamsızlık ve güvenlik iklimi konuları arasındaki ilişkinin doğrudan ele alındığı çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sebeple bu araştırmada söz konusu kavramlar arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

## 2. Yöntem

Bu çalışmanın amacı, sağlık kurumlarında çalışan personelin örgütteki güvenlik iklimi algılarıyla işe devamsızlıkları arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Çalışmada nicel araştırma yöntemi tercih edilmiştir. Çalışmada, bir üniversite hastanesinde çalışan 224 sağlık çalışanı kolayda örnekleme yöntemi ile seçilerek çevrimiçi anket tekniği aracılığıyla veriler toplanmıştır. Verilerin analizlere hazır hale getirilmesi için yapılan kayıp değer ve uç değer analizi neticesinde bir adet anket formu gözlem dışı bırakılmıştır. Veri setindeki toplam katılımcı sayısı 223'dür (n = 223).

### 2.1. Örneklem

Araştırmanın örneklemi Türkiye'de bir üniversite hastanesinde çalışan 223 sağlık personelinden oluşmaktadır. Katılımcıların %16'sı idari personelden (sağlık yöneticisi, birim sorumlusu), %84'ü ise sağlık personelinden (doktor, hemşire, tıbbi sekreter, sağlık teknisyeni) oluşmaktadır. Katılımcıların çoğunluğu kadın (%57), 24-29 yaş aralığında (%35.4), lisans mezunu (%43.9) ve 6-11 yıl kurumda çalışma tecrübesi olan bireylerden oluşmaktadır.

### 2.2. Ölçekler

Çalışanların örgütteki güvenlik iklimi algısını ölçmek amacı ile Choudhry, Fang ve Lingard (2009) tarafından geliştirilmiş, Türen vd. (2014) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmış ($\alpha_1$=0,915; $\alpha_2$=0,932) 14 ifadeden oluşan, Güvenlik İklimi Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 5'li Likert ile puanlandırılmıştır (1 = Hiç Katılmıyorum, 5 = Tamamen katılıyorum).

Çalışmada işe devamsızlık algısını ölçmek için Dubey ve Dasgupta (2015) tarafından hazırlanan İşe Devamsızlık Algısı Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 18 ifadeden

oluşan ve 5'li Likert tipinde (1 = Hiç Katılmıyorum, 5 = Tamamen katılıyorum) puanlandırılmıştır. Ölçeğin Türkçe çevirisi için Avcı ve Yavuz (2019) tarafından hazırlanan çalışmadan faydalanılmış, ancak geçerlilik ve güvenilirlik analizleri bu çalışma kapsamında yazarlar tarafından yapılmıştır.

## 3. Bulgular

### 3.1. Geçerlilik Analizi

Güvenlik iklimi algısı ölçeğine ait doğrulayıcı faktör analizi uyum iyiliği indeksleri CMIN/DF = 2.208, p = .000, CFI = .950, IFI = .950, TLI = 940, RMSEA = .074 şeklinde elde edilmiştir. Bununla birlikte, işe devamsızlık algısı ölçeğinin uyum iyiliği indeksleri CMIN/DF = 2.009, p = .000, CFI = .919, IFI = .920, TLI = 900, RMR = .046, RMSEA = .067 şeklinde elde edilmiştir. Diğer yandan, iki ölçeğin de bir arada bulunması ile oluşturulan ölçüm modeline ait uyum iyiliği indeksleri CMIN/DF = 1.710, p = .000, CFI = .912, IFI = .913, TLI = 903, RMSEA = .057 şeklinde elde edilmiştir. Yapılan analizlerde işe devamsızlık ölçeğinin iş hayatı faktörleri boyutuna ait 9. ifade gözlem dışı bırakılmıştır. Tüm modellere ait uyum iyiliği indeksleri ölçeklerin ve ölçüm modelinin geçerli olduğunu göstermektedir (Hair vd., 2014).

### 3.2. Güvenilirlik Analizi

Güvenlik iklimi algısı ölçeğine ait 'yönetimin ilgisi ve çalışanların katılımı' boyutunun Cronbach alfa katsayısı .934 ve 'uygun olmayan güvenlik ve iş süreçleri' boyutunun Cronbach alfa katsayısı .719 şeklinde elde edilmiştir. Diğer yandan, işe devamsızlık ölçeğinin 'genel faktörler' boyutunun Cronbach alfa katsayısı .717 ve 'iş hayatı ile ilgili faktörler' boyutunun Cronbach alfa katsayısı .877 şeklinde elde edilmiştir. Tüm Cronbach alfa katsayıları ölçme araçlarının güvenilir olduğunu göstermektedir (Cronbach, 1951; Nunnally, 1978).

### 3.3. Regresyon Analizi

Güvenlik iklimi ve alt boyutları ile işe devamsızlık ve alt boyutları arasındaki yordayıcılık ilişkisini gösteren regresyon analizi sonuçları Tablo 1'de sunulmuştur.

**Tablo 1.** Regresyon Analizi Sonuçları

| | Bağımsız değişken | Bağımlı değişken | R | $R^2$ | Ayr. $R^2$ | F | B | D-W | VIF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Güvenlik iklimi (toplam) | İşe Devamsızlık (toplam) | .367 | .135 | .131 | 34.457*** | -.367*** | 1.175 | 1.000 |
| 2 | Güvenlik iklimi (Yönetimin ilgisi ve çalışanların katılımı)<br>Güvenlik iklimi (Uygun olmayan güvenlik ve iş süreçleri) | İşe Devamsızlık (toplam) | .371 | .137 | .130 | 17.524*** | -.231**<br>-.173* | 1.163 | 1.873<br>1.873 |
| 3 | Güvenlik iklimi (toplam) | İşe Devamsızlık (Genel faktörler) | .455 | .207 | .204 | 57.853*** | -.455*** | 1.164 | 1.000 |
| 4 | Güvenlik iklimi (Yönetimin ilgisi ve çalışanların katılımı)<br>Güvenlik iklimi (Uygun olmayan güvenlik ve iş süreçleri) | İşe Devamsızlık (Genel faktörler) | .456 | .207 | .200 | 28.799*** | -.351***<br>-.136 | 1.163 | 1.873<br>1.873 |
| 5 | Güvenlik iklimi (toplam) | İşe Devamsızlık (İş hayatı faktörleri) | .039 | .002 | -.003 | .334 | -.039 | 1.404 | 1.000 |
| 6 | Güvenlik iklimi (Yönetimin ilgisi ve çalışanların katılımı)<br>Güvenlik iklimi (Uygun olmayan güvenlik ve iş süreçleri) | İşe Devamsızlık (İş hayatı faktörleri) | .121 | .015 | .006 | 1.633 | .098<br>-.164 | 1.419 | 1.873<br>1.873 |

*** p < .001, ** p < .01, * p < .05

Tabloya bakıldığında, güvenlik iklimi (toplam) ve işe devamsızlık (toplam) arasında anlamı ve nagatif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (R = .367, β = -.367). Güvenlik ikliminin (toplam) işe devamsızlığın (toplam) yaklaşık %13'ünü ($R^2$ = .135) açıkladığı görülmektedir. Güvenlik ikliminin alt boyutları olan yönetimin ilgisi ve çalışanların katılımı ile uygun olmayan güvenlik ve iş süreçleri ile işe devamsızlık arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu (R = .371, $\beta_1$ = -.231, $\beta_2$ = -.173) ve bu değişkenlerin işe devamsızlığın %14'ünü ($R^2$ = .137) açıkladığı sonucuna ulaşılmıştır. Güvenlik iklimi (toplam) ve işe devamsızlığın bir alt boyutu olan genel faktörler arasında anlamlı ve negatif yönlü (R = .455, β = .-455) bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir. Güvenlik iklimi (toplam) işe devamsızlığın genel faktörlerini yaklaşık %21 ($R^2$ = .207) açıklamaktadır. Güvenlik ikliminin alt boyutları ile işe devamsızlığın genel faktör alt boyutu arasında negatif yönde ve anlamlı (R = .456, $\beta_1$ = -.351, $\beta_2$ = -.136) bir ilişki olduğu ve güvenlik iklimi

alt boyutlarının işe devamsızlığın genel faktörlerini yaklaşık %21 açıkladığı ($R^2$ = .207) görülmektedir. Diğer yandan, güvenlik iklimi (toplam) ve alt boyutları ile işe devamsızlığın iş hayatı faktörleri alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

## 4. Tartışma ve Sonuç

İşe devamsızlık, iş hayatı faktörlerine bağlı olarak ortaya çıkabildiği gibi iş hayatı dışındaki kişisel değişkenlere göre de ortaya çıkabilmektedir. Genel anlamıyla kişilerin işe devam etmemeleri örgüt için ekonomik kayıplar yaratmaktadır. Sağlık kurumları ise uzun çalışma saatleri, vardiyalı çalışma sistemi, insan hayatının öncelikli oluşu, sağlıkta yaşanan şiddet olayları, sağlık hizmetlerinin ertelenemez oluşu gibi durumların mevcut olduğu örgütlerdir. Bu türlü atmosferin hâkim olduğu örgütlerin çalışanların kendilerini güvensiz bir iş ortamında hissetmelerine neden olduğu ve bunun da devamsızlık davranışının daha çok görülmesine yol açtığı öngörülmüştür. Bu öngörüden hareketle gerçekleştirilen bu çalışmada anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırma sonucunda da güvenlik iklimi (toplam) algısının işe devamsızlık (toplam) ile anlamlı ve negatif yönde bir ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Güvenlik ikliminin alt boyutları ile işe devamsızlık (toplam) arasında da anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Güvenlik iklimi (toplam) ve güvenlik iklimi alt boyutları ile işe devamsızlığın bir alt boyutu olan genel faktörler arasında da anlamlı ve negatif yönde bir ilişkinin varlığı sonucuna ulaşılmıştır. Güvenlik iklimi (toplam) ve alt boyutları ile işe devamsızlığın alt boyutu olan iş hayatı faktörleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

Çalışmanın sonuçlarından hareketle sağlık çalışanlarının örgütteki güvenlik iklimini olumlu yönde algılamalarının işe devamsızlıklarını azaltacağı çıkarımı yapılabilmektedir. Özellikle sağlık çalışanları kendilerini ne kadar güvende hissederlerse işe devamsızlıklarının o derece azalacağı düşünülmektedir. Dolayısıyla, sağlık idarecilerinin çalışanların devamsızlık durumlarını iyileştirmeleri için güvenlik iklimi konusunu dikkate almaları gerektiği söylenebilir. Benzer şekilde, sağlık çalışanlarının devamsızlık konusu ile başa çıkmaları için güvenlik iklimi konusunun farkında ve arayışında olmaları önerilebilir.

## Kaynakça


Avcı, M., & Yavuz, E. (2020). Çalışanların esnek çalışma düzenlemelerine yönelik tutumlarının işe devamsızlık algıları üzerindeki etkileri: kamu kurumlarında bir alan araştırması. *Journal of Administrative Sciences/Yonetim Bilimleri Dergisi*, *18*(35), 37-55. https://doi.org/10.35408/comuybd.510842

Birioukov, A. (2016). Beyond the excused/unexcused absence binary: classifying absenteeism through a voluntary/involuntary absence framework. *Educational Review*, *68*(3), 340-357. https://doi.org/10.1080/00131911.2015.1090400

Ceyhun, G. Ç. (2014). Güvenlik iklimi ve iş-aile çatışmasının yorgunluğa etkileri: Türk kılavuz kaptanlar üzerine bir araştırma. İşletme Araştırmaları Dergisi, *6*(2), 91-105.

Choudhry, R. M., Fang, D., & Lingard, H. (2009). Measuring safety climate of a construction company. *Journal of construction Engineering and Management*, *135*(9), 890-899. https://doi.org/10.1061/(ASCE)CO.1943-7862.0000063

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, *16*(3), 297-334. https://doi.org/10.1007/BF02310555

Donovan, T. L., Moore, K. M., & VanDenKerkhof, E. G. (2008). Employee absenteeism based on occupational health visits in an urban tertiary care Canadian hospital. *Public Health Nursing*, *25*(6), 565-575. https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2008.00744.x

Driver, R. W., and C. J. Watson. (1989). Construct validity of voluntary absenteeism. *Journal of Business and Psychology 4* (1): 109–118.

Dubey, K., & Dasgupta, P. (2015). A study on absenteeism & its co-relation with job satisfaction with special reference to ıt sector. *Global Journal of Commerce & Management Perspective*, *4*(3), 23-28.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson. R. E. (2014). Multivariate data analysis: Pearson new ınternational edition (7th ed.). Essex: Pearson Education Limited.

Kristensen, K., Jørn Juhl, H., Eskildsen, J., Nielsen, J., Frederiksen, N., & Bisgaard, C. (2006). Determinants of absenteeism in a large Danish bank. *The International Journal of Human Resource Management*, *17*(9), 1645-1658.

Nunnally, J. C. (1978). Psychometric Theory. New York: McGraw-Hill.

Ramsey, J., Punnett, B. J., & Greenidge, D. (2008). A social psychological account of absenteeism in Barbados. *Human Resource Management Journal*, *18*(2), 97-117.

Robbins, S.P. (2003). Organizational behavior, 10th edn, Upper Saddle River, NJ: PrenticeHall, Inc.

Steers, R. M., and S. R. Rhodes. (1978). Major ınfluences on employee attendance: A process model. *Journal of Applied Psychology 63*(4): 391–407.

Şahin, F. (2011). İşe devamsızlığın nedenleri, sonuçları ve örgütler için önemi. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, *4*(1), 24-39.

Türen, U., Gökmen, Y., Tokmak, İ., & Bekmezci, M. (2014). Güvenlik iklimi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 19*(4), 171-190.

Zohar, D. (1980). Safety climate in industrial organizations: Theoretical and applied implications. *Journal of Applied Psychology, 65*(1), 96–102.

# SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALINDA YÜRÜTÜLEN COVİD-19 KONULU TEZLERİN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ

Gizem Zevde Aydın [1], Pelinsu Buket Doğanyiğit [2], Hasan Fehmi Demirci [3]

***Özet***

*Covid-19 pandemisi gündelik hayatın büyük oranda değişmesine yol açarak milyonlarca kişinin sağlık problemleri yaşamasına ve ölümüne neden olmuştur. Bu çerçevede pandemi döneminde başta sağlık bilimleri olmak üzere yaşamın çeşitli alanlarını konu alan pek çok bilimsel çalışma yapılmış ve yapılmaya devam etmektedir. Çalışma ile, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda 08.06.2022 tarihine kadar gerçekleştirilmiş Covid-19 ile ilgili tezlerin çeşitli bibliyometrik özellikleri açısından incelenmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda belirlenen tarihe kadar Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı (YÖK) Ulusal Tez Arama Merkezi veri tabanından erişilebilen 25 adet tez incelenmiştir. Tezlerin incelenmesinde bibliyometrik analizden faydalanılmıştır. Bu doğrultuda yıllara, üniversitenin türüne, düzeyine, konusuna, yazarların cinsiyetine, çalışma grubuna ve kullanılan yönteme göre tezler incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre tezlerin büyük çoğunluğunu 2021 yılında tamamlanmış yüksek lisans tezleri oluşturmaktadır. Tezlerin %52'si Özel Üniversite; %48'i ise Devlet Üniversitesi bünyesinde gerçekleştirilmiştir. Tez yazarlarının %72'sinin Kadın, %28'inin Erkek olduğu bulunmuştur. Tezlerin %80'inde yalnızca nicel yöntemlerden faydalanılmışken, %20'sinde hem nicel hem de nitel yöntemlerin birlikte kullanıldığı sonucuna ulaşılmıştır.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Bibliyometrik Analiz, Covid-19, Sağlık Yönetimi, Tez*

1 Arş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, gizemzevde.aydin@omu.edu.tr

2 Arş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, pelinsubuket.doganyigit@omu.edu.tr

3 Arş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, hasanfehmi.*demirci*@omu.edu.tr

# BIBLIOMETRIC ANALYSIS OF THESIS ON COVID-19 CONDUCTED IN THE HEALTH MANAGEMENT DEPARTMENT

***Abstract***

*The Covid-19 pandemic has changed daily life drastically, causing millions of people to experience health problems and die. In this context, many scientific studies on various fields of life, especially health sciences, have been made and continue to be made during the pandemic period. This study examines the theses related to Covid-19 carried out in the Department of Health Management until 08.06.2022 regarding various bibliometric features. In this context, 25 theses, accessed from the Council of Higher Education (YÖK) National Thesis Search Center database, have been examined until the determined date. In the examination of theses, bibliometric analysis was used. In this direction, theses were examined according to the years, the type, level, type of the University, the gender of the authors, the study group, and the method used. According to the findings, most of these are master's theses completed in 2021. 52% of these are Private University; 48% was conducted within State University. It was found that 72% of the thesis authors were female, and 28% were male. While only quantitative methods were used in 80% of theses, it was concluded that both quantitative and qualitative methods were used together in 20% of theses.*

***Key Words****: Bibliometric Analysis, Health Management, Covid-19, Thesis*

## 1. Giriş

Son yıllarda tüm dünyayı etkileyen yeni tip koronavirüs hastalığı (Covid-19), ilk kez Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde 2019 yılının Aralık ayında ortaya çıkmış ve hızlı bir şekilde yayılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020). Virüsün yayılma hızı, şiddeti ve virüse karşı gerekli önlemlerin alınması için Covid-19 hastalığı, önemli bir sağlık sorunu olarak görülmüştür. Böylece Dünya Sağlık Örgütü tarafından Covid-19, pandemi (salgın) şeklinde tanımlanmıştır (WHO, 2020).

Covid-19 etkeni olan SARS-CoV-2 virüsünün yayılması; yakın temastaki bireylerin öksürme, hapşırma ve konuşmaya bağlı olarak ortaya saçtıkları damlacıklara diğer kişilerin elleriyle temas etmesi sonucunda ellerini ağız, burun veya göz mukozasına götürmesiyle gerçekleşmektedir (Buran ve Dikmen, 2021). Covid-19'un en yaygın semptomları arasında yüksek ateş, halsizlik/yorgunluk, burun tıkanıklığı, baş ağrısı, tat veya koku kaybı ve kuru öksürük gösterilmektedir (Zhu vd., 2020). Bu belirtilerin ortaya çıkması virüse maruz kaldıktan 2-14 gün arasında değişmektedir. Ayrıca çoğu vakalarda virüsle karşılaştıktan beş gün sonra semptomların gösterildiği belirtilmektedir (Çelik ve Köse, 2020). Koronavirüs ilk çıktığından beri farklı mutasyonlar geçirmiş ve çeşitli varyantları ortaya çıkmıştır.

2020 yılında İngiltere'de Alfa varyantı (B.1.1.7) ve Güney Afrika'da Beta varyantı (B.1.351) saptanmıştır. 2021 yılında Brezilya'da Gama varyantı (P.1/B.1.1.28), Hindistan'da Delta varyantı (B.1.617.2) ve Güney Afrika'da Omicron varyantı (B.1.1.529) bildirilmiştir. Bu varyantların bulaşma hızı ve hastalık şiddetinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Demir, 2022). Bulaşma riskini engellemek amacıyla maske kullanımı, sosyal mesafenin korunması, hasta ve temaslı bireylerin sosyal izolasyonu ve el hijyenine dikkat edilmesi alınan önlemler arasında gösterilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021). Bu dönemde COVID-19 enfeksiyonunu durdurmak için en etkili yöntemlerden birisinin aşı olduğu kabul edilmiştir. Böylece aşı çalışmaları başlamıştır. Aşı araştırmaları sonucunda Pfizer/BioNTech Comirnaty, Moderna (Spikevax), Nuvaxoid (Novavax), Sinovac (coronavac), Vaxzevria (AstraZeneca/AZD1222), Sputnik V ve Johnson & Johnson aşıları Dünya genelinde kullanılmaktadır (Kaya, 2021).

Covid-19 pandemi döneminde, uluslararası ve ulusal çerçevede çeşitli kararlar alınmıştır. Birçok uygulama bu süreçten etkilenmiş ve gündelik hayatın büyük oranda değişmesine yol açmıştır. Bu süreçte Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından hijyen, maske kullanımı, sosyal mesafe ve aşı konusunda bireylere bilgilendirmeler yapılmıştır. Belirli dönemlerde sokağa çıkma kısıtlamasının uygulanması, müze, kütüphane, sinema ve tiyatro etkinliklerinin durdurulması, restoran ve cafelerde paket servis uygulaması, spor faaliyetlerinin iptal edilmesi ve alışveriş merkezlerinin kapatılması vb. gibi tedbirler alınmıştır (İçişleri Bakanlığı, 2020). Ülkede uçuşların kısıtlanması ve durdurulması, evden/esnek/dönüşümlü çalışma ile uzaktan eğitim uygulamaları hayata geçirilmiştir. (Alpago ve Oduncu, 2020). Ayrıca Covid-19, milyonlarca kişinin sağlık problemleri yaşamasına ve ölümüne neden olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün 3 Ağustos 2022 tarihli verilerine göre; Dünya'da 577.018.226 Covid-19 vaka sayısı ve 6.401.046 ölüm meydana gelmiştir (WHO, 2022). Türkiye'de ise ilk Covid-19 vakası 11 Mart 2020'de tespit edilmiş, olup virüse bağlı ilk ölüm 15 Mart 2020'de gerçekleşmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020). Türkiye'de 3 Ağustos 2022 tarihi itibariyle toplam vaka sayısı nın15.889.495, hayatını kaybedenlerin sayısının 99.341 ve iyileşenlerin sayısının 15.487.468 olduğu açıklanmıştır (Total Coronavirus Cases in Turkey, 2022).

Küresel anlamda sağlık tehdidi oluşturan Covid-19 pandemisi; sağlık, eğitim, ekonomi ve sosyal hayatı derinden etkilemiştir. Bu çerçevede pandemi döneminde başta sağlık bilimleri olmak üzere yaşamın çeşitli alanlarını konu alan pek çok bilimsel çalışma yapılmış ve halen de yapılmaya devam etmektedir (Kaya ve Türkmen, 2021; Park vd., 2020). Literatür incelendiğinde; Covid-19 hastalığının özelliğini (Guan vd, 2020; Wang vd., 2020), bulaşma yollarını (Ong vd., 2020; Van Doremalen vd., 2020), risk etkenlerini (Li vd., 2020), klinik sonuçlarını (Chen vd., 2020; Zhou vd., 2020), pandeminin bireylerin üzerinde fiziksel ve psikolojik etkilerini (Lai vd., 2020; Tan vd, 2020), salgından korunma yollarını (Zhu vd., 2020) ve Covid-19 aşısının güvenirliği ve etkinliğini (Fisher vd., 2020; Reiter vd., 2020) ele alan çalışmalar mevcuttur.

Bu kapsamda Türkiye'de Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda yapılan Covid-19 konulu tezlerin bibliyometrik açıdan incelenmesi çalışmanın amacını oluşturmaktadır. Ayrıca gerçekleştirilen bibliyometrik değerlendirmenin, Türkiye'de Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda yapılan tezlerde Covid-19 konusunun ulusal ölçekte ele alınışının ortaya konması hedeflenmektedir. Çalışmanın alan yazınına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## 2. Gereç ve Yöntem

Çalışma ile, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalında 08.06.2022 tarihine kadar gerçekleştirilmiş tezlerin çeşitli bibliyometrik özellikleri açısından incelenmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda belirlenen tarihe kadar Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı (YÖK) Ulusal Tez Arama Merkezi veri tabanından erişilebilen 25 adet tez değerlendirmeye alınmıştır. Araştırma kapsamında aşağıda yer alan 7 soruya yanıt verilmesi amaçlanmıştır.

- ✓ Yıllara göre tezlerin dağılımı
- ✓ Tezin yapıldığı üniversitenin türüne göre tezlerin dağılımı
- ✓ Düzeyine göre tezlerin dağılımı
- ✓ Konusuna göre tezlerin dağılımı
- ✓ Tez yazarlarının cinsiyete göre dağılımı
- ✓ Çalışma grubuna göre tezlerin dağılımı
- ✓ Kullanılan yönteme göre tezlerin dağılımı

Bibliyometri, matematiksel ve istatistiksel yöntemlerin kitaplara ya da iletişim ortamlarına uygulanması olarak ifade edilmektedir (Ak, 2021: 2). Bibliyometrik analiz ise, çalışmaların çeşitli yapılarını sayısal çözümlemeler ve istatistiki yöntemler aracılığı ile incelenmesi anlamına gelmektedir (McBurney ve Novak, 2002; Şahin ve Ocak, 2019). Çalışmanın araştırma yöntemi bibliyometrik analiz olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda 2021-2022 yılları arasında YÖK Ulusal Tez Merkezi'nde kayıtlı ve erişime açık yüksek lisans ve doktora tezleri taranmıştır. Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda yürütülmüş Covid-19 ile ilişkili tezlerin belirlenmesi amacıyla YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanında "covid, pandemi, koronavirüs, salgın, coronavirüs, korona, corona, kovid, SARS" anahtar kelimeleri kullanılarak detaylı tarama yapılmıştır. Tarama sonucunda özetinde ve adında belirlenen anahtar kelimelerin geçtiği 88 adet tez listelenmiştir. YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından gerçekleştirilen tarama sonucunda tekrarlayan, içeriğine erişilemeyen ve Covid-19 ile ilgili olmadığı belirlenen tezler tespit edilmiş ve toplam 25 adet tez analize dahil edilmiştir. Çalışmada tezlere yönelik tanımlayıcı

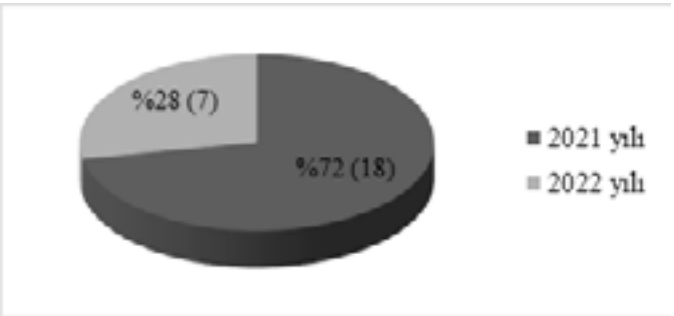
istatistiksel analizler (sayı, yüzde) kullanılmış olup bulgular grafiklerle görselleştirilerek sunulmuştur.

Araştırmanın kısıtlılığı, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda yürütülmüş Covid-19 ile ilgili 25 adet tez kapsamında gerçekleştirilmiş olmasıdır.

## 3. Bulgular

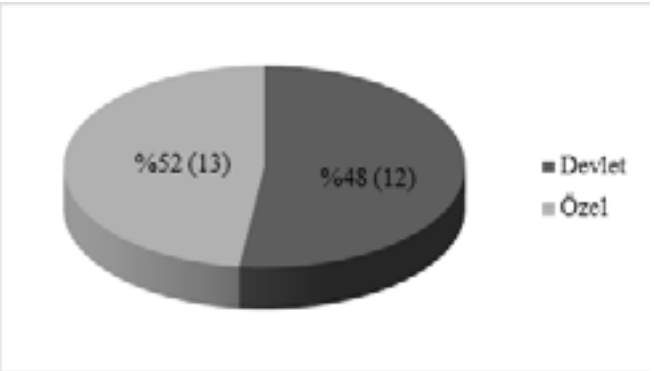
Belirlenen 7 araştırma sorusu kapsamında aşağıda paylaşılan bulgulara ulaşılmıştır.

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda Covid-19 ile ilgili tezlerin yıllara göre dağılımı incelenmiştir. Tezlerin 2021 ve 2022 yılında tamamlandığı görülmektedir. İncelenen 25 adet tezin %72'si (n=18) 2021 yılında ve %28'i (n=7) 2022 yılında tamamlanmıştır.



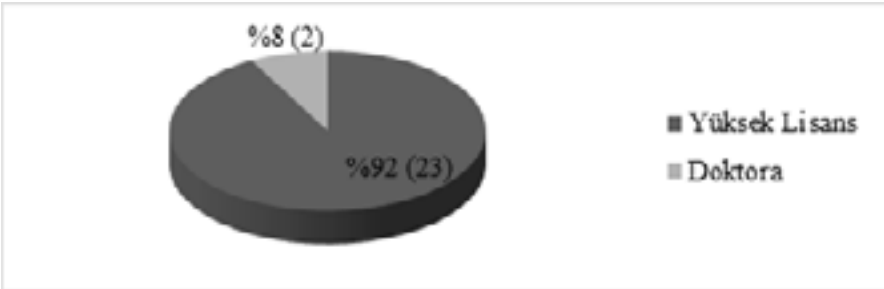

**Grafik 1.** Yıllara Göre Tezlerin Dağılımı

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda Covid-19 ile ilgili tezlerin yapıldığı üniversitelerin türü (Devlet/Özel) incelenmiştir. Bu kapsamda %52'sinin (n=13) Özel Üniversite; %48'inin (n=12) ise Devlet Üniversitesi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.



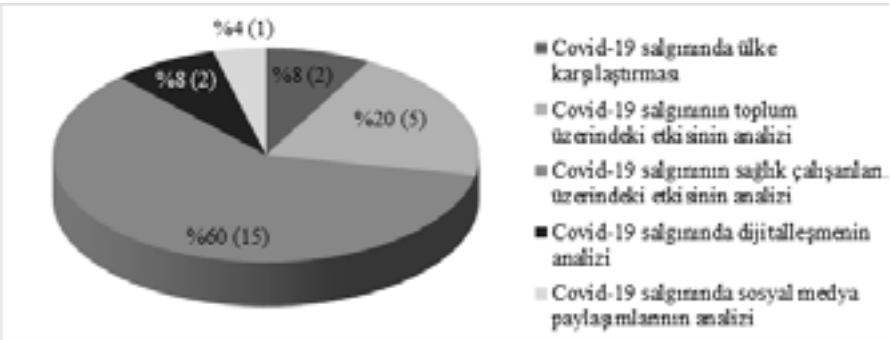

**Grafik 2.** Üniversitenin türüne göre tezlerin dağılımı

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda Covid-19 ile ilgili yapılan tezlerin düzeyi (Yüksek Lisans/Doktora) incelenmiştir. Bu kapsamda incelenen tezlerin %92'sinin (n=23) Yüksek Lisans; %8'inin (n=2) ise Doktora düzeyinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.



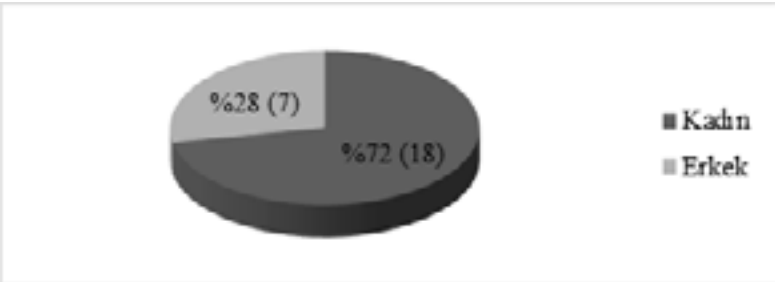

**Grafik 3.** Düzeyine göre tezlerin dağılımı

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda Covid-19 ile ilgili yapılan tezlerin konu dağılımları incelenmiştir. Bu kapsamda incelenen tezlerin %60'ının (n=15) Covid-19 salgınının sağlık çalışanları üzerindeki etkisinin analizi, %20'sinin (n=5) Covid-19 salgınının toplum üzerindeki etkisinin analizi, %8'inin (n=2) Covid-19 salgınında ülke karşılaştırması, %8'inin (n=2) Covid-19 salgınında dijitalleşmenin analizi ve %4'ünün (n=1) Covid-19 salgınında sosyal medya paylaşımlarının analiziyle ilgili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.



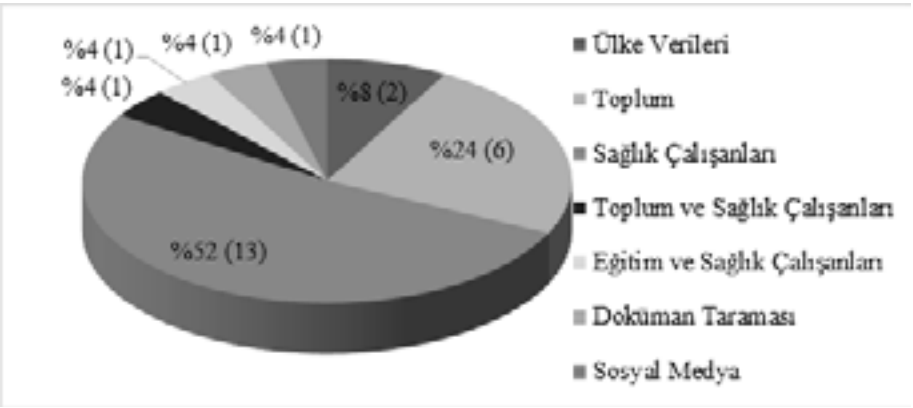

**Grafik 4.** Konusuna göre tezlerin dağılımı

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda Covid-19 ile ilgili yapılan tez yazarlarının cinsiyete göre dağılımları da incelenmiştir. Tez yazarlarının %72'si (n=18) Kadın, %28'i (n=7) ise Erkek'tir.



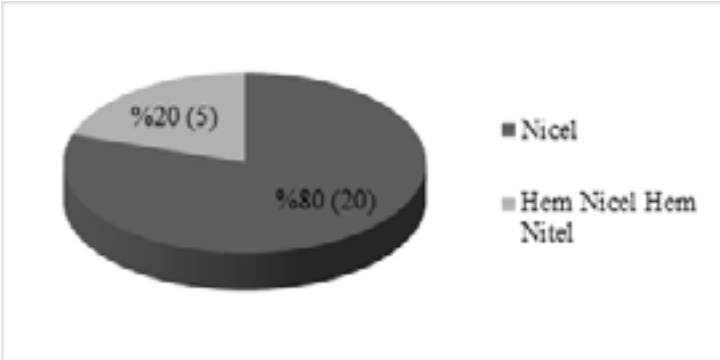

**Grafik 5.** Tez yazarlarının cinsiyete göre dağılımları

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda Covid-19 ile ilgili yapılan tezlerin çalışma gruplarına göre dağılımları incelenmiştir. Tezlerin %52'sinin (n=13) sağlık çalışanları, %24'ünün (n=6) toplum ve %8'inin (n=2) ise ülke verileri ile gerçekleştirildiği görülmektedir. Bunun yanı sıra 1 tez toplum ve sağlık çalışanları, 1 tez de eğitim ve sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirilmiştir. Tezlerden biri doküman taraması yoluyla gerçekleştirilirken; bir diğerinin sosyal medya paylaşımları temel alınarak gerçekleştirildiği görülmektedir. Bulgular Grafik 6'da verilmiştir.




**Grafik 6.** Çalışma grubuna göre tezlerin dağılımı

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda Covid-19 ile ilgili yapılan tezler nicel ve/veya nitel yöntem kullanma durumuna göre incelenmiş olup, bulgular Grafik 7'de sunulmuştur. Tezlerden %80'inde (n=20) nicel yöntemlerin, %20'sinde (n=5) ise hem nicel hem de nitel yöntemlerin birlikte kullanıldığı sonucuna ulaşılmıştır.




**Grafik 7.** Kullanılan yönteme göre tezlerin dağılımı

Araştırma kapsamında incelenen tezlere ilişkin genel bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1.** İncelenen Tezlere İlişkin Genel Bilgiler

| Tezin Adı | Yılı | Düzeyi |
|---|---|---|
| Covid-19 İle Mücadelede Ülkelerin Nispi Performansı: İki Aşamalı Bootsrap Veri Zarflama Analizi | 2022 | Yüksek Lisans |
| Covid-19 Salgınında Ülkelerin Demografik Yapı, Tıbbi Olanaklar ve Ulusal Kararlarının Vaka ve Ölüm Oranları Üzerindeki Etkisi | 2022 | Yüksek Lisans |
| Sağlık Çalışanlarında Covid-19 Kaygısının İşten Ayrılma Niyetine Etkisi | 2022 | Yüksek Lisans |
| Hastane Çalışanlarının Covid-19'a Yönelik Risk Algısı | 2022 | Yüksek Lisans |
| Covid-19 Sürecinde Hemşirelerin Ücretlendirme Politikalarının İş Performansı Üzerinde Etkisi | 2022 | Yüksek Lisans |
| Covid-19 Sürecinde Radyoloji Teknikerlerinin Depresyon, Kaygı ve Stres Düzeylerinin Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Değişkenleri Bakımından İncelenmesi | 2022 | Yüksek Lisans |
| Ebeveynlerin Uzaktan Eğitim Sürecinde Çocuklarının Ekran Önünde Kalma Sürelerine ve Sağlık Durumlarına Dair Kaygıları | 2022 | Yüksek Lisans |
| Covid-19 Salgın Sürecine Yönelik Bireylerin Bilgi ve Memnuniyet Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma | 2021 | Yüksek Lisans |
| Covid-19 Salgını Dolayısıyla Alınan Tedbirlerin 65 Yaş ve Üzerindekilere Etkileri | 2021 | Yüksek Lisans |
| Covid-19 Salgını Sürecinde Yaygınlaşan Uzaktan Çalışma Modelinin Performansa Etkisinde Covid-19'a Yakalanma Korkusunun Ara Değişken Rolü | 2021 | Yüksek Lisans |
| Pandemi Döneminde Sağlık Çalışanlarının Tükenmişliklerinin İş Performanslarına Etkisi | 2021 | Yüksek Lisans |
| Pandemi Sürecinde Sağlık Çalışanlarının Örgütsel Bağlılık Düzeylerinin Değerlendirilmesine Yönelik Bir Çalışma (Tekirdağ İli Bir Kamu Hastanesi Örneği) | 2021 | Yüksek Lisans |
| Edirne İl Merkezindeki Bir Kamu Hastanesinde Hemşirelerin Covid-19'dan Korunma Bilgileri İle İzolasyon Önlemlerine Uyum Ölçeği Değerlerini Etkileyen Kimi Faktörlerin Belirlenmesi | 2021 | Yüksek Lisans |

| | | |
|---|---|---|
| Covid-19 Pandemi Döneminde Sağlık Sektörü ve Eğitim Sektörü Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeylerinin Karşılaştırılması | 2021 | Yüksek Lisans |
| Covid-19 Pandemisi Sürecinde e-Nabız Kullanımı | 2021 | Yüksek Lisans |
| Covid-19 Pandemisinde Hekim ve Hemşirelerde Mobbing ve Tükenmişlik: Tekirdağ'da Bir Üniversite Hastanesi Örneği | 2021 | Yüksek Lisans |
| Covid-19 Pandemisinde Hemşirelerin Ruh Sağlığı: Sistematik Derleme ve Meta Analiz | 2021 | Yüksek Lisans |
| Covid-19 Pandemisinin Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri ve Mesleki Motivasyonları Üzerine Etkisi | 2021 | Yüksek Lisans |
| Covid-19 Sürecinde Hemşirelerde Tükenmişlik ve Kaygının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi | 2021 | Yüksek Lisans |
| Covid-19 Sürecinde Toplumsanallaşma ve Dijital Bağımlılık İlişkisi Üzerine Bir Araştırma | 2021 | Yüksek Lisans |
| Covid-19 Sürecinde Yaşanan Sorunların Sağlık Çalışanlarına Etkileri | 2021 | Yüksek Lisans |
| Pandemi Sürecinde Eczane Çalışanlarının Yaşadıkları İş Stresinin Uyumsal Performans Üzerindeki Etkisinde İş- Aile Çatışmasının Aracılık Rolü | 2021 | Yüksek Lisans |
| Pandemi Sürecinde Hastane Yoğun Bakım Yönetimi ve Organizasyonu Bir Üniversite Hastanesi Örneği | 2021 | Yüksek Lisans |
| Covid-19 İle İlgili Hazırlanan Kamu Spotlarının Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık İletişimi Üzerine Etkisi: Hastalar, Sağlık Çalışanları ve Sağlık Yöneticileri Görüşleri İle Karma Bir Araştırma | 2021 | Doktora |
| Sağlık Kurumlarının Sosyal Ağlarında Duygu Analizi | 2021 | Doktora |

## 4. Tartışma, Sonuç ve Öneriler

Covid-19 salgını ortaya çıktığı günden bu yana sadece sağlık sektörünü değil, eğitim, ticaret, sanayi ve hizmet sektörü gibi birçok alanı ekonomik ve idari anlamda derinden etkilemiştir. Dolayısıyla Türkiye'de ve Dünya'da birçok değişime neden olmuştur. Covid-19 salgını, akademik camianın da ilgisini çekmiş ve azımsanmayacak sayıda bilimsel çalışmaya konu olmuştur. Bu çalışmada da Covid-19 konusunda Türkiye'de Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda yayınlanan lisansüstü tezlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. YÖK Ulusal Tez Merkezi veri tabanından gerçekleştirilen tarama sonucunda ulaşılan tezlerden bazıları; içeriğine erişilememesi, tez adı itibarıyla tekrar etmesi ve tezin Covid-19 ile ilgili olmadığının belirlenmesi gerekçeleriyle çalışma kapsamından çıkarılmış ve toplam 25 adet tez değerlendirmeye alınmıştır. Lisansüstü tezler, yıl, üniversite türü, düzeyi, konusu, yazarların cinsiyeti, çalışma grubu ve kullanılan yöntem olmak üzere 7 farklı duruma göre değerlendirilmiştir.

Araştırmanın bulgularından yola çıkarak yıllara göre tez dağılımına bakıldığında tezlerin büyük bir kısmının (%72) 2021 yılı içerisinde gerçekleştirildiği, az bir kısmının (%28) ise 2022 yılında gerçekleştirildiği görülmektedir. Tezlerin 2021 yılı içerisinde yoğunlaşmasının sebebinin salgının 2020 yılının Mart ayında ülkemizde görülmeye başlanması ve çıktılarının 2021 yılında elde edilmesi olduğu düşünülmektedir.

Üniversite türüne göre tez dağılımına bakıldığında ise neredeyse yarı yarıya bir dağılımın olduğunu söylemek mümkündür. Buna göre, tezlerin %52'sinin vakıf üniversitelerinde, %48'inin ise devlet üniversitelerinde yürütüldüğü görülmektedir. Bu sonuç, hem devlet hem vakıf üniversitelerindeki Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda Covid-19 konusuna eşit düzeyde ilgi duyulduğunu ve tezlere konu edildiğini göstermektedir.

Tezlerin düzeyine göre elde edilen bulgulara bakıldığında; büyük bir çoğunluğunun (%92) yüksek lisans düzeyinde, bir kısmının ise (%8) doktora düzeyinde yazıldığı görülmektedir. Doktora tezlerinin yüksek lisans tezlerine göre kapsam ve nitelik itibarıyla daha gelişmiş ve özgün nitelikte olması beklenmektedir. Bu doğrultuda Covid-19 pandemisinin yakın zamanda ortaya çıkması nedeniyle, nitelikli çıktı elde edebilmek için gerekli sürenin kısıtlı olduğu düşünülmektedir. İlgili nedenlerin bu bulguya ulaşılmasında etkili olduğu varsayılmaktadır. Ayrıca Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimi veren program sayısının doktora program sayısından fazla olmasının bu sonuç üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda doktora düzeyinde gerçekleştirilecek Covid-19 konulu tez sayısının artırılmasının literatüre katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

Konu itibariyle yapılan tezler incelendiğinde; tezlerin %60'ının sağlık çalışanları, %20'sinin ise toplum üzerinde gerçekleştiği görülmektedir. Ayrıca tezlerin %8'i Covid-19 salgınına yönelik ülke karşılaştırmaları ve Covid-19 döneminde dijitalleşme, %4'ü ise Covid-19 döneminde sosyal medya paylaşımları ile ilgilidir. Bununla bağlantılı olarak çalışma grubuna göre tezlerin dağılımına bakıldığında; tezlerin %52'sinde sağlık çalışanları, %24'ünde toplum, %8'inde ise ülke verileri çalışma grubu olarak seçilmiştir. Ayrıca birer adet tezde de toplum ve sağlık çalışanları, eğitim ve sağlık çalışanları, sosyal medya paylaşımları ve dokümanlar çalışma grubu olarak belirlenmiştir. Sağlık çalışanları ile ilgili çok sayıda lisansüstü tezin olmasının ve sağlık çalışanlarının çalışma grubu olarak seçilmesinin en büyük sebebinin, sağlık çalışanlarının ve ailelerinin Covid-19 salgını sürecinde salgından olumsuz anlamda en çok etkilenen gruplardan olması (Karlsson ve Fraenkel, 2020; Kisely vd., 2020) ve salgınla mücadelede ön saflarda yer alması olduğu düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde de Covid-19 döneminde sağlık çalışanları ile ilgili gerçekleştirilen çalışmaların olduğu görülmektedir (Bae vd., 2022; Santana-López, 2022; Bergwerk vd., 2021; El-Hage vd., 2020; Raudenská vd., 2020; Rodriguez ve Sanchez, 2020). Bu bağlamda, Türkiye'de Sağlık Yönetimi alanında yazılan Covid-19 konulu tezlerin konu itibarıyla literatürle paralellik gösterdiği ifade edilebilir. Ancak gelecekte yapılacak olan tezlerde Covid-19'a yönelik konuların zenginleştirilmesinin ve Covid- 19'un çok yönlü olarak ele alınmasının literatüre katkı sağlamak açısından önem arz ettiği düşünülmektedir. Yapılacak tezlerde salgının sağlık yönetiminde ortaya çıkardığı değişimlerin ve salgının ekonomik, politik ve sosyal etkilerinin multidisipliner bakış açısıyla ele alınması öne-

rilebilir. Bunun yanı sıra Covid-19'un insan kaynakları, sağlık turizmi, dijitalleşme ve yönetim tarzları gibi konulara etkisinin değerlendirmeye alınması önerilebilir.

Tezlerin yazarın cinsiyetine göre dağılımına bakıldığında; %72'sinin kadın, %28'inin ise erkek araştırmacılar tarafından yazıldığı görülmektedir. Erkek araştırmacılar tarafından yazılan tez sayısının artırılmasının, Covid-19 ile ilgili yapılan tezlerin zenginleşmesine katkı sağlayabileceği ve farklı bakış açıları sunabileceği düşünülmektedir.

Yöntem itibarıyla tezlerin değerlendirilmesi ile ilgili bulgulara bakıldığında; tezlerin daha çok nicel yöntemler (%80) kullanılarak gerçekleştirildiği, %20'lik bir oranla hem nicel hem nitel yöntemlerin birlikte kullanıldığı görülmektedir. Böyle bir sonuç çıkmasında veri toplama aracı olarak anket yönteminin tercih edilmesinin ve online anket platformlarının veri toplamayı kolaylaştırmasının; nitel araştırmaların ise daha çok yüz yüze ve derinlemesine görüşmelere dayanmasının, zaman alıcı olmasının ve salgın sürecinin yüz yüze ve derinlemesine görüşmelere imkan tanımamasının etkili olduğu düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde Covid-19'a yönelik nicel araştırma yöntemleri (Di Tella, 2020; Li vd., 2020; Suryavanshi, 2020; Xu vd., 2020) ve karma yöntemler (Crowe vd., 2021; Foye vd., 2021; Gray vd., 2021; Rattray vd., 2021) kullanılarak yapılan çalışmalara rastlanmaktadır. Konuyla ilgili yapılacak olan tezlerde nitel araştırma yöntemlerinin de kullanılmasının literatüre ve Covid-19 salgınının değerlendirilmesine olumlu katkı sağlayabileceği düşünülmekte, bu doğrultuda nitel araştırma yöntemlerinin kullanıldığı çalışma sayısının artırılması önerilmektedir.

Çalışmamıza benzer şekilde Türkiye'de Covid-19 ile ilgili tezlerin bibliyometrik analiz kullanılarak incelendiği çalışmalara da rastlanmaktadır. Tekgöz Obuz ve diğerlerinin (2021) yaptıkları çalışmada Covid-19'a yönelik Ocak 2020-Mart 2021 aralığında Türkiye'de yayımlanmış olan tezlerde salgına ilişkin eğilimin tespit edilmesi hedeflenmiştir. Bu kapsamda, 54 tez (yüksek lisans ve uzmanlık tezi) incelenmiş; "hastaneye gelenler-yatanlar"ın en çok çalışılan grup, "huzurevindeki yaşlı bireyler, üst düzey banka yöneticileri" ve "öğretmenler"in en az çalışılan grup olduğu görülmüştür. Tezlerden 42 tanesi devlet, 12 tanesi de vakıf üniversitelerinde yazılmıştır. Anket yönteminin ise en fazla kullanılan veri toplama aracı olduğu görülmüştür. Covid-19 pandemisinin psikolojik etkileri ile ilgili Türkiye'de yapılmış lisansüstü tezlerin değerlendirilmesine yönelik doküman incelemesi çalışmasında YÖK veri tabanında yayınlanan tezler incelenmiştir. Çoğunluğu yüksek lisans olmak üzere 37 lisansüstü tez çalışmaya dahil edilmiştir. Tezlerde çalışma grubu ise çoğunlukla yetişkinlerdir (Bilgin vd., 2021). Türkiye'de Covid-19 döneminde yapılan tez çalışmalarının incelenmesinin amaçlandığı başka bir çalışmada 2020 yılında Türkiye'de yayımlanmış 25 tez çalışması incelenmiştir. Tezlere YÖK'ün "Ulusal Tez Merkezi" veri tabanından "Covid-19", "Korona" ve "Pandemi" anahtar kelimeleri kullanılarak ulaşılmıştır (Sert ve Özdemir, 2020). Bu kapsamda

çalışmamızın, kullanılan yöntemler ve sonuçlar itibariyle literatürdeki diğer çalışmalarla paralellik gösterdiği ifade edilebilir.

Çalışma, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı'nda yazılan tezlerin ulusal çapta bibliyometrik olarak değerlendirilmesine odaklanmaktadır. Covid-19 konulu tezlerin uluslararası kapsamda değerlendirildiği çalışma sayısının artırılmasının ve Covid-19 ile ilgili daha detaylı bibliyometrik değerlendirmelerin gerçekleştirilmesinin karşılaştırma imkanı sunacağı ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## Kaynakça


Ak, M. (2021). *Yönetim ve Örgütsel Davranışta Bibliyometrik Analizler*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Alpago, H., Oduncu, A. D (2020). Koronavirüs ve Sosyoekonomik Sonuçlar. *IBAD Sos Bilim Derg*, 8, 99–114.

Bae, H., Kim, J., Lee, S. H., Lee, J. Y., Lee, J. Y., Park, H. Y., Kim, Y., Kwon, K. T. (2022). Difficulties of healthcare workers encountered under cohort isolation in a psychiatric hospital during the Covid-19 pandemic: A qualitative study. *Psychiatry research,* 313, 114615.

Bergwerk, M., Gonen, T., Lustig, Y., Amit, S., Lipsitch, M., Cohen, C., Mandelboim, M., Levin, E. G., Rubin, C., Indenbaum, V., Tal, I., Zavitan, M., Zuckerman, N., Bar-Chaim, A., Kreiss, Y., Regev-Yochay, G. (2021). Covid-19 Breakthrough Infections in Vaccinated Health Care Workers. *The New England journal of medicine*, 385(16), 1474–1484.

Bilgin, O. Covid-19 Pandemisinin Psikolojik Etkileri: Türkiye'de Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. *Karaelmas Eğitim Bilimleri Dergisi*, 9(2), 276-284.

Buran, D., Dikmen, A. U. (2021), Ülkemizde ve Dünyada Covid-19 Epidemiyolojisi, *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*, 2(2), 48-55.

Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., . . . Zhang, L. (2020). Epidemiological and Clinical Characteristics of 99 Cases of 2019 Novel Coronavirus Pneumonia in Wuhan, China: A Descriptive Study. Lancet, 395(10223), 507-513.

Crowe, S., Howard, A. F., Vanderspank-Wright, B., Gillis, P., McLeod, F., Penner, C., Haljan, G. (2021). The effect of Covid-19 pandemic on the mental health of Canadian critical care nurses providing patient care during the early phase pandemic: A mixed method study. *Intensive & critical care nursing*, 63, 102999.

Çelik, D., Köse, Ş. (2020), Erişkinlerde Covid-19: Klinik bulgular, *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi,* 30(Ek sayı), 43-48.

Demir, M. (2022). Covıd-19 Salgın Seyrinde Sars-Cov-2 Varyantları, Türk Tabipleri Birliği COVID-19 Pandemisi İkinci Yıl Değerlendirme Raporu.

Di Tella, M., Romeo, A., Benfante, A., Castelli, L. (2020). Mental health of healthcare workers during the Covid-19 pandemic in Italy. *Journal of evaluation in clinical practice*, 26(6), 1583–1587.

El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yrondi, A., Brunault, P., Bienvenu, T., Etain, B., Paquet, C., Gohier, B., Bennabi, D., Birmes, P., Sauvaget, A., Fakra, E., Prieto, N., Bulteau, S., Vidailhet, P., Camus, V., Leboyer, M., Krebs, M. O., Aouizerate, B. (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (Covid-19) : quels risques pour leur santé mentale ? [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (Covid-19) pandemic: What are the mental health risks?]. *L'Encephale*, 46(3S), S73–S80.

Fisher, K. A., Bloomstone, S.J., Walder, J., Crawford, S., Fouayzi, H., Mazor, K. M. (2020). Attitudes Toward a Potential SARS-CoV-2 Vaccine: A Survey of U.S. Adults. *Ann. Intern. Med.* 173(12), 964-973.

Foye, U., Dalton-Locke, C., Harju-Seppänen, J., Lane, R., Beames, L., Vera San Juan, N., Johnson, S., Simpson, A. (2021). How has Covid-19 affected mental health nurses and the delivery of mental health nursing care in the UK? Results of a mixed-methods study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 28(2), 126–137.

Gray, K., Dorney, P., Hoffman, L., Crawford, A. (2021). Nurses' pandemic lives: A mixed-methods study of experiences during Covid-19. *Applied nursing research :ANR*, 60, 151437.

Guan, W., Ni, Z., Hu, Y., Liang, W., Ou, C., He, J., . . . Zhong, N. (2020). Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. The New England Journal of Medicine, 382(18), 1708- 1720.

Karlsson, U., Fraenkel, C. J. (2020). Covid-19: risks to healthcare workers and their families. *bmj*, 371.

Kaya, O. (2021). Covid-19 Aşıları. Med J SDU, (Özel sayı 1), 31-35.

Kaya, R. R., Türkmen, İ. (2021). Covid-19 Pandemisi Sürecinde Sağlık Yönetimi İle İlgili Yapılan Araştırmaların Web Of Science Veri Tabanına Dayalı Bibliyometrik Analizi. 4. Uluslararası 14. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi. 352-365. Ekim/ İstanbul.

Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *bmj*, 369.

Lai, L., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., . . . Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Network Open, 3(3), 1-12.

Li, Q., Guan, X., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., . . . Feng, Z. (2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. The New England Journal of Medicine, 382(13), 1199-1207.

Li, Z., Ge, J., Yang, M., Feng, J., Qiao, M., Jiang, R., ..., Yang, C. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in Covid-19 control. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 916-919.

McBurney, M. K., Novak, P. L. (2002). What is bibliometrics and why should you care?. In *Proceedings. IEEE international professional communication conference*, 108-114.

Ong, S. W., Tan, Y. K., Chia, P. Y., Lee, T. H., Ng, O. T., Wong, M. S., Marimuthu, K. (2020). Air, Surface Environmental, and Personal Protective Equipment Contamination by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) From a Symptomatic Patient. JAMA, 323(16), 1610-1612.

Park, M., Cook, A. R., Lim, J. T., Sun, Y., Dickens, B. L. (2020). A Systematic Review of Covid-19 Epidemiology Based on Current Evidence. *J. Clin. Med.* 2020, *9*(4), 1-13.

Rattray, J., McCallum, L., Hull, A., Ramsay, P., Salisbury, L., Scott, T., Cole, S., Miller, J., Dixon, D. (2021). Work-related stress: the impact of Covid-19 on critical care and redeployed nurses: a mixed-methods study. *BMJ open*, *11*(7), e051326.

Raudenská, J., Steinerová, V., Javůrková, A., Urits, I., Kaye, A. D., Viswanath, O., Varrassi, G. (2020). Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (Covid-19) pandemic. *Best practice & research. Clinical anaesthesiology*, 34(3), 553–560.

Reiter, P., Pennell, M., Katz, M. Acceptability of a Covid-19 vaccine among adults in the United States: How many people would get vaccinated? *Vaccine* 2020, *38*, 6500–6507.

Rodríguez, B. O., & Sánchez, T. L. (2020). The Psychosocial Impact of Covid-19 on health care workers. *International braz j urol: official journal of the Brazilian Society of Urology*, 46(suppl.1), 195–200.

Santana-López, B. N., Santana-Padilla, Y. G., Bernat-Adell, M. D., González-Martín, J. M., Santana-Cabrera, L. (2022). The Need for Psychological Support of Health Workers during the Covid-19 Pandemic and the Influence on Their Work. *International journal of environmental research and public health*, 19(15), 8970.

Sert, H., Özdemir, S. Ç. (2020). Türkiye'de Pandemi Döneminde Covid 19 İle İlgili Yapılan Tez Çalışmalarının İncelenmesi. *4. Uluslararası Hemşirelik Ve İnovasyon Kongresi*, 61.

Suryavanshi, N., Kadam, A., Dhumal, G., Nimkar, S., Mave, V., Gupta, A., Cox, S. R., Gupte, N. (2020). Mental health and quality of life among healthcare professionals during the Covid-19 pandemic in India. *Brain and behavior*, 10(11), e01837.

Şahin, T., Ocak, S. (2019). Türkiye›de Sağlık Yönetimi Disiplininde Yürütülen Tezlerin Bibliyometrik Analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, *22*(3), 543-558.

T.C. İçişleri Bakanlığı, (2020). Koronavirüs tedbirleri genelgeleri. Erişim adresi: https://www.icisleri.gov.tr/duyurular (Erişim tarihi: 10.08.2022)

T.C. Sağlık Bakanlığı (2020). Covid-19 (SARS-Cov2 Enfeksiyonu) Rehberi. https://toraks.org.tr/site/sf/nmf/pre_migration/0cd6655ae86e94eec61e88ab75cc757d8eaa1df39ce43d3c871b-3d715afde5b6.pdf. (Erişim Tarihi: 20.07.2022).

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2021). COVID-19 Pandemisinde Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi ve Enfeksiyon Kontrol Önlemleri. Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması. https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/40282/0/covid19saglikkurumlarindacalismarehberiveenfeksiyonkontrolonlemleripdf.pdf. (Erişim Tarihi: 10.082022).

Tan, B. Y., Chew, N. W., Lee, G. K., Jing, M., Goh, Y., Yeo, L. L., . . . Sharma, V. K. (2020). Psychological Impact of the Covid-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. Annals of Internal Medicine, 173(4), 317-320.

Tekgöz Obuz, A., Gencer, N. Babahanoğlu, R. (2021). Covid-19 Pandemisi Konusunda Türkiye'de Yapılan Lisansüstü Tezler Üzerine Bir Değerlendirme. *Selçuk Sağlık Dergisi,* 2(1), 42-64.

Total Coronavirus Cases in Turkey. (2022). https://www.worldometers.info/coronavirus/country/turkey (Erişim Tarihi: 03.08.2022).

Van Doremalen, N., Bushmaker, T., Morris, D. H., Holbrook, M. G., Gamble, A., Williamson, B. N., Munster, V. J. (2020). Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. The New England Journal of Medicine, 382(16), 1564-1567.

Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J., . . . Peng, Z. (2020). Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. The Journal of the American Medical Association (JAMA), 323(11), 1061-1069.

WHO Coronavirus Disease (Covid-19). (2022). Dashboard. https:// covid19.who.int. (Erişim Tarihi: 03.08.2022)

World Health Organization. Geneva: WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on Covid-19. (2020) https://www.who.int/dg/speeches/ detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the mediabriefing-on-Covid-19-11-march-2020. (Erişim Tarihi: 20.07.2022).

Xu, J., Xu, Q. H., Wang, C. M., Wang, J. (2020). Psychological status of surgical staff during the Covid-19 outbreak. *Psychiatry research*, *288*, 112955.

Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., . . . Cao, B. (2020). Clinical Course and Risk Factors for Mortality of Adult Inpatients with Covid-19 in Wuhan, China: A Retrospective Cohort Study. Lancet, 395(10229), 1054-1062.

Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J. (2020). A Novel Coronavirus From Patients With Pneumonia In China, 2019. *New England Journal of Medicine*. 382 (8), 727-733.

# SAĞLIK HİZMETLERİNİN ZAMANA DAYALI PERFORMANSININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hakan Kaçak [1], Şahin Kavuncubaşı [2]

***Özet***

*Hali hazırda yaşadığımız pandemi* süreci, *sağlık hizmet kaynaklarının optimal dağılımının önemini ve kaynak dağılımındaki dengesizlikleri ortaya koymaktadır. Politika yapıcılarının daha iyi kararlar alabilmeleri için hizmet sunum* sürecinde kullanılan *kaynaklar ile bu kaynaklar kullanılarak sunulan hizmet miktarlarının yıllara göre nasıl değiştiğini bilinmesi gerekmektedir. Böylelikle kaynaklar* için tahsisat etkinliği sağlanabilir. Çalışmada Malmquist İndeks yöntemi ile i*llerin 2015 ile 2020 yılları arasındaki sağlık hizmet kaynak kullanımları ve hizmet çıktıları değerlendirilmiştir. Yatak, hekim ve hemşire sayıları araştırmanın girdilerini, muayene, ameliyat ve yatılan gün sayıları ise çıktılarını oluşturmaktadır. 2015-2019 yılları arasında teknik etkinlik değişimi ortalama yaklaşık %3 artmış, teknolojik değişim ortalama %10,7 azalmış ve toplam faktör verimliliği ise ortalama %8,5 gerilemiştir. Söz konusu periyotta 81 ilin 44'ü (%54) teknik etkinliklerini artırırken, 37 (%46) ilde ise teknik etkinliklerinde azalma olmuştur. Teknolojik değişim incelendiğinde ise sadece* üç *il üretim teknolojilerinde pozitif ilerleme sağlayarak etkinlik sınırlarını genişletmişlerdir. 2019 ile 2020 yılları arasında teknik etkinlik değişimi ortalama %5, teknolojik değişim ise ortalama %26,5 azalmış olup, toplam faktör verimliliği de ortalama %30 gerilemiştir. Söz konusu periyotta 22 (%27) il teknik etkinliğini artırmış, 59 (%73) ilin teknik etkinliğinde azalma olmuştur. Hiçbir ilde pozitif teknolojik değişim olmamıştır. Covid-19 pandemisinin başlamasına kadar sağlık hizmet kaynaklarında ve kaynakların ürettiği çıktılarda düzenli artışlar olmuştur. Ancak pandemi nedeniyle, kamu hastanelerinin pandemi hastanelerine dönüştürülmesi nedeniyle zaruri durumlar dışında birçok branşta acil durumlar dışında hasta kabulü durdurulmuştur. Ayrıca pandemi nedeniyle sağlık hizmeti ihtiyacı olmasına rağmen hizmetten kaçınanların da olması kamu hastanelerinin hizmet çıktılarında azalmaya yol açmıştır. Söz konusu durum Malmquist İndeks skoruna %30'luk bir gerileme olarak yansımıştır. Yani mevcut sağlık hizmet kaynakları ile %30 daha az çıktı üretilmiştir. Dikkate edilmesi gereken diğer bir husus ise teknolojik değişim oranındaki gerilemedir. Sağlık hizmet sunucuları yeni tedavi yöntemleri kullanma ya da teknoloji altyapısında iyileştirme*

1 Dr. Öğretim Görevlisi, Ankara Üniversitesi, hkacak@ankara.edu.tr

2 Prof. Dr., Başkent Üniversitesi, sahin@baskent.edu.tr

*sağlama gibi hizmet sunumu ve tedavi etmeyi kolaylaştırıcı yöntemleri daha az kullanmaktadırlar. 2015 ile 2019 yılları arasında yüzde on civarında olan teknolojik değişimdeki gerileme, 2019-2020 yılları arasında dörtte birden (%26,5) daha fazla gerilemiştir. Söz konusu durum ekonomik gelişmeler ve hizmet talebinin baskılanması ile açıklanabilir. Pandemi döneminde İtalya'nın ventilatör ihtiyacının hiçbir Avrupa Birliği ülkesi tarafından karşılanmaması örneğinde olduğu gibi talep şoklarına maruz kalındığında neler yapılabileceğinin daha önceden tasarlanması ve hazırlıklı olunması büyük önem arz etmektedir.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Sağlık politikası, veri zarflama analizi, toplam faktör verimliliği*

## EVALUATION OF THE TIME-BASED PERFORMANCE OF HEALTH SERVICES

***Abstract***

*The pandemics experienced in the last two years revealed the importance of optimal allocation of health care resources and the imbalances in resource allocation. To make better decisions, policy makers need to know volume of services and inputs used to produce these outputs. In this way, scarce resources can be allocated more effectively. Health service resource usage and service outputs of provinces between 2015 and 2020 were evaluated by using Malmquist Index. The number of beds, physicians and nurses include the inputs of the provinces, and output measures comprise the number of outpatient visik (examination), surgery and inpatient days (hospitalization days). Between 2015 and 2019, the technical efficiency change increased by approximately 3% on average, technological change decreased by 10.7% on average, and total factor productivity decreased by 8.5% on average. In the same period, 44 of the 81 provinces (54%) increased their technical efficiency, while there was a decrease in technical efficiency in 37 (46%) provinces. Only three provinces have increased their efficiency limits when technological change is examined by making positive progress in production technologies. Between 2019 and 2020, technical efficiency change decreased by 5% on average, technological change decreased by 26.5% on average, and total factor productivity decreased by 30% on average. In the same period, 22 (27%) provinces increased their technical efficiency, and 59 (73%) provinces decreased their technical efficiency. There has been no positive technological change in any province. Until the onset of the Covid-19 pandemic, there have been regular increases in health care resources and the outputs produced by the resources. The transformation of public hospitals into pandemic hospitals has led to a suspension of patient admissions, except for emergency cases. Some people choose not to use health services even though the pandemic has created an undeniable demand, and this has caused a drop in the number of services*

*provided by public hospitals. This situation was reflected in the Malmquist Index score as a 30% regression. In other words, 30% less output was produced with existing health care resources. Another issue to consider is the decline in the rate of technological change. Health care providers are less likely to use methods that facilitate service delivery and treatment, such as using new treatment methods or improving technology infrastructure. The contraction in technological change, around ten per cent between 2015 and 2019, was more than a quarter (26.5%) between 2019-2020. This situation can be explained by economic developments and the suppression of service demand. It is of great importance to design and be prepared for what can be done in case of demand shocks, as in the example of Italy's ventilator needs not being met by any European Union countries during the pandemic period.*

***Key Words**: Health policy, data envelopment analysis, total factor productivity*

## 1. Giriş

Son yirmi yılda yaşadığımız pandemiler sağlık hizmetlerine tahsis edilen kaynaklarının dengeli dağılımı yanında üretken biçimde değerlendirilmesinin önemini gözler önüne sermektedir. Kaynakların verimli biçimde kullanılması, az kaynakla çok iş yapmaktan ziyade, kaynakların hastaların veya toplumun sağlık düzeyinde maksimum gelişmeyi sağlayacak biçimde kullanılması veya harekete geçirilmesi olarak görülmelidir.Mevcut kaynakların verimli biçimde kullanılması, hizmet maliyetlerinin ve sağlık harcamalarının kontrol altına alınması bakımından son derece önemlidir.

Sağlık alanında verimlilik veya performans değerlendirmelerinin temel amacı, elde edilen sonuçların, planlanan sonuçlara ne derece yaklaştığını ortaya koyarak geleceğe yönelik yönetsel karar ve politikalara ışık tutmaktır. Verimlilik ölçümleri, özellikle kaynak planlaması, kaynakların yeniden tahsisatı konularında rasyonel karar alınmasını sağlar.

## 2. Yöntem

Veri zarflama Analizi, çoklu girdileri çoklu çıktılara dönüştüren ve karar birimi olarak adlandırılan benzer varlıklar kümesinin performans etkinliğini değerlendirmektedir (Cooper, Seiford ve Zhu, 2004). Çoklu girdi ve çıktıyı tek bir birim olarak ölçebilen bir yöntem olarak Veri Zarflama Analizi, kurumsal verimliliği anlamayı kolaylaştırmaktadır.

Malmquist indeks ise karar birimleri ya da örgütlerin zaman içerisindeki etkinlik değişimlerinin ölçmede kullanılan bir faktör verimlilik indeksidir. İndeks, Sten Malmquist (1953) tarafından geliştirilmiş olup Caves, Christensen ve Diewert

(1982) tarafından VZA'ya uyarlanmıştır. Fare, Grosskopf, Lindgren ve Roos (1989) tarafından indekste bazı değişiklikler yapılarak indeks teknik etkinlik ve teknolojik değişimin ölçülebileceği bir yapıya evirilmiştir.

Malmquist indeksin diğer toplam faktör indekslerine göre üstünlüğü girdi ve çıktı fiyatlarına veya teknolojik ve davranışsal varsayımlara ihtiyaç duymamasıdır. Bu da Malmquist indeksi, genellikle çıktı fiyatlarının mevcut olmadığı kamu sektöründe verimlik değişimlerinin analizi için uygun bir araç olarak öne çıkarmaktadır (Rowena, Peter C. ve Andrew, 2006).

Malmquist İndeks matematiksel olarak şu şekilde ifade edilebilir (Ramanathan, 2003):

$$M^{t+1}(x^{t+1}, y^{t+1}, x^t, y^t) = \frac{d_0^{t+1}(x^{t+1}, y^{t+1})}{d_0^t(x^t, y^t)} \; x \left[ \frac{d_0^t(x^{t+1}, y^{t+1})}{d_0^{t+1}(x^{t+1}, y^{t+1})} \; x \; \frac{d_0^t(x^t, y^t)}{d_0^{t+1}(x^t, x^t)} \right]^{1/2}$$

veya

Malmquist İndeks= Etkinlik Değişimi x Teknolojik Değişim

$$Teknolojik\ Değişim = \left[ \frac{d_0^t(x^{t+1}, y^{t+1})}{d_0^{t+1}(x^{t+1}, y^{t+1})} \; x \; \frac{d_0^t(x^t, y^t)}{d_0^{t+1}(x^t, x^t)} \right]^{1/2}$$

$$Etkinlik\ Değişimi = \frac{d_0^{t+1}(x^{t+1}, y^{t+1})}{d_0^t(x^t, y^t)}$$

İndeks, bileşenleri açısından incelediğinde: Etkinlik değişimi, iki periyot arasında karar birimlerinin etkinlik sınırına ulaşma derecesini; Teknolojik değişim, etkin sınırın kayarak yer değiştirmesini göstermektedir (Chowdhury, Wodchis ve Laporte, 2011). Tekjnik Etkinlik Değişimi (TED), Teknolojik Değişim (TD) ve Malmquist İndeks (MI) değerleri benzer şekilde yorumlanır. Değer 1'den büyük ise ilerleme, 1'den küçük ise gerileme ve 1'e eşit ise durağanlık söz konusudur. Malmquist indeks bileşenlere ayırmak etkinlik değişimlerinin yorumlanmasında ve anlaşılmasında kolaylıklar sağlamaktadır.

## 3. Uygulama

81 il araştırma kapsamında olup, söz konusu illeri 2015, 2019 ve 2020 yıllarına ait seçili girdi ve çıktıları analiz edilerek illerin pandemi öncesi ve sonrası girdi – çıktı kompozisyonu ile Toplam Faktör Verimlilikleri (TFV) ortaya konmuştur. Araştırma için ilgili yıllara ait Sağlık Bakanlığının Sağlık İstatistik Yıllıkları kullanılmıştır. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015 2019 2020).

Araştırma kapsamında değerlendirilen girdi ve çıktı değişkenleri şu şekildedir:

| *Girdi Değişkenleri* | *Çıktı Değişkenleri* |
|---|---|
| *Yatak Sayısı* | *Poliklinik Sayısı* |
| *Hekim Sayısı* | *Hasta Günü Sayısı* |
| *Hemşire Sayısı* | *Ameliyat Sayısı** |

*Ameliyat sayısı hesaplanırken büyük, orta ve küçük ameliyatlar sırası ile 1, 3 ve 7 ile bölünerek toplamlar alınmış ve ağırlıklı ameliyat sayıları bulunmuştur.*

Tüm dönemler için girdi ve çıktı değişkenlerine ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 1'de sunulmaktadır.

**Tablo 1.** Tanımlayıcı İstatistikler (N=81)

| Değişkenler | Yıl | Ortalama | Maks | Min | Std.Sapma |
|---|---|---|---|---|---|
| Yatak Sayısı | 2015 | 2.626 | 34.089 | 183 | 4.397 |
| Hekim Sayısı | | 1.742 | 28.797 | 107 | 3.772 |
| Hemşire Sayısı | | 1.886 | 24.720 | 163 | 3.228 |
| Muayene Sayısı | | 5.499.218 | 80.026.547 | 340.084 | 9.861.470 |
| Yatılan Gün Sayısı | | 657.238 | 8.159.884 | 37.691 | 1.087.492 |
| Ameliyat Sayısı | | 58.882 | 872.039 | 2.886 | 111.992 |
| Yatak Sayısı | 2019 | 2.932 | 40.697 | 150 | 5.139 |
| Hekim Sayısı | | 1.985 | 34.888 | 127 | 4.413 |
| Hemşire Sayısı | | 2.446 | 35.067 | 206 | 4.404 |
| Muayene Sayısı | | 6.466.688 | 98.993.213 | 364.279 | 12.074.612 |
| Yatılan Gün Sayısı | | 709.896 | 9.071.851 | 23.182 | 1.181.003 |
| Ameliyat Sayısı | | 64.467 | 993.311 | 1.268 | 125.944 |
| Yatak Sayısı | 2020 | 3.101 | 46.382 | 150 | 5.698 |
| Hekim Sayısı | | 2.114 | 38.175 | 141 | 4.804 |
| Hemşire Sayısı | | 2.806 | 42.174 | 224 | 5.250 |
| Muayene Sayısı | | 4.285.694 | 70.620.698 | 199.398 | 8.436.393 |
| Yatılan Gün Sayısı | | 594.672 | 8.387.645 | 15.294 | 1.060.052 |
| Ameliyat Sayısı | | 45.953 | 734.688 | 666 | 92.278 |

## 4. Bulgular

2015 ve 2019 yılları arasında illerin ortalama TFV'leri yaklaşık %8,5 gerilemiştir. Söz konusu periyotta TED %3 artarken TD yaklaşık %11 gerilemiş ve TFV üzerinde negatif etkisi olmuştur.

2019 ve 2020 yılları arasında TFV ortama %30 gerilemiştir. Söz konusu gerilemeyi ortaya çıkaran ise TED ve TD'nin sırasıyla %5 ve %26,5 gerilemesidir. Her iki

periyotta da en yüksek gerileme TD'de olmuştur. TD'deki bu gerilemenin sağlık harcamalarındaki gerileme ile birlikte olması döviz paritesindeki değişimin genellikle döviz kuru cinsinden fiyatlanan yeni teknolojilerin kullanımı azaltması ya da engellemesi nedeniyle olduğu söylenebilir (Grafik 1). 2019 ve 2020 yıllarındaki gerileme ise kur şoklarının yanı sıra pandemi nedeniyle hastanelerin çoğunun pandemi hastanesi olması zorunlu sebepler dışında Covid-19 dışındaki vakaların kabul edilmemesi ve vatandaşların da pandemi nedeni ile sağlık hizmetlerinden kaçınmasından kaynaklandığı söylenebilir.

**Tablo 2.** Tanımlayıcı İstatistikler (N=81)

| Tanımlayıcı İstatistikler | 2015=>2019 | | | 2019=>2020 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | TED | TD | TFV | TED | TD | TFV |
| Average | 1,029 | 0,893 | 0,915 | 0,951 | 0,735 | 0,699 |
| Max | 1,487 | 1,025 | 1,186 | 1,191 | 0,896 | 0,896 |
| Min | 0,699 | 0,710 | 0,697 | 0,710 | 0,637 | 0,520 |
| SD | 0,136 | 0,053 | 0,102 | 0,088 | 0,047 | 0,070 |

2015 – 2019 periyotunda illerin 44'ü (%54) teknik etkiliğini artırırken 37'sinde (%46) gerileme olmuştur. Aynı periyotta sadece 3 il (%4) TD'de ilerleme sağlamıştır. Bu unsurların bileşim olarak TFV 16 ilde (%20) artmış ve 65 ilde (%80) gerilemiştir.

**Tablo 3.** Teknik Etkinlik Değişimi-Teknolojik Değişim ve Toplam Faktör Verimliliği Dağılımı

| Malmquist İndeks | 2015=>2019 | | | | | | 2019=>2020 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | TED | | TD | | TFV | | TED | | TD | | TFV | |
| MI>1 | 44 | 54% | 3 | 4% | 16 | 20% | 22 | 27% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| MI<1 | 37 | 46% | 78 | 96% | 65 | 80% | 59 | 73% | 81 | 100% | 81 | 100% |

2019 – 2020 periyotunda sadece 22 il (%27) teknik etkinliğini artırmış ve 59 ilde (%73) ise gerileme olmuştur. Söz konusu periyotta illerin hepsinin TD ve TFV'lerinde gerileme olmuştur. Yatak sayısı %6, hekim sayısı %6 ve hemşire sayısı %15 artarken muayene sayısı %34, yatışan gün sayısı %16 ve ameliyat sayısı %29 azalmıştır. Diğer bir deyişle tüm girdi değişkenlerinde artış meydana gelmiş ancak söz konusu artışın çıktı seviyesinde de bir artışa yol açması gerekirken, aksine azalış olmuştur.

**Grafik 1.** 2005 – 2020 yılları Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon dolar)

Kaynak: TUİK 2021 verileri üzerinden tarafından yazarlar oluşturulmuştur.

## 5. Tartışma ve Sonuç

Sağlık harcamaları, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) ile birlikte artmakta hatta genellikle artış oranları GSYİH'daki artıştan yüksek olmaktadır (Wang, 2015). Bu nedenle sağlık hizmetlerinde genişletici politikaların uygulanabilirlik ve sürdürülebilirliğinin açık bir şekilde ortaya konması gerekmektedir. Bir sağlık hizmet finansman yöntemi olan *Tıbbi Tasarruf Hesaplarının* mimarlarından olan Singapur Başbakanı Yew (Barr, 2001) *"Sağlık ve sosyal yardımlar afyon gibidir; vatandaşlar alıştığında bu hizmetleri geri çekmek çok sancılı olur"* derken söz konusu duruma vurgu yapmaktadır.

Çalışmada da görüldüğü üzere sağlık harcamaları döviz bazında yaklaşık %10 azalmıştır (Grafik 1). 2019 – 2020 yılları arasında pandeminin de etkisi ile çıktı seviyelerinde de ciddi azalmalar olmuş ve böylece Toplam Faktör Verimliliği %30 azalmıştır (Tablo 2). Söz konusu azalış 2015 – 2020 yılları arasında ise %35 olarak hesaplanmıştır.

Dünya sağlık sistemleri olağanüstü bir dönemden geçmekte ve pandeminin etkilerine karşı sert bir şekilde test edilmektedirler. Ülkemiz ve diğer sağlık sistemleri politika yapıcıları için herkesin ulaşabildiği, sürdürülebilir bir sistemlerinin tasarımı ve hayata geçirilmesi elzemdir.

## Kaynakça


Barr, M. D. (2001). Medical Savings Accounts in Singapore: A Critical Inquiry. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, *26*(4), 709–726. doi:10.1215/03616878-26-4-709

Caves, D. W., Christensen, L. R. ve Diewert, W. E. (1982). The Economic Theory of Index Numbers and the Measurement of Input, Output, and Productivity. *Econometrica*, *50*(6), 1393. doi:10.2307/1913388

Chowdhury, H., Wodchis, W. ve Laporte, A. (2011). Efficiency and technological change in health care services in Ontario: An application of Malmquist Productivity Index with bootstrapping. *International Journal of Productivity and Performance Management*, *60*(7), 721–745. doi:10.1108/17410401111167807

Cooper, W. W., Seiford, L. M. ve Zhu, J. (2004). *Handbook On Data Envelopment Analysis*. Boston: Kluwer Academic Publishers.

Fare, R., Grosskopf, S., Lindgren, B. ve Roos, P. (1989). *Productivity Developments in Swedish Hospitals: A Malmquist Output Index Approach*. Carbondale.

Malmquist, S. (1953). Index numbers and indifference surfaces. *Trabajos de Estadistica*, *4*(2), 209–242. doi:10.1007/BF03006863

Ramanathan, R. (2003). *An Introduction to Data Envelopment Analysis-A Tool for Performance Measurement*. New Delhi: SAGE Publications.

Rowena, J., Peter C., S. ve Andrew, S. (2006). *Measuring Efficiency in Health Care Analytic Techniques and Health Policy*. *Cambridge University Press*. New York: Cambridge University Press.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

TUİK. (2021). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2020*. 25.09.2022 tarihinde erşim sağlandı.

https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2020-37192

Wang, F. (2015). More Health Expenditure, Better Economic Performance? Empirical Evidence From OECD Countries. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, *52*(1), 004695801560266. doi:10.1177/0046958015602666

# SAĞLIK PERSONELİNİN BİLGİ GÜVENLİĞİ KONUSUNDA BİLİNÇ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ

Ferhat Baş [1]

***Özet***

*Bilgi güvenliği dünya genelinde öncelikli ve derinlikli bir konu haline gelmiştir. Bilgi güvenliğinin, hasta güvenliği için kritik öneme sahip olmasına rağmen yeterince dikkate alınmamıştır. Bilgi güvenliğinin sağlanabilmesi amacıyla yeni mevzuat ve düzenlemeler mevcuttur ancak bütünsel bir çözümün parçası olarak insan davranışında, teknolojide ve süreçlerde değişiklikler gereklidir. Sağlık kuruluşları, zengin ve değerli veri kaynağı olması nedeniyle siber suçlar için cezbedicidir. Siber güvenlik ihlalleri, sağlık bilgilerinin çalınmasını ve hastanelere yönelik fidye yazılımı saldırılarını içerir. İhlaller hasta güvenini azaltabilir, sağlık sistemlerini sakatlayabilir ve insan hayatını tehdit edebilir. Bu çalışmanın amacı bilgi güvenliği konusunda sağlık personelinin görüşleri doğrultusunda bilgi yönetim sistemi kullanımındaki eksiklikleri tespit edebilmektir. Çalışmada kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak veriler anket yoluyla toplanmıştır. Çalışmada sağlık personeli çalıştıkları bölüm açısından idari ve tıbbi birim olarak ayrılmış ve birimler arasında görüş farklılıkları irdelenmiştir. Çalışma sonucunda; çalışanların %25'inin bilgi güvenliğine yeterli önemi vermediği ve gerekli özenin göstermediği, bilgi yönetim sistemi eğitiminin süresinin ve içeriğinin yetersiz olduğunu görülmüştür. Sağlık kuruluşlarınca kayıt altına alınan verilerin saklanması ve veri kaybının yaşanmaması için özellikle tıbbi birim çalışanlarına uygun süre ve içerikte eğitilmesi gerekmektedir*.

***Anahtar Kelimeler:*** *Bilgi Güvenliği, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, Sağlık Personeli*

1 Phd, Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, sidmaa@gmail.com

# MEASURING THE KNOWLEDGE LEVEL OF HEALTH PERSONNEL ON INFORMATION SECURITY

***Abstract***

*Information security has become a priority and in-depth issue around the world. Although information security is critical for patient safety, it has not been sufficiently taken into account. There are new legislation and regulations to ensure information security, but changes in human behavior, technology and processes are required as part of a holistic solution. Healthcare organizations are tempting for cybercrime as they are a rich and valuable source of data. Cybersecurity breaches include theft of health information and ransomware attacks on hospitals. Violations can reduce patient confidence, cripple healthcare systems, and threaten human life. The aim of this study is to determine the deficiencies in the use of information management system in line with the opinions of health personnel on information security. In the study, data were collected through a questionnaire using convenience sampling method. In the study, health personnel were divided into administrative and medical units in terms of the department they work in, and the differences of opinion between the units were examined. In the results of working; It has been observed that 25% of the employees do not give sufficient importance to information security and do not show the necessary care, and the duration and content of the information management system training is insufficient. In order to keep the data recorded by health institutions and to prevent data loss, it is necessary to train the medical unit employees in a suitable time and content.*

***Key Words:*** *Information Security, Hospital İnformation Management System, Healthcare Personnel*

## 1. Giriş

Elektronik sağlık teknolojisi dünya çapında yaygınlaşmakta ve boyutu her geçen gün artmaktadır (Koçel, 2010). Elektronik sağlık kayıtlarının (ESK) bir parçası olduğu sağlık teknolojileri insanların yaşam kalitesini artırma ve idame ettirebilme potansiyeline sahiptir (Dimiter, 2016). ESK kolay taşınabilirliği, sağlık uzmanlarının geçmiş kayıtlara kolay oluşabilirliği ve ilaç ve alerji bilgililerinin kayıt altına alınmasıyla tıbbi hata riskinin azaltabilmesi önemli avantajlarıdır. Doğru, ve güncel ESK hasta bakımını iyileştirebilir (Shenoy & Appel, 2017).

Kurumlar; bilginin üretildiği, işlendiği ve saklandığı her durumda bilgi güvenliğini sağlamak için gerekli fiziksel ve teknik önlemleri almak zorundadır. Fiziksel güvenlik önlemleri arasında; iş istasyonu kullanımı ve güvenliği, cihaz ve ortam kontrolleri ve tesis erişim kontrolleri yer alır. Teknik güvenlik önlemleri arasında

benzersiz bir kullanıcı kimlik numarası, acil erişim prosedürü, otomatik oturum kapatma, şifreleme ve şifre çözme bulunur. Ancak, siber suçlular bu güvenlik önlemlerini ihlal etmenin yollarını bulmaktadır. Siber güvenlik ihlalleri, sağlık bilgilerinin çalınmasına ve hastanelere yönelik siber saldırılar maruz kalmasına neden olmaktadır (Coventry & Branley, 2018). İhlaller, bilgisayar korsanlığı, kötü amaçlı yazılım ve içeriden gelen tehditlerden kaynaklanır (Williams & Woodward, 2015; Coventry & Branley, 2018).

Elektronik sağlık kayıtlarına ve birbirine bağlı cihazlara hızlı geçiş, siber güvenliğe tarihsel ve sürekli yatırım eksikliği ve sağlık personelinin güvenlik geçici çözüm davranışlarının anlaşılmaması, sağlık sektörünü saldırılara karşı savunmasız bırakmaktadır (Coventry & Branley, 2018; Kruse, vd., 2017).

Siber güvenlik ihlalleri, sağlık bilgilerinin çalınmasına ve hastanelere yönelik yazılımsal saldırılar maruz kalmasına neden olmaktadır. İhlaller, hasta güvenliğini azaltabilir ve sağlık sistemlerini tehdit edebilir bu nedenle hasta güvenliği için kritik öneme sahiptir ve bilgi güvenliği hasta güvenliğinin ayrılmaz bir parçasıdır (Coventry & Branley, 2018).

Sağlık kayıtları zengin ve değerli veri kaynaklarıdır. Sağlık verileri hassas kişisel ve finansal bilgiler içerdiğinden sağlık sektörü siber suçlular için çekici bir hedeftir. Sağlık kuruluşlarında tutulan kayıtların dijitalleşme oranına bağlı olarak endişeler de artmaktadır (Arndt, 2018). Aynı zamanda, hassas sağlık bilgilerinin toplu olarak saklanması ve kolayca iletilmesi, hem hastalar hem de doktorları için gizlilikle ilgili önemli etik kaygılar doğurmaktadır. (Shenoy & Appel, 2017).

Ponemon Enstitüsü tarafından yayınlanan rapor bu endişelerin haklılığını ortaya koymaktadır. Raporda, şu anda en çok hedeflenen sektörlerden birinin sağlık sektörü olduğu ve artan tıbbi kimlik hırsızlığına vurgu yapılmaktadır (Ponemon Institute, 2016). Fidye yazılımları sayesinde bilgisayar korsanları hasta kayıtlarına erişimi engellemekte, radyolojik görüntüleme ve hastalar için riski artıran diğer sistemleri kapatmaktadır. Ponemon Enstitüsü'nün 500'den fazla sağlık kuruluşuyla yaptığı anket sonucunda; fidye yazılıma maruz kaldıklarını belirten sağlık kuruluşlarının %5'i fidye yazılımlar nedeniyle ölümlerde artış olduğunu ve fidye yazılıma maruziyetin yatan hastaların %70'ninde yatış sürelerinde uzamaya neden olduğunu belirtmişlerdir. Aynı raporda Covid-19 sonucunda pandemi öncesi günlere göre hafif bir artış olduğu belirtilmektedir (Ponemon Institute, 2020).

Siber Güvenlik ve Altyapı Güvenliği Ajansı (CISA, 2021) pandemi sırasında yoğun bakım ünitesi yatakları dolduktan sonra kaynakları paylaştırmak zorunda kalan devletlerde "kriz bakım standartlarına" ulaşan hastaneler arasında siber güvenlik ihlalleri ile can kaybı arasında rahatsız edici bir ilişki olduğunu belirtmiştir. CISA'nın raporu, "doğrudan hastane siber saldırılarına atfedilen" herhangi bir ölüm olmadığını belirtse de, analizler, fidye yazılımı saldırılarının "COVID-19

pandemisi sırasında aşırı ölümlerde ölçülebilen kötüleşen sağlık sonuçlarına" yol açtığını göstermektedir. Koronavirüs pandemisi sırasında, bir sağlık sisteminin elektronik sağlık kayıtlarına erişme yeteneğini bozan siber saldırılar, hastanenin yükünü artırarak ambulansın daha fazla saptırılmasına ve ölüm oranlarının artmasına neden olmuştur. Saldırılar aynı zamanda uzun süreli hasta bakımını da zorlaştırıyor çünkü hastane personeli "hastanın sağlık geçmişini takip etmek için daha fazla zaman" harcamak zorunda kalmaktadır. Sağlık kayıtlarının çalınmasında en güçlü motivasyon maddi kazançtır. Sağlık verileri, diğer tüm verilerden önemli ölçüde daha değerlidir. Tam bir tıbbi kimlik bilgisi setinin değeri 1000 doların üzerinde olabilir (Kruse, vd., 2017).

Sağlık kayıtlarında ihlallerinin yarısından fazlası kuruluşun içinden gelmektedir (Coventry & Branley, 2018). Saldırganlar en zayıf unsur olan insan kaynağını kullanarak güvenlik duvarını aşabilmektedir. Bu döngüde en fazla önem gösterilmesi gerekilen unsur insan kaynağıdır. Bilgisayar yazılım ve donanımlarından ziyade insan kaynaklı açıkların değerlendirilmesi için uygun yöntemlerin tasarlanması gerekmektedir (Barrentt, 2003).

## 2. Bilgi Güvenliği

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de bilgi teknolojilerinin kullanımı her geçen gün artmaktadır (Internet World Stats, 2020). Günümüzde kurum ve kuruluşlar verimliliği artırmak, bilgiye erişimi kolaylaştırmak ve bilgiyi kullanıma hazır bulundurmak için kayıt tutmaktadır (Baran & Şener, 2019). Ancak tutulan kayıtların işlenmesi kadar, bilginin edinilmesi ve bilginin güveliğinin sağlanması gerekmektedir (Kuusisto, vd., 2003). Geleneksel arşivlemede kayıtlar kâğıt dosyalarda korunur ve ancak fiziksel olarak ihlal edilebilir (Arndt, 2018) ve bu ihlaller fiziksel evraklara erişebilen hastane personeli ile sınırlıyken (Coventry & Branley, 2018) günümüzde bu bilgiler elektronik ve çok sayıda ağda mevcut olduğundan, milyonlarca insanı etkileme potansiyeline sahiptir (Arndt, 2018). Yine de elektronik kayıtların personel erişimini takip etme yeteneği sayesinde kâğıt kayıtlara göre önemli bir gizlilik avantajı vardır (Coventry & Branley, 2018).

Bilgi güvenliği, verilerden elde edilen bilgilerin bütünlüğü bozulmadan, yetkisiz erişimlerden korunması amacıyla bilginin işlenmesini sağlayan sistemin oluşturulması çabalarının bütünüdür (Canberk & Sağıroğlu, 2006), insan faktörü, teknoloji ve eğitim unsurları birlikte yönetilmesi gereken bir süreçtir (Vural, 2007). Kurumsal bilgi varlığının güvenliği sağlamadıkça kişisel güvenlik sağlanamaz (Vural & Sağıroğlu, 2008). Kurum ve kuruluşlar bilgi güvenliğini sağlamak amacıyla bilgi güvenliği politikaları geliştirmekte ve bilgi güvenlik sistemi kurulumunu yaygınlaştırmaktadır (Canbek & Sağıroğlu, 2007).

Bilgi güvenliğinin sağlanması için; faaliyetlerin sorgulanması, erişimlerin kontrolü, değişimlerin kayıt altına alınması ve silme işleminin sınırlandırılması

şeklinde uygun güvenlik politikaları belirlenmeli ve uygulanmalıdır (Canberk & Sağıroğlu, 2006). Bilgi güvenliği yönetimi (Türkiye Bilişim Derneği, 2005);

- Etkin bir risk yönetimiyle kurumun prestijini korur.
- Faaliyetlerin kesintisiz devamlılığını sağlar.
- Bilgi kaynaklarına erişimde tam denetimi sağlar.
- Bilgilerin bütünlüğünü, güvenilirliğini ve güvenliğini sağlar.
- Tüm paydaşların bilgi güvenliği bilinç düzeyini yükseltir.
- Elde edilen bilgilerin kötü amaçlı kullanımını engeller.
- Bilgilerin üçüncü tarafa ve denetçilere güvenli bir şekilde iletimini sağlar.
- Yazılım, donanım ve personel üçgeninde meydana gelebilecek arızalara ve suistimallere karşı korur.

### 2.1. Bilgi Güvenliğinde İnsan Faktörü

Günümüzde bilginin, gizlilik, bütünlük ve erişilebilirlik nitelikleri bakımından sürekli olarak korunması gerekmektedir. Koruma birtakım fiziksel ve sistemsel önlemlerin yanında, bireylerin bilgi güvenliğine ilişkin tehdit ve risklerden haberdar olması, kurum bilgi ve güvenlik politikalarının çalışanlar tarafından biliniyor olması, olası risklerin mümkün olabilecek en düşük düzeyde nasıl tutulabileceği konusunda çalışanların bilgilendirilmesi ile mümkün olabilir. Bilgiyi korumaya yönelik ilk girişimlerden bu yana güvenlik zincirlerindeki en zayıf halka her zaman ilgili kişiler olmuştur. Sistemler kendilerini akıllı şifrelerle koruyabildiği düşünülürken bu önlemlerin insan unsuruna karşı savunmasız olduğu görülmüştür. Yaratıcı ve güvenli mekanizmalar tasarlamadaki tüm zekâmıza rağmen, kullanıcılar dikkat etmezse bunlar önemsiz bir şekilde ihlal edilebilir. Bunu önlemek için bilgisayarlardan ziyade insanların güvenliğini değerlendirmek için uygun metodolojiler tasarlamak gerekmektedir. Kişisel güvenlik duvarları, ana bilgisayar tabanlı saldırıları tespit ve önleme sistemleri, iş istasyonu kontrol yazılımı, dosya bütünlüğü kontrolleri ve yama yönetim sistemleri gibi güvenlik çözümleri bilgi yönetim sistemlerinin en zayıf halkası olarak görülen iş istasyonlarının güvenliği amaçlı geliştirilmiştir. İş istasyonları doğal olarak hem bir kuruluşun bilgilerinin çıkış noktası hem de bilgi teknolojileri varlıklarına erişmek için en meşru ağ bileşeni olması kararlı bir saldırgan için kullanılan teknolojinin yapısı, kullanıcıların kullanım kalıpları ve prosedürleri hakkında istihbarat toplama noktası haline getirmektedir. Ancak bu sistemler insanlar kapsamlı bir güvenlik stratejisine dahil edilmezler ise hiçbir teknolojik alet tek başına en zayıf halkayı güçlendiremez (Arce, 2003).

Araştırmalar bir kurumun hassas bilgilerini korumaya almada, teknik olmayan sorunların da teknik olanlar kadar önemli olduğunu göstermiştir. Teknik çözümler bilgiyi sadece belli bir yere kadar korur ve bu nedenle güvenliğin insani yönü, tartışılacak büyük bir odak haline gelir (Gebrasilase & Lessa, 2011).

Kullanıcı güvenliği eğitimi bir kuruluşun bilgi güvenliği duruşunun en önemli yönlerinden biridir. Bilgi güvenliği anlayışının neredeyse kullanıcının kendi kendini imha eden bir yönü vardır. Kullanıcılar, internet birimleri ve elektronik posta benzeri diğer kullanıcılarla elektronik etkileşimi kurumsal ağlara açık bir arka kapı oluşturur. Ama bilgisayar ve ağ tabanlı güvenlik uygulamalarının kullanışı kötü niyetli faaliyetlere karşı bir miktar hafifleme sağlayabilirken, kullanıcı davranışlarının neden olduğu tehdidi azaltabilecek bir statik teknik savunma önlemi yoktur (Dodge, vd., 2007). Bilgi güvenliği açısından kurumsal politikaların belirlenmesi ve eğitimlerin kurumsallaşması gerekmektedir. Türkiye'de kişisel verilerin işlenmesinde başta özel hayatın gizliliği olmak üzere kişilerin temel hak ve özgürlüklerini korumak ve kişisel verileri işleyen gerçek ve tüzel kişilerin yükümlülükleri ile uyacakları usul ve esasları düzenlemek amacıyla 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu çıkarılmıştır.

## 3. Sağlık Kuruluşlarında Bilgi Güvenliği

Günümüzde sağlık kuruluşları sadece sağlık hizmeti vermekle kalmamakta, birbirleriyle rekabet etmeye çalışmaktadır. Sağlık kuruluşları sağlık hizmetinin kalitesini artırmak aynı zamanda geri ödeme kuruluşları ile paylaşmak amacıyla kişisel ve klinik bilgileri toplar, saklar ve kullanırlar. Sağlık kuruluşlarında hizmet alanlara ilişkin sağlık verilerinin yanı sıra kişisel verilerde kayıt altına alınmaktadır. Bilgi sistemlerinin kullanımı, sağlık bilgisi güvenliğine ilişkin endişeleri beraberinde getirmektedir. Gizliliğin korunması ve klinik verilere yetkisiz erişimin önlenmesi gibi konular, veri girişi, saklama, kullanım ve aktarımın tüm aşamalarında yeterli dikkat gösterilmesi gereken başlıca endişeler arasındadır (Deshmukh & Croasdell, 2009; Cavalli, vd., 2004).

Sağlık kuruluşları, büyük hacimli hassas kişisel sağlık bilgilerini veri depolama platformlarına aktardıkça, bunlara erişen kullanıcı ve cihaz sayısı arttıkça hasta bilgilerini korumanın karmaşıklığı da artar (Rowe, 2016). Hastaneler büyük miktarda bilgiyi toplayan, işleme tabi tutan, kullanan ve depolayan bilgi yoğun organizasyonlardır. Genel olarak hastane bilgi sistemlerinin kullanımı sağlık hizmeti sunucuları ve hastalar için birçok avantaja sahiptir. Hastane bilgi sistemi, hastanelerde günlük görevleri tamamlamak ve kurum içindeki ve dışındaki farklı departmanlar arasındaki iletişimi kolaylaştırmak için en yaygın kullanılan sistemdir (Deshmukh & Croasdell, 2009). Hastane bilgi yönetim sisteminin temel işlevleri; eksiksiz tıbbi kayıtların tutulması, sağlık çalışanlarına iletişimin artması, labaratuvar ve tıbbi görüntüleme verilerine hızlı erişimin sağlanması (Blazona & Koncar, 2007) finansal kayıtların tutulması, kaynakların uygun şekilde kullanılması,

hizmet kalitesinin artırılmasıdır. Yüksek kaliteli sağlık bakım hizmeti ve etkin bir yönetim, hastanelerde üretilen bilgilerin kapsamlı ve dikkatli bir biçimde yönetilmesini zorunlu kılmaktadır (Suntay, 2010). Tıbbi bilgi hırsızlığı rahatsız edici ve giderek daha yaygınlaşan eğilim göstermektedir ve hastaların bilgilerini korumakta başarısız olan uygulamalar, kuruluşların itibarını riske atmakta ve büyük oranda ciddi yasal sorunlara yol açmaktadır (Civelek, 2009). Bu nedenle bilgi sızıntısı ve ihlaline karşı daha dikkatli olunması gerekmektedir (Mahreen, vd., 2016).

Sağlık bilgi güvenliği konusu beklenenden çok daha karmaşıktır. Bir yandan hasta bilgileri son derece hassastır ve güvenli ve gizli tutulması gerekirken, diğer yandan farklı sağlık hizmeti sağlayıcılarının bunlara erişmesi gerekebilir (Ray & Newell, 2010; Fernando, 2004). Sağlık kuruluşlarında bilgi güvenlik uygulamaları teknik korumaya yönelik yönetim süreçlerini içermektedir. Ancak teknik çözümlerin kurumsal güvenlik kültürü, politikaları ve eğitimi ile bütünleştirilmelidir (Mehraeen, vd., 2016). Diğer yandan sağlık bilgilerinin güvenliği yerel bir konu değildir ve ulusal düzenlemelere ve standartlara uymak için makro düzeyde ele alınması gerekir (Misic & Misic, 2007; Farzandipour, vd., 2010). Sağlık birimlerinde bilgi güvenliği; hizmetin sunumu, finansmanı ve ülke şartlarına uyum sağlayabildiği ölçüde başarılı olur (Maşrap, vd., 2010).

Sağlık kuruluşu çalışanlarının bilgi güvenliği ve veri koruma ilkeleri konusunda eğitilmelidir. Aksi takdirde, eğitim eksikliği, güvenlik konularını yönetmek için talimatların eksikliği ve risk faktörleriyle başa çıkmak için açık ve belgelenmiş politikaların eksikliği, çalışanlar ve kuruluşlar için sorunlara yol açmaktadır (Misic & Misic, 2007; Farzandipour, vd., 2010).

## 4. Yöntem

Bu makale, Sağlık Bakanlığı bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan personellerin bilgi güvenliğine bakış açılarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Hastanenin yönetiminden çalışma yapılabilmesi için gerekli izin alınmıştır. Bu kurumda hastane bilgi yönetim sistemini (HBYS) kullanan tıbbi ve idari birim çalışanlarının tümüne ulaşılması amaçlanmıştır. Araştırmanın saha uygulaması 10 Nisan – 27 Mayıs 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Hastanede günlük çalışması sırasında HBYS'ni kullanmayan çalışanlar araştırma kapsamı dışında yer almıştır. Günlük çalışma sırasında HBYS'ni sık kullanan 784 çalışana online olarak anket formu gönderilmiş 102 çalışan ankete yanıt vermiştir. Bu yapılandırılmış anket formunda; tıbbi ve idari bölümde çalışanlara ait kişisel özellikler ve bilgi güvenliğine yönelik sorular yer almaktadır. Araştırmada bilgi güvenliği ölçeği olarak, Upfold ve Sewry (2005) tarafından geliştirilen ve Aksu (2014) tarafından Türkçeye çevrilen ve geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçek ile çalışılmıştır.

Ölçeğin puanlama yöntemi orijinal ölçekte olduğu gibi 5'li Likert Skalası (1: kesinlikle katılmıyorum, 2: katılmıyorum, 3: orta derecede katılıyorum, 4: katılı-

yorum, 5: kesinlikle katılıyorum) ile değerlendirilmiştir. Anket formu iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısımdaki 1-11 numaralı sorular, katılımcının kişisel özelliklerine yöneliktir. İkinci kısımda bulunan 12-51 numaralı sorular ise bilgi güvenliğine yönelik sorulardır.

## 5. Bulgular

Çalışmada anketi 102 personel yanıtlamıştır. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 42 (24-55 yaş aralığında), %73,5'i kadın, %83,7'si evlidir. %82,7'si hastane bilgi yönetim sistemini kullanma eğitimi aldığını ve eğitim alanların %80,5'bu eğitimin en fazla bir hafta sürdüğünü ifade etmişlerdir ancak eğitime katılanların yaklaşık yarısı (%48,9) verilen eğitimin yeterli olmadığını düşünmektedir. Çalışmaya katılanlarla ilgili diğer sosyodemografik veriler Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1.** Katılımcılara Ait Sosyodemografik Veriler

| | SAYI | YÜZDE |
|---|---|---|
| **MEZUNİYET** | | |
| Lise | 23 | 23,5 |
| Önlisans | 11 | 11,2 |
| Lisans | 50 | 51 |
| Lisansüstü | 14 | 14,3 |
| **AYLIK GELİR** | | |
| <10.000 | 88 | 88,9 |
| 10.001-15.000 | 6 | 6,1 |
| >15.000 | 4 | 4,1 |
| **KURUMDA ÇALIŞMA SÜRESİ** | | |
| 0-5 yıl arası | 20 | 20,4 |
| 6-10 yıl arası | 16 | 16,3 |
| 11-15 yıl arası | 45 | 45,9 |
| 15-20 yıl arası | 5 | 5,1 |
| 21 yıl ve üzeri | 12 | 12,2 |

Yanıt verenleri %69,8'i bilgisayar kullanım becerilerinin yeterli olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %41,2'si HBYS kullanım becerilerini 100 puan üzerinden 61-80 aralığında şeklinde değerlendirmiştir. Katılımcıların %80,2'si hastaya ait bilgilere kolayca ulaşabildiklerini, hastaya ait bilgilerden sonra en çok kurum prosedürlerine ve çalışanlara ait bilgilere ulaşabildiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların %77,2'si hastalara ait bilgilerin koruma altında olduğunu düşünürken HBYS üzerinden hasta verilerine erişimin denetlenmesinden kim/kimlerin sorumlu olduğuna dair 20'nin üzerinde farklı cevap verilmiştir.

Bilgi güvenliğinin sağlanması için siteme girişte kimlik belirlemede %90 oranında kullanıcı adı ve şifre yöntemi kullanıldığı, şifre belirlenirken %70,3 oranında sayı ve harfin birlikte kullanıldığı, %25,3 oranında şifrede kişisel isim kullanıldığı ifade edilmiştir. Katılımcıların %13,2'si kullanıcı adıyla şifresinin aynı olduğunu, %5,5'i 1234 ve %4,4'ü 8765 gibi tahmin edilmesi kolay ardışık rakamları kullandığını belirtmiştir.

Cevap verenlerin%82,4'ü hastaların kimlik bilgilerine ulaşabildiklerini, %82,8'i hastalara ait bilgileri okuyabildiğini ve %65,9'u hastaların bilgilerini paylaşmak için onam aldıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılanların yaklaşık %70'i HBYS kullanırken yazılımsal ve donanımsal güncellemeler ve şifrelerin paylaşılmamasıyla hasta bilgilerinin güvenliğinin sağlanabileceğini düşünmektedir. Katılımcıların %84,8'i hastanede bilgi güvenliğine ilişkin yazılı politikaların olduğunu, %80,8'i çalışanların bilgi güvenliği politikalarından haberdar olduğunu, %73,8'i tüm personele yeterli ve güvenli bilgi güvenliği eğitimi verildiğini düşünmektedir.

Anketi yanıtlayanların %76,6'sı çalışanların bilgi sisteminde izin verilen ve onaylanmayan uygulamalar konusunda yeterince bilgili olduğunu, %81,9'u bilgi güvenliği sağlanması için personelin gerekli özeni gösterdiğini, %82,9'u hastanedeki yöneticilerin bilgi güvenliği konusunda yeterince özen gösterdiğini, %87,3'ü yöneticilerin bilgi güvenliği uygulamaları konusunda sorumluluk sahibi olduğunu, %64,6'sı hastanede bilgi güvenliği konusunda bir uzmanın var olduğunu, %48,9'u hastanede bilgi güvenliği uzmanı bulunmadığında dışarıdan danışmanlık hizmeti alındığını ifade etmiştir.

Katılımcıların %75,9'u çalışanların güvenlik ihlalini yönetime bildirmesi gerektiğinden haberdar olduğunu, %75,5'i çalışanların kendi çalışma alanlarından uzaklaştığında bilgisayarlarını daima güvenli şekilde bırakmaları konusunda eğitildiğini, %69,9'u hastanenin güvenlik politikalarını ve süreçlerini ihlal eden çalışanlara disiplin cezası uygulandığını, %93,5'i sistem arızası, çökmesi ya da hırsızlık gibi durumlarda, veri yedeklerinin hizmeti kesintiye uğratmayacak şekilde bilgileri geri getirdiğini, %84'ü HBYS'nin herhangi bir sorun oluşması beklenmeden, önceden oluşturulmuş bir plan doğrultusunda güncellendiğini, %79,6'sı bir güvenlik ihlalinin meydana gelmesi durumunda, yapılacaklar ve yardım için kimin aranacağı bildiğini, %80,7'si anti-virüs sistemimiz güncel ve bir virüs saldırısı durumunda, sistemlerimizi mümkün olan en iyi şekilde korunduğunu ifade etmiştir. %84,8'i halka açık ağlara bağlı olmasına rağmen, sistemlerimiz İnternet Hizmeti Sağlayıcısının güvenliği ve/ veya kendi güvenlik sistemlerimiz tarafından yeterince korunduğunu, %88,2'si kullanıcıların sistemlerimizde oturum açmalarına yetki verecek uygun mekanizmalar bulunduğunu, %93,5'i çalışanların kendi kullanıcı hesaplarıyla yetkilendirilip tanımlamaları yapılmadan, sistemlerimizde

oturum açamadığını/sistemlerimize erişim sağlayamadığını,%86'sı şifre değiştirme sıklığını belirleyen ve şifre karmaşıklığını engelleyen bir şifre yönetim sistemi bulunduğunu, %89,4'ü hastanede, kullanıcıların hangi verilere erişebileceğini belirleyen bir yetkilendirme prosedürünün olduğunu, %88,2'si bilgi işlem uygulamaları sadece yetkilendirilmiş iş amaçları doğrultusunda kullanıldığını belirtmişlerdir.

Ankete yanıt veren personelin %84,1'i hastanedeki iş yükünün fazla olması, bilgi güvenliğine gereken önemin verilmesini engellemeyeceğini, %77,5'i bilgi güvenliği süreçleri, hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemediğini, %89,3'ü günlük işlerin içinde bilgi güvenliğinin öncelikli konu olduğunu ve %81,9'u kullanımı ile iş akışında olan değişimler bilgi güvenliğine gereken önemi vermeyi engellemediğini belirtmiştir.

Araştırmaya katılan tıbbi birim çalışanlarının %77,8'ü (n=42), idari birim çalışanlarının %68,7'i (n=33) kadın, tıbbi birim çalışanlarının %90,7'si (n=49), idari birim çalışanlarının %75'i (n=36) evli, tıbbi birim çalışanlarının %90,7'si (n=49), idari birim çalışanlarının %35,4'ü (n=17) lisans ya da lisansüstü düzeyde eğitim almışlardır (Tablo 2). İdari birim çalışanlarının yaş ortalaması 41,64 ve tıbbi birim çalışanlarının yaş ortalaması 42,65 olarak bulunmuştur (p=0,437).

**Tablo 2.** Araştırmaya katılan tıbbi ve idari birim çalışanlarının sosyodemografik özellikleri

| | | İDARİ BİRİMLER | | TIBBİ BİRİMLER | |
|---|---|---|---|---|---|
| **DEĞİŞKENLER** | | **n** | **%** | **n** | **%** |
| Cinsiyet | Kadın | 33 | 68,7 | 42 | 77,8 |
| | Erkek | 15 | 31,3 | 12 | 22,2 |
| Eğitim durumu | Lise | 22 | 45,8 | 1 | 1,9 |
| | Önlisans | 9 | 18,8 | 4 | 7,4 |
| | Lisans | 16 | 33,3 | 35 | 64,8 |
| | Lisansüstü | 1 | 2,1 | 14 | 25,9 |
| Medeni hali | Evli | 36 | 75 | 49 | 90,7 |
| | Bekar | 12 | 25 | 5 | 9,3 |

Araştırmaya katılan tıbbi ve idari birim çalışanlarının kurumda çalışma süresi, HBYS deneyim süresi, HBYS kullanımı eğitim alma durumu açısından, gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilememişken (p>0.05) HBYS eğitim süreleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,001). İdari birim çalışanlarının %6,7'si bilgisayar kullanımında kendilerini yetersiz olarak görürken tıbbi birim çalışanlarında bu oran %22,4 olarak bulunmuştur.

**Tablo 3.** Araştırmaya katılan tıbbi ve idari birim çalışanlarının çalışma durumları ve HBYS kullanımları

| | | İDARİ BİRİMLER | | TIBBİ BİRİMLER | | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | n | % | n | % | |
| Kurumda çalışma süresi | 0-5 yıl arası | 7 | 14,6% | 14 | 25,9% | 0,443 |
| | 11-15 yıl arası | 25 | 52,1% | 21 | 38,9% | |
| | 15-20 yıl arası | 3 | 6,3% | 3 | 5,6% | |
| | 21 yıl ve üzeri | 4 | 8,3% | 8 | 14,8% | |
| | 6-10 yıl arası | 9 | 18,8% | 8 | 14,8% | |
| Hastane bilgi yönetimi sistemi kullanımı deneyim süresi | 0-1 yıl arası | 6 | 12,5% | 5 | 9,3% | 0,903 |
| | 11 yıl ve üzeri | 21 | 43,8% | 23 | 42,6% | |
| | 2-5 yıl arası | 8 | 16,7% | 7 | 13,0% | |
| | 6-10 yıl arası | 13 | 27,1% | 19 | 35,2% | |
| Hastane bilgi yönetimi sistemini kullanmak için eğitim aldı mı? | Evet | 38 | 79,2% | 46 | 85,2% | 0,426 |
| | Hayır | 10 | 20,8% | 8 | 14,8% | |
| Hastane bilgi yönetimi sistemini kullanmak için alınan eğitim süresi | 0-1 Hafta | 26 | 54,2% | 47 | 87,0% | **0,001** |
| | 2 Haftadan fazla, 1 aydan az | 15 | 31,3% | 2 | 3,7% | |
| HBYS eğitimi yeterliliği | Yeterli | 28 | 58,3% | 20 | 37,00 | 0,117 |
| | Yetersiz | 9 | 18,8% | 10 | 18,5% | |
| | Kararsızım | 8 | 16,7% | 18 | 33,3% | |
| | Yanıt Yok | 3 | 6,3% | 6 | 11,1% | |

Araştırmaya katılan tıbbi ve idari birim çalışanlarına göre idari birimler çalışanlarının yeterli ve uygun eğitim verilmesi gerektiği görüşü tıbbi birimlerde çalışanlara oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (p=0,049), diğer güvenlik politikası boyutunda sorularda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir (p>0,05).

**Tablo 4.** Araştırmaya katılan tıbbi ve idari birim çalışanlarına göre güvenlik politikası boyutu

| | İDARİ BİRİMLER | | TIBBİ BİRİMLER | | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | Ortalama | Standart Sapma | Ortalama | Standart Sapma | |
| Hastanede bilgi güvenliğinin sağlanması için görevler ve sorumluluklar net olarak belirlenmiştir | 3,39 | 1,02 | 3,37 | 1,09 | 0,923 |
| Hastanede, bilgi güvenliğine ilişkin yazılı politikalar vardır. | 3,37 | 0,90 | 3,38 | 1,09 | 0,952 |
| Çalışanlar bilgi güvenliği politikalardan haberdardır. | 3,20 | 1,15 | 3,06 | 1,09 | 0,544 |
| Tüm personele yeterli ve uygun bilgi güvenliği eğitimi verilmektedir. | 3,46 | 1,13 | 3,04 | 1,01 | 0,049 |
| Çalışanlar bilgi sisteminde izin verilen ve onaylanmayan uygulamalar konusunda yeterince bilgilidir | 3,20 | 1,06 | 3,26 | 1,02 | 0,761 |

Araştırmaya katılan tıbbi ve idari birim çalışanlarına göre örgütsel güvenlik boyutunda tıbbi ve idari çalışanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 5).

**Tablo 5.** Araştırmaya katılan tıbbi ve idari birim çalışanlarına göre örgütsel güvenlik boyutu

| | İDARİ BİRİMLER | | TIBBİ BİRİMLER | | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | |
| Yöneticiler bilgi güvenliliğinin uygulaması konusunda sorumluluk sahibidirler. | 3,49 | 0,87 | 3,62 | 1,08 | 0,506 |
| Hastane içinde bilgi güvenliği konusunda bir uzman bulunmaktadır. | 3,20 | 1,10 | 2,90 | 1,05 | 0,179 |
| Bilgi güvenliği uzmanı bulunmadığında dışarıdan danışmanlık hizmeti alınmaktadır. | 2,77 | 1,15 | 2,57 | 0,99 | 0,369 |
| Çalışanlar, güvenlik ihlali olaylarının derhal yönetime bildirilmesi gerektiğinden haberdardır. | 3,27 | 1,09 | 3,21 | 1,10 | 0,771 |
| Çalışanlar kendi çalışma alanlarından uzaklaştığında, bilgisayarlarını daima güvenli şekilde bırakmaları konusunda eğitilmiştir. | 3,31 | 0,97 | 3,15 | 1,12 | 0,455 |

Araştırmaya katılan tıbbi ve idari birim çalışanlarına göre güvenlik uygulamaları boyutu değerlendirildiğinde, tıbbi ve idari çalışanlar arasında çalışanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 6).

**Tablo 6.** Araştırmaya katılan tıbbi ve idari birim çalışanlarına göre güvenlik uygulamaları boyutu

| | İDARİ BİRİMLER | | TIBBİ BİRİMLER | | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | |
| Güvenlik politikalarımızı ve süreçlerimizi ihlal eden çalışanlarımıza yönelik disiplin uygulamaları vardır. | 3,18 | 1,01 | 3,13 | 1,05 | 0,837 |
| Sistem arızası, çökmesi ya da hırsızlık gibi durumlarda, veri yedeklerimiz işimizde kesintiye yol açmayacak şekilde bilgilerimizi geri kazanmamızı sağlar. | 3,62 | 0,78 | 3,63 | 0,89 | 0,942 |
| Sistemlerimiz herhangi bir sorun oluşması beklenmeden, önceden oluşturulmuş bir plan doğrultusunda güncellenmektedir. | 3,23 | 0,99 | 3,42 | 1,01 | 0,358 |
| Bir güvenlik ihlalinin meydana gelmesi durumunda, yapılacaklar ve yardım için kimin aranacağı bilinmektedir. | 3,29 | 0,94 | 3,15 | 0,98 | 0,492 |
| Anti-virüs sistemimiz günceldir ve bir virüs saldırısı durumunda, sistemlerimizi mümkün olan en iyi şekilde korumaktadır. | 3,22 | 1,09 | 3,17 | 0,96 | 0,814 |

Araştırmaya katılan tıbbi ve idari birim çalışanlarına göre erişim ve yetkilendirme boyutu açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p > 0,05) (Tablo 7).

**Tablo 7.** Araştırmaya katılan tıbbi ve idari birim çalışanlarına göre erişim ve yetkilendirme boyutu

| | İDARİ BİRİMLER | | TIBBİ BİRİMLER | | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | |
| Halka açık ağlara bağlı olmasına rağmen, sistemlerimiz İnternet Hizmeti Sağlayıcısının güvenliği ve/ veya kendi güvenlik sistemlerimiz tarafından yeterince korunmaktadır. | 3,38 | 0,806 | 3,12 | 0,993 | 0,166 |
| Kullanıcıların sistemlerimizde oturum açmalarına yetki verecek uygun mekanizmalar bulunmaktadır. | 3,42 | 0,917 | 3,65 | 0,789 | 0,184 |
| Çalışanlar, kendi kullanıcı hesaplarıyla yetkilendirilip tanımlamaları yapılmadan, sistemlerimizde oturum açamaz / sistemlerimize erişim sağlayamazlar. | 3,73 | 0,872 | 3,96 | 0,854 | 0,185 |
| Şifre değiştirme sıklığını belirleyen ve şifre karmaşıklığını engelleyen bir şifre yönetim sistemi bulunmaktadır. | 3,48 | 0,927 | 3,70 | 1,011 | 0,269 |
| Hastanede, kullanıcıların hangi verilere erişebileceğini belirleyen bir yetkilendirme prosedürü vardır. | 3,53 | 0,919 | 3,66 | 0,854 | 0,480 |
| Bilgi işlem uygulamaları sadece yetkilendirilmiş iş amaçları doğrultusunda kullanılır. | 3,62 | 0,886 | 3,62 | 0,985 | 0,998 |

Araştırmaya katılan tıbbi ve idari birim çalışanlarına göre hizmet sunumu boyutu değerlendirildiğinde, tıbbi ve idari çalışanlar arasında, iş yükünün fazla oluşunun bilgi güvenliğine gereken önemin verilmesini engellemediği görüşünde, idari birimlere ait puanın tıbbi birimlere göre anlamlı şekilde düşük olduğu görülmektedir (p=0,015). İş akışındaki değişikliklerin bilgi güvenliğine gereken önemi vermeyi engellemediği görüşlerinde de (p=0,004) idari birimlere ait puanın tıbbi birimlere göre anlamlı şekilde düşük olduğu görülmektedir. Bilgi güvenliği süreçlerinin sunulan hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemediği ve bilgi güvenliğinin öncelikli bir konu olduğu hususunda tıbbi ve idari birim çalışanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir görüş farklılığı yoktur (p>0,05) (Tablo 8).

**Tablo 8.** Araştırmaya katılan tıbbi ve idari birim çalışanlarına göre hizmet sunumu boyutu

| | İDARİ BİRİMLER | | TIBBİ BİRİMLER | | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | n | % | n | % | |
| Hastanedeki iş yükünün fazla olması, bilgi güvenliğine gereken önemin verilmesini engellemez. | 3,25 | 1,10 | 3,78 | 1,06 | **0,015** |
| Bilgi güvenliği süreçleri, hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemez. | 3,22 | 1,09 | 3,61 | 1,22 | 0,095 |
| Bilgi güvenliği gün içinde yaptığımız işleri düşününce öncelikli bir konudur. | 3,60 | 1,06 | 3,80 | 1,00 | 0,329 |
| Bilgisayar kullanımı ile iş akışında olan değişimler bilgi güvenliğine gereken önemi vermeyi engellemez. | 3,23 | 1,20 | 3,87 | 0,95 | **0,004** |

## 6. Sonuç ve Öneriler

Bilgi güvenliği, bir işletme içindeki bilgilerin ve bu bilgileri depolamak, işlemek ve iletmek için kullanılan sistem ve donanımların korunmasıdır (Whitman & Mattord, 2003). Bilgi güvenliği için gerekli önlemler; kayıtları girenden, kayıtların tutulduğu yazılım ve donanım elemanlarına her adım dikkate alınarak planlanmalıdır (Barrentt, 2003).

Türkiye'de bilginin ve bilişim teknolojilerinin önemi yeterince anlaşılmadığı için bilgi güvenliğinin önemi tam olarak anlaşılamamış ve bilgi güvenliğine bakış açısı yetersiz kalmıştır (Sağıroğlu, 2001; Canbek & Sağıroğlu, 2007).

Sağlık sektörü elektronik tıbbi kayıtları çeşitli sistem ve süreçlere entegre etmeye odaklanırken, suçlular tıbbi kimlikleri savunmasız, korumasız sistemlerden çalmak için uygun bir fırsat görmektedir. Finansal hizmetler veya perakende gibi diğer sektörlerle karşılaştırıldığında sağlık hizmetleri, gelişmiş veri güvenliği araçlarından yoksundur ve kolay hedef haline getirmektedir. Sağlık hizmeti ihlalleri, en hızlı büyüyen kimlik hırsızlığı türü olan tıbbi kimlik hırsızlığını körüklemeye

devam etmektedir (Rowe, 2016). ESK hasta mahremiyetinin ihlal edilmesine yol açan üç faktör vardır. Birincisi bazı kullanıcılar dedikodu vb merakları yüzünden hastaya ait verileri görüntüleyebilirler, ikinci olarak, sağlık uzmanının binlerce hastanın bilgilerinin yer aldığı dizüstü bilgisayarını veya flash sürücüsünü kaybetmesini veya uluslararası bilgisayar korsanları tarafından bir intraoperatif veri tabanındaki milyonlarca hastanın güvenliğini ihlal edebilecek organize bir saldırı sonucunda verilerin çalınmasıdır. Bu ihlaller, bankacılık ve tüketici sektörlerinde zaten kitlesel ölçekte meydana geldi ve sağlık hizmetlerinde de oluşmaya başlamıştır. Üçüncüsü ise, hastalar ESK kapsamlı erişime zımni veya açık bir şekilde rıza gösterebilse de, güvenlik ihlalleri riski ve mahremiyete yönelik diğer etkiler de dahil olmak üzere bu rızanın potansiyel sonuçlarını tam olarak anlama derecesi belirsizdir. Meşru kullanım sırasında bu tür tesadüfi ve kasıtsız ifşaatlar, hasta mahremiyetine yönelik risklerin en sık görülenidir (Shenoy & Appel, 2017).

Sağlık, siber suç örgütlerinin hedef aldığı önde gelen sektörlerden biridir (IBM Security Services, 2015). Saldırıların ana nedeni tıbbi bilgilerin finansal bilgilerden 50 kat daha değerli olmasıdır. Siber saldırıların sıklığı ve hedefi değişse de tıbbi bilgilerin değeri saldırganları güdülemeye devam etmektedir (Rowe, 2016).

Sağlık kuruluşlarında bilgi güvenliği konusunda yapılan çalışmalarda sağlık hizmetlerinde artan siber saldırı tehdidini ve siber tehditlerle mücadelede sistematik hazırlıksızlığı ortaya koymaktadır (Kruse, vd., 2016). Arce (2003), bilgi güvenliği hattının başında iş istasyonlarının yönetimi ve güvenliği gelmektedir. İş istasyonuna sahip sağlık kuruluşlarının bilgi güvenliği konusunda öncelikle çalışanların eğitilmesi gerekmektedir. Çalışmada verilen yanıtlara bakıldığında; anketi cevaplayanların %17,3'ü hastanede bilgi güvenliğinin sağlanması için görev ve sorumlulukların net olarak belirlenmediğini düşünmektedir HBYS kullanan personelin yaklaşık %20'sinin HBYS kullanımı konusunda eğitim almadığını, eğitim alanlarında yaklaşık yarısı aldıkları eğitimin yetersiz olduğunu düşünmektedir. Yalnızca 4 katılımcı bilgi güvenliği ile ilgi eğitim yetersizliğini sorun olarak belirtmiştir. Aslında çalışanlar bilgi güvenliği konusunda yeterli eğitim almamış olmalarını sorun olarak görmemesine rağmen bilgi güvenliği konusunda tüm personelin yeterli sürede ve uygun yöntemlerle eğitilmesi gerekmektedir.

Günümüzde sağlık çalışanlarına bilgi güvenliği konusunda sözleşme yapılmasına rağmen çalışma sonucunda hastanenin bilgi güvenliği konusunda yazılımsal ve donanımsal yeterliliğe sahip olduğunu ancak çalışanların %25'i bilgi güvenliği konusunda yeterli önemin verilmediği ve gerekli özenin gösterilmediğini belirtmişlerdir. Bu konuda personeli suçlamak yerine çalışanların bilgi güvenliği süreçlerini anlaması ve uygulaması aksi takdirde kuruluşlarının bilgilerine yönelik kasıtsız tehditler/kasıtlı saldırılardan ciddi şekilde etkilenebilecek ve sistem aksayabilecektir.

Tıbbi birim çalışanları iş yoğunluğu ve iş akışlarındaki değişimlerin bilgi güvenliği konusuna verilmesi gereken önemi engellemediğini belirtmişlerdir. Bu görüş tıbbi birimlerde çalışanların esasında bilgi güvenliğinin önemini anladıklarını gösterse de idari birim çalışanlarının tıbbi birim çalışanlarına nazaran daha uzun süreli hbys eğitimi almış olmasına rağmen yeterli ve uygun bilgi güvenliği eğitimi verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Hastanelerde bilgi güvenliğinin sağlanması için kullanıcı adı ve şifreleme sistemin mevcut ve işler biçimde kullanılıyor olmasına rağmen iş yoğunluğu veya işlerin daha hızlı ilerleyebilmesi amacıyla personelin şifrelerini birbirine söyledikleri ve çalışanların başka bir personelin kullanıcısını kullanarak işlem yaptığı, diğer yandan çalışanların yaklaşık %20'sinin şifrelerinin kullanıcı adıyla aynı olduğunu ya da tahmin edilmesi kolay şifreler kullandığını belirtmişlerdir. Sistemsel olarak kullanıcı adıyla aynı ya da tahmin edilmesi kolay şifrelerin konulabilmesinin yazılımsal önlenmesi için düzenlemeler yapılmalıdır.

Diğer yandan personelin yaklaşık %80'i iş yoğunluğunun bilgi güvenliğini önceliklemeyi engellemediğini belirtmişseler de çalışmanın geneline bakıldığında her beş personelden birinin bilgi güvenliği konusunda yeterli özeninin gösterilmediğini düşünmektedir. Hastaneler pek çok kişisel verinin kayıt altına alındığı kurumlardır. Bazen haber siteleri sağlık personelinin hastalara ait verileri belirli bir menfaat karşılığında sattığına dair haberler yapmaktadır. Yukarıda açıklanan bu ve benzeri nedenlerle sağlık kuruluşlarında bilgi güvenliğinin maksimum düzeyde sağlanabilmesi amacıyla personele yönelik, yazılımsal ve donanımsal tedbirlerin sağlık yöneticileri tarafından alınması gerekmektedir.

Sağlık hizmetleri, sürekli değişen siber güvenlik eğilimlerine ve fidye yazılımı gibi kritik altyapının istismar edildiği ve değerli hasta verilerinin çıkarıldığı tehditlere sürekli olarak uyum sağlamalıdır. Sağlık teknolojisinin ve hasta bilgilerinin gizliliğinin yetkisiz erişime karşı korunmasını sağlamak ve sürdürmek için zaman ve finansman zorunludur (Kruse, vd., 2017).

Çalışanlar, herhangi bir bilgi sisteminin en az tahmin edilebilir ve yine de en kritik bileşenini oluşturur. Çalışanların sorumluluk sınırları ve cezai müeyyideler açıkça belirtilmemesi kuruluşun rücu olasılığı olmaksızın ciddi şekilde riske maruz kalmasına neden olabilir. Uygulamaların yasal, düzenleyici veya yönetişim ile ilgili endişeleri ihlal etmemesini sağlamak için çalışanların eğitilmesi gerekmektedir. Sonuç olarak hastane çalışanları bilgi güvenliği konusunda bilgi sahibi olsa da bilgi güvenliğinin sağlanabilmesi için çalışanlarına bilgi güvenliği konusunda ve bilgi güvenliğinin ihlali konusunda karşılaşabilecekleri idari ve adli yaptırımlarla ilgili belirli periyotlarla eğitimler verilmelidir.

## Kaynakça


Aksu, P. K. (2014). Hastane Bilgi Yönetim Sisteminin Bilgi Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi*, İstanbul.

Arce, I. (2003). The Weaknest Link Reviseted. *IEEE Security and Privacy Magazine, 1*(2), 72-74.

Arndt, R. Z. (2018). In healthcare, breach dangers come from inside the house. 09 22, 2022 tarihinde https://www.modernhealthcare.com/article/20180410/NEWS/180419999/in-healthcare-breach-dangers-come-from-inside-the-house adresinden alındı

Baran, S., & Şener, E. (2019). Hastanelerde Bilgi Güvenliği Yönetimi: Nitel Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 10*(23), 10-125.

Barrentt, N. (2003). Penetration Testing and Social Engineering: Hacking the Weakest Link. *Information Security Technical Report, 8*(4), 56-58.

Blazona, B., & Koncar, M. (2007). HL7 and DICOM based integration of radiology departments with healthcare enterprise information systems. *International Journal of Medical Informatics, 76*(3), 425-432.

Canbek, G., & Sağıroğlu, Ş. (2007). Kötücül ve Casus Yazılımlar: Kapsamlı Bir Araştırma. *Gazi Mühendislik Mimarlık Dergisi, 22*(1), 121-136.

Canberk, G., & Sağıroğlu, Ş. (2006). Bilgi, Bilgi Güvenliği ve Süreçleri Üzerine Bir inceleme. *Politeknik Dergisi, 9*(3), 165-174.

Cavalli, E., Mattasoglio, A., Pinciroli , F., & Spaggiar, P. (2004). Information security concepts and practices: the case of a provincial multi-specialty hospital. *Int J Med, 73*(3), 297-303.

CISA. (2021). *Provide Medical Care is in Critical Condition: Analysis and.* CISA INSIGHTS. 10 05, 2022 tarihinde https://www.cisa.gov/sites/default/files/publications/Insights_MedicalCare_FINAL-v2_0.pdf adresinden alındı

Civelek, A. C. (2009). Patient safety and privacy in the electronic health information aera: Medical and beyond. *Clinical Biochemistry, 42*, 298-299.

Coventry, L., & Branley, D. (2018). Cybersecurity in healthcare: A narrative review of trends, threats and ways. *Maturitas, 113*, 48-52.

Deshmukh, P., & Croasdell, D. (2009). HIPAA: Privacy and security in health care networksMedical informatics: Concepts, methodologies, tools, and applications. T. J içinde, *Medical informatics: Concepts, methodologies, tools, and applications* (s. 1897–1899). New York: IGI Global.

Dimiter, V. D. (2016). Medical Internet of Things and Big Data in Healthcare. *Healthcare Informatics Research, 22*(3), 156-163.

Dodge, R. C., Carver, C., & Ferguson, A. J. (2007). Phishing for user security awareness. *Computer and Security, 26*(1), 73-80.

Edward, H., & Shortliffe, J. C. (2006). *Biomedical Informatics: Computer Applications in Health Care and Biomedicine.* Charn: Springer.

Farzandipour, M., Sadoughi, F., Ahmadi, M., & Karimi, I. (2010). Security requirements and solutions in electronic health records: lessons learned from a comparative study. *J Med Sys, 34*(4), 629-642.

Fernández-Alemán Carrión, S., Lozoya, P., & Toval, A. (2013). Security and privacy in electronic health records: A systematic literature review. *J Biomed Inform, 46*, 541-562.

Fernando, J. (2004). Factors that have contributed to a lack of integration in health information system security. *J Inform Techn Healthcare, 2*(5), 313-328.

Filkins, B. L., Kim, Y. J., Roberts, B., Armstrong, W., Miller, M. A., Hultner, M. L., . . . Steinhubl, S. R. (2016). Privacy and security in the era of digital health: what should translational researchers know and do about it? *American journal of translational research, 8*(3), 1560-1580.

Gebrasilase, T., & Lessa, L. F. (2011). Information security culture in public hospitals: The case of

Hawassa Refferal Hospital. *The African Journal of Information Systems, 3*(3), 72-86.

IBM Security Services. (2015). *With the ransomware crisis, the landscape of data security shifts in healthcare.* New York: IBM. 10 05, 2022 tarihinde https://www.thefreelibrary.com/With+the+ransomware+crisis%2C+the+landscape+of+data+security+shifts+in...-a0494583761 adresinden alındı

International Medical Informatics Association Working Group 1: Health and Medical Informatics Education. (2000). Recommendations of the International Medical Informatics Association (IMIA) on Education in Health and Medical Informatics. *Method Inform Med, 39*, 267-277.

Internet World Stats. (2020). *Usage and population statistics.* https://www.internetworldstats.com/stats.htm. adresinden alındı

Jaana, M. (2005). Clinical information technology in hospitals: a comparison between the state of Iowa and two provinces in Canada. *International Journal of Medical Informatics, 74*(9), 719-731.

Koçel, T. (2010). *İşletme Yöneticiliği.* İstanbul: Beta Yayınları Genişletilmiş 12. Baskı.

Kruse, C. S., Frederick, B., Jacobson, T., & Monticone, D. K. (2017). Cybersecurity in healthcare: A systematic review of modern threats and trends. *Technology and Health Care, 25*(1), 1-10.

Kuusisto, R., Helokunnas, T., & Ahvenainen, S. (2003). Intellectual Capital and Time in Information Superiority. *Proceedings of the 2nd European Conference on İnformation Warfare and Security* (s. 201-207). Berkshire: The Institute for Operations Research and the Management Sciences.

Mahreen, E., Ayatollahi, H., & Ahmadi, M. (2016). Health Information Security in Hospitals: the Application of Security Safeguards. *Department of Health Information Management, School of Paramedicine Tehran Unuversity of Medical Sciences, 1*(24), 47-50.

Maşrap, A., Akalp, G., & Yeniman, E. (2010). Sağlık İşletmelerinde İnsan Kaynaklarının Kurumsal Bilgi Güvenliği Kültürü Gelişimi. *Bilişim Teknolojileri Dergisi, 3*(1), 31-40.

Mehraeen, E., Ayatollahi, H., & Ahmadi, M. (2016). Health Information Security in Hospitals: the Application of Security Safeguards. *Acta informatica medica : AIM : journal of the Society for Medical Informatics of Bosnia & Herzegovina : casopis Drustva za medicinsku informatiku BiH, 24*(1), 47-50.

Misic, J., & Misic, V. (2007). Implementation of security policy for clinical information systems over wireless sensor networks. *Ad Hoc Networks, 5*(1), 134-144.

Mitnick, K. D., & Simon, W. (2005). *The Art Of Deception: Controlling The Human Element Of Security (Çeviren Nejat Eralp Tezcan) .* Ankara: ÖDTÜ Geliştirme Vakfı.

Ponemon Institute. (2016). *Sixth Annual Benchmark Study on Privacy & Security of Healthcare Data.* North Traverse City: Ponemon Institute. 09 22, 2022 tarihinde hrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ponemon.org/local/upload/file/Sixth%20Annual%20Patient%20Privacy%20%26%20Data%20Security%20Report%20FINAL%206.pdf adresinden alındı

Ponemon Institute. (2020). *The Impact of Ransomware on Healthcare During COVID-19 and Beyond.* North Traverse City: Ponemon Institute. 10 05, 2022 tarihinde https://www.censinet.com/thank-you-ponemon-covid-ransomware-impact adresinden alındı

Pourasghar, F. (2009). The role of information technology on documentation and security of medical data. *PhD Thesis*.

Ray, A., & Newell, S. (2010). Exploring information security risks in healthcare systems. R. J içinde, *Health information systems: Concepts, methodologies, tools, and applications* (s. 1716-1718). New York: IGI Global.

Rowe, K. (2016). *Specıal Report Data Analytıcs.* Franklin: Experian Health. 10 05, 2022 tarihinde experian.com/assets/healthcare/articles/healthcare-it-transformation-rowe.pdf adresinden alındı

Sağıroğlu, Ş. (2001). *Etkin Bilişim Teknolojileri Kullanımı.* Kayseri: Ufuk Kitap.

Shenoy, A., & Appel, J. M. (2017). Safeguarding Confidentiality in Electronic. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 26*, 337-341.

Suntay, Y. (2010). Hastane Bilgi Sistemlerinde Entegrasyon Sorunları ve Çözüm Önerileri. *K.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, s. 16-63.

Türk Standartları Enstitüsü. (2005). *Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemleri Özellikleri ve Kullanım Klavuzu.* Ankara: Türk Standartları Enstitüsü.

Türkiye Bilişim Derneği. (2005). *E-Devlet Uygulamalarında Güvenlik ve Güvenlik Yaklaşımları 4. Çalışma Grubu Sonuç Raporu.* Ankara: Türkiye Bilişim Derneği.

Türkiye Bilişim Vakfı. (2003). *E Öğrenme Klavuzu.* İstanbul: Türkiye Bilişim Vakfı.

Upfold, C. T., & Sewrt, D. A. (2005). An investigation of Information Security in Small and Medium Enterprises (SMEs) in the Eastern Cape . *Proceedings of the ISSA 2005 new knowledge today conference* (s. 1-17). South Africa: In: Venter HS, Elof JHP Labuschagne L, Eloff MM.(Eds.).

Vural, Y. (2007). *Küresel Bilgi Güvenliği ve Sızma Testi.* Ankara: Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.

Vural, Y., & Sağıroğlu, Ş. (2008). Kurumsal Bilgi Güvenliği ve Standarları Üzerine Bir inceleme. *Gazi Üniversitesi Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi Dergisi, 23*(2), 507-522.

Whitman, M., & Mattord, H. (2003). *Principles of Information Security.* Boston,Massachusetts: Cengage Learning.

Williams, P. A., & Woodward, A. J. (2015). Cybersecurity vulnerabilities in medical devices: a complex environment and multifaceted problem. *Medical Devices: Evidence and Research, 8*, 305-316.

# ANKARA'DA FAALİYET GÖSTEREN ÖZEL HASTANELERİN BİREYSEL PERFORMANS DEĞERLENDİRME YÖNTEMLERİNİ KULLANIMLARINA İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA

E. Asuman Atilla [1], Evin Bilmez Kıtay [2], Pelin Sena Çelebiler [3]

***Özet***

*Bireysel performansın ölçümü ve değerlendirmesi, kurumlarda performans yönetimi sürecinin işleyebilmesi ve bu kurumların önceden belirledikleri hedeflere ulaşmalarına yardımcı olan önemli bir süreçtir. Sağlık kurumlarında da karşımıza çıkan performans ölçüm ve değerlendirme teknikleri, bireysel, kurumsal ve süreçlere yönelik olarak kullanılmaktadır. Bireysel performans değerlendirme yöntemleri çalışan odaklı olup, genel olarak modern ve geleneksel yöntemler olmak üzere iki grupta yer alan farklı yöntemleri ile kurumlarda çeşitli şekillerde uygulanmaktadır. Bu çalışma, Ankara'da faaliyet gösteren özel hastanelerde uygulanmakta olan bireysel performans değerlendirme yöntemlerinin belirlenmesini ve modern yönetim tekniklerini yakından takip eden özel hastanelerin çalışan performansının ölçümünü nasıl yaptıklarını belirlemeyi amaçlamaktadır. Çalışma nitel bir çalışma olup, yüz yüze görüşmeyi kabul eden 10 hastanede uygulanmış ve bu hastanelerdeki yöneticilere 13 soru yöneltilmiştir. Yapılan görüşmeler sonucunda performans değerlendirmenin kurumlarda profesyonel bir şekilde yapılmasının sunulan hizmetin kalitesini artırdığı ve rakiplerine karşı avantaj sağladığı görülmüş, uzun vadede devamlılığın sağlanabilmesi için performans ölçümünün önemli olduğu saptanmıştır.*

***Anahtar Kelimeler****: Performans, Özel Hastane, Performans Değerlendirme*

1 Prof. Dr., Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, asuman.atilla@hbv.edu.tr

2 Yüksek Lisans Öğrencisi, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, kitay.evin@hbv.edu.tr

3 Yüksek Lisans Öğrencisi, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, celebiler.pelinsena@hbv.edu.tr

# A RESEARCH ON THE USE OF INDIVIDUAL PERFORMANCE ASSESSMENT METHODS OF PRIVATE HOSPITALS IN ANKARA

***Abstract***

*The measurement and evaluation of individual performance is an important process for the performance management process to work in institutions and helping these institutions reach their predetermined goals. Therefore performance measurement and evaluation techniques in health institutions are used as individual and institutional processes. Individual performance appraisal methods are employee-oriented and are applied in various ways in institutions with different methods in two groups, generally modern and traditional methods. This study specifically investigates to determine the individual performance evaluation methods applied in private hospitals operating in Ankara. It aims to determine how private hospitals, which closely follow modern management techniques, measure employee performance. The study is a qualitative study and was applied in 10 hospitals that accepted face-to-face interviews. Moreover, 13 questions were asked to the managers working in the chosen hospitals. As a result of the interviews, it has been observed that the performance evaluation increases the quality of the service provided in the institutions involved to this study and provides an advantage against its competitors.*

***Key Words:*** *Performance, Private Hospital, Performance Evaluation*

## 1. Giriş

Sağlık kurumlarında performans ölçüm ve değerlendirmesi tıbbi, idari ve mali olmak üzere sunulan tüm hizmetlerin etkinlik, verimlilik, ekonomiklik, yeterlilik ve kalite düzeyinin tespit edilmesi için hem bireysel hem kurumsal hem de süreçlere yönelik olarak gerçekleştirilmektedir. Bu kapsamda, hekimler başta olmak üzere sağlık personelinin, idari personelin ve yöneticilerin performansları ölçülerek, sunulan hizmetlerin niceliği ve niteliği gözlemlenmekte ve değerlendirilmektedir. Performans ölçümü ekonomi, muhasebe, yönetim, bilgi teknolojileri gibi en az dört disiplinin birleştirildiği bir faaliyet olarak, günümüz iş gündemi ve araştırmaları açısından oldukça önemli bir konudur (Glavan, 2011: 25). Performans ölçümü, örgütlerde daha önce belirlenen hedeflere ulaşma düzeylerinin belirlendiği bir işlem dizisi ve performans yönetimi sürecinin önemli bir aşamasıdır (Zerenler, 2005: 2). Performans ölçümünün net bir tanımını yapmak gerekirse "Kurumların mal ve hizmet sunumlarını nasıl yerine getirdiklerinin, kendilerine verilen görevleri nasıl gerçekleştirdiklerinin; bir program dahilinde tarafsız ölçülmesi faaliyetidir." şeklinde tanımlayabiliriz. Performans ölçümü, kendi başına bir amaç değil, mal ve hizmet üretiminde daha iyiye gitmek için kullanılan bir araçtır. Kurumlarda etkin bir sonuca ulaştıracak performans ölçümünün ve değerlendir-

mesinin yapılabilmesi için kurumun ilgili birimleri tarafından stratejik planın oluşturulması, performans programının yapılması ve faaliyet raporunun hazırlanması gerekmektedir. Stratejik plan, ''Kurumların orta ve uzun vadeli amaçlarını, temel ilke ve politikalarını hedef ve önceliklerini, performans ölçütlerini, bunlara ulaşmak için izlenecek yöntemler ile kaynak dağılımlarını içeren plan'' şeklinde tanımlanıştır. Stratejik planlarda yapılması gereken faaliyetler; misyon, vizyon, amaçlar, hedefler, stratejiler ve performans göstergelerinin ortaya konulmasıdır. Performans programı ise "Bir kurumun program dönemine ilişkin performans hedeflerini, bu hedefe ulaşmak için yürütecekleri faaliyetler ile bunların kaynak ihtiyacını ve performans göstergelerini içeren programları" ifade etmektedir (Ekici, 2014). Belirlenen performans hedeflerine ulaşılma derecesini ölçmek, izlemek ve değerlendirmek için kullanılmakta olan ölçütlere performans göstergeleri denilmektedir. Performans göstergeleri, doğru bir şekilde ölçülebilirliğin sağlanabilmesi açısından; miktar, kalite, zaman ve/veya maliyet cinsinden ifade edilebilmelidir. Performans ölçümünün ve değerlendirmesinin yapılabilmesi için ihtiyaç duyulan faaliyet raporları ise, kurumların hesap verilebilirlik açısından yıl içerisinde gerçekleştirdikleri faaliyet ve raporları ifade etmektedirler.

Performans değerlendirme ise, kurumlarda görev ve sorumluluk ayırt etmeksizin çalışanların etkinliklerinin önceden belirlenen ölçütler ile ölçülmesi ve ölçüm sonuçlarının karşılaştırılarak bir yargıya varılması anlamına gelmektedir. Performans değerlendirme, çalışanların kabiliyet ve kapasitelerinin işin özelliklerine ve gereklerine ne derecede uygun olduğunu, dolayısı ile işe ve genel olarak örgüte sağladıkları katkı ve artı değerleri tarafsız bir biçimde ölçme ve değerlendirme sürecidir (Ertürk, 2011: 167). Kurumlarda, çalışanların belirli bir dönemdeki fiili durumlarının ve geleceğe yönelik gelişme potansiyellerinin tespit edilmesini sağlayan performans değerlendirme, hem çalışanların gelişimine katkıda bulunan hem de değerlendiren ile değerlendirilen arasındaki iletişimi ve iş ilişkilerini kurum yararına geliştiren bir faaliyettir (Işığıçok, 2008: 3).

## 2. Bireysel Performans Değerlendirme Yöntemleri

Bireysel performansın değerlendirilmesi kurumlarda çeşitli yöntemlerle yapılabilmektedir. Bu yöntemler genel olarak, geleneksel ve modern performans değerlendirme yöntemleri olarak iki ayrı grupta incelenmektedir.

### 2.1. Geleneksel Performans Değerlendirme Yöntemleri

Geleneksel performans değerlendirme yöntemleri genel olarak; Kişilerarası Karşılaştırmaya Dayalı Yöntemler (-Basit- Sıralama Yöntemi, İkili (Çift) Sıralama Yöntemi, Zorunlu Dağılım Yöntemi), Grafik Dereceleme, Kritik Olay Yöntemi, Kontrol Listesi Yöntemi, Öz Değerlendirme, Puanlama Yöntemleri şeklinde sınıflandırılabilmektedir.

### 2.1.1. Kişilerarası Karşılaştırmaya Dayalı Yöntemler

Kişilerarası karşılaştırmaya dayalı yaklaşımlar, çalışanların birbirleri ile karşılaştırılmaları sonucu elde edilen ve çalışanın diğer çalışanlara göre başarı durumlarının değerlendirilerek sıralandığı yöntemleri içermektedir. İyi ve kötü performansı birbirinden ayırt etmek için en basit ve maliyeti en düşük yöntemler olmasına karşın çalışanlar arasındaki farklılıkları kısıtlı standartlarla değerlendirdiğinden gelişim ve geribildirim açısında sınırlı bilgiler üretmektedir (Öztürk ve Doğuç, 2020: 56).

#### 2.1.1.1. (Basit) Sıralama Yöntemi

Çalışanların en iyiden en kötüye doğru sıralandığı bir yöntemdir. Bu yöntemde en iyinin neden en iyi olduğu detaylandırılmamıştır (Shaout ve Yousif, 2014). Başka bir deyişle çalışanların karşılaştırmalı üstünlüklerinin dereceleri analiz edilememektedir. Söz konusu yöntem, en basit ölçme tekniği olarak bilinmektedir. Genellikle yetkili bir kişi/değerlendirici tarafından yapılmakta ve bireyler bir özellik bazında sıralanmaktadır. En iyi performansa sahip çalışanlar listenin en üzerinde yer alırken, en düşük performansa sahip çalışanlar ise listenin en altında yer almaktadır (Özer, 2009).

#### 2.1.1.2. İkili (Çift) Sıralama Yöntemi

Çift sıralama yöntemi, her bir çalışanın diğerleri ile tek tek karşılaştırıldığı bir yöntemdir. Basit sıralama yöntemine göre daha güvenli sonuçlar üretmektedir. Değerlemesi yapılacak çalışan sayısına göre bir çizelge hazırlanmakta ve değerlemede kullanılacak nitelikler belirlenmektedir (Ferecov, 2003). Kullanılacak çizelgede değerlendirilen çalışanlar sütunlara, karşılaştırmasının yapıldığı diğer çalışanlar ise satırlara yazılarak bir matris elde edilmektedir. Her çalışan diğeriyle kıyaslanarak başarılı olan çalışana artı (+) işareti konmaktadır. Değerleme sonucunda en fazla artısı olan çalışandan en az olan çalışana doğru bir sıralama yapılmaktadır (Karaman ve diğerleri, 2019).

#### 2.1.1.3. Zorunlu Dağılım

Zorunlu dağılım yöntemi ise, birden fazla değerlendiricinin bulunduğu ve değerlendirmesi yapılan çalışan sayısının fazla olduğu durumlarda tekdüze sonuçlara ulaşılmasını sağlayan bir yöntemdir (Demir, 2009). Bu yöntem, çalışanların başarı düzeylerinin ya da performanslarının birbirlerine göre belirgin şekilde farklılaşmadığı düşüncesine dayanmaktadır. Bu anlamda çalışanların performans düzeylerinin normal dağılım (çan eğrisi) gösterdikleri varsayılmaktadır. Dolayısıyla çalışanların performanslarını bu dağılıma uygun şekilde sınıflandırıldığı bir yöntemdir (Uyargil, 2013: 225).

### 2.1.2. Grafik Dereceleme

Grafik dereceleme yöntemi, performans değerlemede en sık kullanılan ve eski yöntemlerden birisidir. Genellikle, işin yapısı, ekip çalışması, zamanlama gibi ölçütlerden oluşan ve genellikle 1-5 arasında puan verilerek değerlemenin yapıldığı ölçeklerden oluşmaktadır (Onat, 2019:18). Bununla birlikte değerlendirilecek ölçütlerin kendi içerisinde "yetersiz, yeterli, mükemmel" gibi derecelemeleri de yapılabilmektedir. Bu anlamda dereceler sayı ya da harflerle ifade edilebilmektedir (Helvacı, 2002). Değerlendirici hatalarını en aza indirmek için derece aralıklarının 7'den fazla olması önerilmemektedir (Delen, 2017: 260).Bu yöntemde her çalışan için bir form verilmekte ve ölçütlere göre değerlendirmesi yapılmaktadır. Değerlendiriciler, çalışanın performansını belirli bir skala üzerinde değerlendirmektedir.

### 2.1.3. Kritik Olay Yöntemi

Bu yöntem, bir işletmede yöneticiler tarafından, çalışanların iş sırasında gösterdikleri olumlu ve olumsuz davranışların tarih ve olayın tanımlanarak kaydedilmesiyle günümüzde kullanım alanı bulmuştur. Bu yöntem çalışanın iyi ve kötü davranışlarını ortaya koyan ve çalışanın değerlendirilmesinde performansını temsil eden davranışları içermektedir (Doğuç, 2017: 62). Bu davranışların anında ve içinde bulunulan koşullar dikkate alınarak not edilmesi gerekmektedir (Uyargil, 2013: 227). Dolayısıyla kritik olay raporunun oluşturulmasında üç önemli bilgi ortaya çıkmaktadır. Bunlar, (a) olaya yol açan bir durumun tanımı, (b) olayda odakta bulunan kişinin eylemleri ya da davranışları ve (c) davranışsal eylemlerin sonuçlarını içermektedir (Kemppainen, 2000).

### 2.1.4. Kontrol Listesi Yöntemi

Kontrol listesi yöntemi, değerlendiricinin üzerindeki yükü azaltmak amacıyla kullanılabilmektedir. Bu yönteme göre değerlendiriciler, çalışanların başarılarını değerlendirmekten çok, onların çalışmaları hakkında bir yorumda bulunmaktadırlar. Bu anlamda çalışanın, çalışması ve davranışlarını belirlemek amacıyla bir seri sorunun bulunduğu bir liste veya ölçek kullanılmaktadır. Sorular genellikle Evet-Hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Değerlendirici, çalışanın davranışına ilişkin görüşünü Evet ya da Hayır olarak belirtmek için (√) işaretini koymaktadır. Daha sonra işaretlenen ifade veya tanımların değerleri toplanıp ortalamaları alınmaktadır (Seyirci, 2009:12).

### 2.1.5. Öz Değerlendirme

Öz değerlendirme, çalışanların kendi performanslarını önceden belirlenen başarı hedeflerine ne ölçüde yaklaştıklarıyla ilgili değerlendirmelerini içeren bir performans değerlendirme yöntemidir (Özer, 2009).

### 2.1.6. Puanlama Yöntemi

Puanlama yöntemi, çalışanların beceri, donanım gibi çeşitli faktörler bakımından belirli kriterlere göre değerlendirilerek çalışanlara puan verildiği bir yöntemdir. Dereceleme yapılan formda değerlendirici, değerlendirdiği çalışanın karşıladığı ölçütün derecesini (genellikle 1-5) belirlemek için (X) işareti koymaktadır. Değerlendirme sonucunda çalışanın aldığı puanlar toplanarak performansı hakkında bir çıkarım yapılmaktadır (Onat, 2019: 17).

## 2.2. Modern Performans Değerlendirme Yöntemleri

Modern Yöntemler ise; Amaçlara Göre Yönetim, Yeterliğe (Yetkinlik) Dayalı Performans Değerlendirme Yöntemi, Davranışsal Beklenti Skalaları, Davranışsal Gözlem Skalaları, 360 Derece Performans Değerleme ve 720 Derece Performans Değerleme Yöntemleridir.

### 2.2.1. Amaçlara Göre Yönetim

Genel bir yönetim felsefesi olan Amaçlara Göre Yönetim, aynı zamanda çalışanların performans değerlemesinde de kullanılmaktadır (Özer, 2009). İlk kez 1954 yılında Drucker tarafından ileri sürülen bu yaklaşım, McGregor'ın performans yönetimine uygulamasıyla yeni bir boyut kazanmıştır (Akşirin, 2008). Bu yöntemde performans değerlemesinde yapılan vurgu, işletme amaçlarının önemidir. Bu yöntemde her çalışan için belirlenen hedefler bulunmakta ve hedeflerin gerçekleştirilmesinde çalışanlara kendini kontrol etme sorumluluğu yüklemektedir. Buradaki amaç, çalışanı da sürece dahil ederek ortak bir amaca hizmet etme güdüsünü yaratmaktır. Amaçlara göre yönetim yaklaşımı, bireylerin ne yaptıklarını, neye yönelik çalıştıklarını ve nihai sonucun ne olacağını bildiklerinde en etkili performansı gösterecekleri varsayımına dayanmaktadır. Bu anlamda, amaçların/hedeflerin belirli, ulaşılabilir ve ölçülebilir terimlerle belirtildiği; bu hedeflere ulaşılıp ulaşılmadığını belirlemek için performans standartlarının oluşturulduğu; her personelin sürece dahil edildiği; ve başarılı performans için geri bildirimde bulunmayı ve başarıyı takdir etmeyi içeren bir süreçtir (Garrison ve Raynes, 1980).

### 2.2.2. Yeterliğe (Yetkinlik) Dayalı Performans Değerlendirme Yöntemi

Yetkinlik, bir sağlık çalışanının önceden tanımlanmış standartlara göre performans gösterme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Yetkinliğin ölçümü ise, tüm çalışanların kendilerine verilen görev ve sorumlulukları yerine getirme ve performans standartlarını karşılama konusundaki becerilerini değerlendirmektir. Tüm çalışanların yeterliliği işe alınmadan önce, oryantasyon döneminde ve sonrasında en az yılda bir kez değerlendirilmelidir. İyi tanımlanmış bir iş tanımı ve uygun yetkinlik değerlendirme araçlarının kullanılması hem yetkin kişilerin işe alınmasını

hem de periyodik değerlendirmeler ile herhangi bir yeterlilik açıklarını kapatmak için düzeltici önlemlerin alınmasına fırsat sağlamaktadır. Yetkinlikle ilgili veriler özel testlerden, görüşmelerden, performans değerlendirmelerinden, kalite iyileştirme bulgularından, hasta memnuniyeti anketlerinden, çalışan anketlerinden ve diğer ihtiyaç değerlendirmelerinden elde edilebilir. Yetkinlik değerlendirmelerinin sonuçlarına dayalı olarak, belirlenen ihtiyaçları ya da eksiklikleri karşılamak ve genel performansı iyileştirmek için uygun eğitici veya iyileştirici programların geliştirilmesi önem kazanmaktadır (Kak ve diğerleri, 2001).

### 2.2.3. Davranışsal Beklenti Skalaları

Bu yöntem esasen kritik olay yöntemi ve grafik değerlendirme yönteminin bir kombinasyonundan oluşmaktadır (Doğuç, 2017: 60). Söz konusu yöntem, tıpkı geleneksel değerlendirme yöntemlerinde olduğu gibi çalışanların performanslarını çeşitli boyutlar açısından ölçmeyi hedefler. Fakat bu boyutların skaladaki alternatif cevap ifadelerinin tanımlanış biçimi farklılık göstermektedir. Davranışsal Beklenti Skalaları, çalışanları farklı kişilik özelliklerine sahip olmaları ya da olmamalarına göre değil, davranış odaklı olarak spesifik iş gereklerini etkinlikle yerine getirme oranlarını değerlendirmektedir (Uyargil, 2013: 226). Bu anlamda bu yöntemin odak noktası işin yapılması sırasındaki fonksiyonel davranışlardır.

### 2.2.4. Davranışsal Gözlem Skalaları

Davranışsal Gözlem Skalaları, Davranışsal Beklenti Skalalarında karşılaşılan olumsuz yönleri ortadan kaldırmak, güçlü yönlerinden yararlanmak için geliştirilmiş bir değerlendirme yöntemidir. Davranışsal Gözlem Skalalarında çeşitli kritik olaylardan yararlanılarak çalışanların iş davranışlarını ortaya koyma sıklığına göre değerlendirme yapılmaktadır. Dolayısıyla çalışanların somut gözlemlenen davranışlarına dayalı olarak değerlendirilmeler yapılmaktadır. Bu nedenle sonuçların çalışanlara açıklanması, çalışanlar tarafından kabul oranını yükseltmektedir (Uyargil, 2013: 226-227). Davranışsal Gözlem Skalaları yönteminde, başarı boyutlarının geliştirilmesi bir takım istatistiki analiz yöntemleri ile yapılmaktadır. Yapılan bu istatistiki analizler, başarılı olan personelleri, başarısız olan personellerden ayırt etmek için kullanılacak davranışları ya da kritik olayları içermektedir (Doğuç, 2017: 61).

### 2.2.5. 360 Derece Performans Değerleme

360 derece performans değerlendirme yöntemi, bir kuruluşun her üyesinin ilgili tüm çalışanları, amirleri ve meslektaşları kapsayan bir çemberin merkez noktasına yerleştirilmesini ve ilgili tüm gruplardan görüşlerinin alınmasıyla ilgili bir süreçtir. Bu daire, merkezi bir figür ve belirli bir işle bağlantılı olmaları koşuluyla, işletmenin hatta harici organizasyonun üyelerine (tedarikçiler ve müşteriler gibi) kadar uzanabilmektedir. Bununla birlikte, değerlendirme konusu sadece meca-

zi olarak değil, kelimenin tam anlamıyla değerlendirme sürecinin merkezindedir (Kressler, 2003: 51).

### 2.2.6. 720 Derece Performans Değerleme

"Çok yönlü" bir değerlendirme olarak kabul edilen 720 Derece Performans Değerlendirmesi, en yeni ve alternatif performans değerlendirme yöntemlerinden birisidir. Bu yöntem, paydaş, tedarikçi ve topluluklar gibi dış kaynaklardan geribildirimler elde eder ve en önemli olana, yani müşteri ya da yatırımcının yaptıkları işin bilgisine odaklanır. İki kez 360 derece performans değerlendirmesinin yapılmasıyla elde edilmektedir (Aggarwal ve Thakur, 2013; Jensy, 2016).

Sağlık kurumları, daha yüksek nitelik ve nicelikte hizmet sunabilmek için tüm çalışanlarından yüksek performans beklemektedir. Bu sebeple performans değerlendirme çalışmalarına gereken hassasiyet kurumlar tarafından gösterilmelidir. Sağlık, bir hizmet alanı olarak bir yandan insan ve toplum yaşamını doğrudan ilgilendirirken, öte yandan emek faktörünün kalitesine katkılar sağlayarak istihdam ve üretim yoluyla bir bütün olarak ekonomik performansı da etkilemektedir. Sağlık kurumlarının, hem bireysel hem de kurumsal bazda performans düzeylerinin doğru bir şekilde tespit edilmesi, kaynakların doğru yönlendirilmesi bunun sonucunda da beklenen hizmetin en doğru şekilde karşılanmasına fırsat sağlamış olacaktır (Karahan, M., 2019).

## 3. Ankara'da Faaliyet Gösteren Özel Hastanelerin Bireysel Performans Değerlendirme Yöntemlerini Kullanımlarına İlişkin Bir Araştırma

Araştırmanın yöntemine ilişkin ayrıntılı bilgi ve yapılan çalışmadan ede edilen bulgular aşağıda başlıklar halinde sunulmuştur.

### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırmanın konusu, Ankara'da faaliyet gösteren özel hastanelerde uygulanmakta olan bireysel performans değerlendirme yöntemlerinin belirlenmesi ve performans ölçümüne ilişkin mevcut uygulamaların neler olduğunun belirlenmesidir. Çalışmanın amacını, modern yönetim tekniklerini yakından takip eden özel hastanelerin, çalışanlarının performanslarını ölçüm ve değerlendirmelerini ne şekilde yaptıklarını belirlemek oluşturmaktadır. Performans ölçümü değerlendirmesinin doğru bir şekilde yapılarak, sonuçlarının iyileştirici önlemler bazında kullanılması kurumsal performansın yükseltilmesine de katkıda bulunacaktır. Bu sebeple hem verimliliğin artırılması hem de karlılığın artırılması yönünde olumlu katkılar sunan performans yönetiminin doğru anlaşılarak, kurumlarda uygulama alanı bulması gerekmektedir. Sağlığın önemi yadsınamaz bir boyuttadır ve sağlığın belirleyicilerinden birisi olan sağlık hizmeti sunumunun da ihtiyaçları doğru,

zamanında, yerinde ve en düşük maliyetle karşılayabilmesi de performans ölçüm ve değerlendirme sistemlerinin iyi uygulanması ile mümkün olabilecektir.

### 3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 01.09.2021 tarihi itibariyle Ankara'da faaliyet gösteren 36 özel hastane (https://shgmozelhasdb.saglik.gov.tr/TR,53567/ozel-hastane-listesi-faal.html) oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında söz konusu tüm özel hastanelere ulaşılmaya çalışılmış, ancak 10 özel hastane görüşme talebimizi kabul etmiştir. Söz konusu çalışma, Ekim, Kasım ve Aralık 2021 dönemlerinde Ankara'da bulunan özel sağlık kurumlarında ilgili birim yöneticileriyle görüşülerek yapılmıştır. Araştırmaya katılan özel hastanelerin söz konusu bilgilerin paylaşımına onay vermedikleri için, katılımcı hastaneler K1'den K10'a kadar kodlanmıştır.

### 3.3. Araştırmanın Veri Toplama Aracı

Araştırmada görüşmeyi kabul eden hastanelerde çalışan yöneticilere, uzman görüşleri doğrultusunda, pilot uygulaması yapılarak oluşturulan 13 soruluk formdaki sorular yöneltilmiştir. Formda hastane performans değerlendirme süreci ve yöntemi ile ilgili hazırlanmış 13 soru haricinde görüşme yapılan kişilerin demografik özelliklerinin bulunduğu ayrı bir başlık bulunmaktadır. Hazırlanan tüm sorular katılımcılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile cevaplandırılmış ve toplu olarak değerlendirilmiştir. Sorular özel hastanelerin performans değerlendirme sürecinde herhangi bir yöntem kullanılıp kullanılmadığını ve personel ile paylaşımının nasıl olduğunu cevaplandırmaktadır. Covid-19 salgını nedeniyle görüşmeler kısa tutulmuş ve görüşme başlamadan önce ilgili yöneticiden izin alınarak ses kaydı ile yapılan görüşmeler hızlandırılmıştır. Ortalama 15-20 dakikalık ses kayıtları daha sonra dinlenerek raporlanmıştır. Yapılan görüşmelerde ise benzer soruların tek başlıkta toplanarak raporlanması uygun görülmüştür.

### 3.4. Verilerin Analizi

Bilimsel araştırmalar, çalışma konularına göre nicel ya da nitel araştırmalar olarak iki farklı yöntem ile yapılabilmektedir. Ankara'da hizmet sunan özel sağlık kurumlarında kullanılan performans değerlendirme yöntem ve sonuçlarını öğrenmeyi amaçlayan bu çalışmada nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırmalar, gerçekliği, bulunduğu bağlamda anlamaya çalışan, olayları deneyimleyenlerin gözünden ve bakış açısından araştıran, anti pozitivist, tümevarımsal, yorumlayıcı ve genelleme yapma amacı taşımayan bir yöntemdir. Nitel araştırma yönteminde araştırma konusunun araştırılması için ilgili bireylerle kendi ortamlarında görüşmeler yapılmaktadır.

Görüşme yapılan özel hastanelerde tüm cevaplar kodlanarak, hastanelere verilen kodlarla raporlanmıştır. Katılımcı 10 hastane K1'den K10'a kadar kodlan-

mıştır. Cevaplar etik çerçevede hastanelere verilen kodlarla sunulmuştur. Benzer soru ve cevaplar düzenlenerek tek bir çatıda toplanmıştır. Çalışmada kullanılan nitel araştırma yöntemi çalışmanın güvenirliliğini artırmış, verilerin hastanelerden doğrudan alınarak tarafsız bir şekilde işlenmesini sağlamıştır.

### 3.5. Bulgular

Araştırma çerçevesinde katılım sağlayan hastanelerle yapılan görüşmelere, 2'si erkek 8'i kadın yönetici olmak üzere toplam 10 yönetici katılmıştır. Katılan yöneticilerin 5'i yüksek lisans öğrenimi, 4'ü lisans öğrenimi, 1'i ön lisans öğrenimi görmüştür. Çalışmaya katılım gösteren 10 hastanenin, 9'unda İnsan Kaynakları sorumlusu ile, 1 hastanede hastane müdürü ile görüşme gerçekleşmiştir. 10 hastanede bulunan yatak sayısı aralığının 64 ile 254 yatak kapasiteli olduğu görülmüştür. Yöneticilerin yaş aralığının 29 ile 47 olduğu belirlenmiştir.

Araştırmadaki hastane yöneticilerinin verdikleri cevaplar incelendiğinde, "Hastanenizde bireysel performans ölçümü yapıyor musunuz?" sorusuna araştırmadaki K9 hastanesi dışındaki tüm hastane yöneticileri tarafından evet cevabı verilmiştir.

"Hastanenizde çalışanların performansını nasıl ölçüyorsunuz, kullandığınız belirli bir yöntem/yöntemler var mı?" sorusuna K1 hastanesi birime ya da iş tanımına ilişkin anketler kullandığını; K2 hastanesi pozisyona göre 3 farklı değerlendirme yöntemi kullandığını ve bunlar içerisinde 360 derece değerlendirme yöntemi ile 90 derece değerlendirme yönteminin bulunduğunu, bu yöntemlerden elde edilen veriler ile bir puanlandırma sistemi yaptığını; K4 hastanesi grafik derecelendirme ve davranışa dayalı değerlendirme ölçekleri kullandığını; K7 hastanesi hedefler belirleyerek bu hedefleri bir otomasyon sistemi yardımıyla değerlendirdiğini; K8 hastanesi, 360 derece performans değerlendirme yöntemi kullandığını; K3, K5, K6, K9 ve K10 hastanelerinin ise bu ölçümü birim yöneticileri ve amirlerinin gözlemleri ile gerçekleştirdikleri cevaplarını vermişlerdir.

"Hastanenizde çalışan sağlık personeli ve idari personel için farklı ölçüm yöntemleri kullanıyor musunuz?" sorusu ile K1 hastanesi, her iki personel için de 360 derece performans değerlendirme yöntemini kullandığını; K2 hastanesi, belirlenen iş tanımlarına göre oluşturulan formların bulunduğunu ve görev odaklı kriter olarak sunulduğunu; K3, K5, K6, K9 ve K10 hastanelerinin her ikisi için de gözlem yöntemi kullandığını; K4 hastanesinin her grup için ayrı ayrı ölçüm yapmadığını ancak kullanılan ölçekte grupları farklı başlıklar altında değerlendirdiğini; K7 hastanesinin otomasyon sisteminde belirlediği hedefler çerçevesinde idari personel ve sağlık personelinin değerlendirmesinin ayrıldığını; K8 hastanesinin ise 360 derece performans değerlendirme yöntemi içerisinde idari personel ve sağlık personeli için dijital ortamda hasta memnuniyetleri ile veri elde ettiğini belirtmiştir.

"Kullandığınız ölçüm yöntemlerinin hastanenize katkısı olduğunu düşünüyor musunuz, bu katkılar nelerdir? Sorusu ile K1 hastanesinin eksiklikleri objektif olarak saptayıp düzenlemeler ve iyileştirmeler yaptığını; K2 hastanesinin net bir cevap vermediğini; K3 hastanesinin, bireysel performansı net bir şekilde gördüğünü; K4 hastanesinin süreç içerisinde ekipleri ve bireysel performansı yakından takip edebildiğini; K5 hastanesinin personelini bireysel olarak yetenek ve beceri ölçme konusunda daha iyi tanıyabilme imkanı bulduğunu; K6 ve K7 hastanelerinin personelin verimini ölçerek yapılan işin hem insan kaynağı maliyetini hem de kurumsal maliyeti düşürmemesi adına değerlendirdiklerini; K8 hastanesinin personelin eksikliklerini tamamlayarak hem onun gelişimini hem de kurum gelişimini sağlamaya çalıştığını; K9 ve K10 hastanelerinin bir ölçüm yöntemi olmamasının eksikliğini yaşadıklarını ortaya koymaktayız.

"Ölçüm sonuçlarını çalışanlarınızla paylaşıyor musunuz, nasıl paylaşıyorsunuz?" sorusu ile K1, K4 ve K7 hastaneleri, otomasyon sistemi üzerinden personelin tüm değerlendirme sonuçlarını görebildiğini ancak K4 hastanesinin personeline bu sonuçlar sonrasında yorumlama ve gerektiğinde savunma yapması açışınsan imkan sağladığını; K2 hastanesinin personel ile doğrudan paylaşmadığını, görüşmek isteyen personele bilgi verdiğini ve eğitim planları düzenlediğini; K3 hastanesinin olumlu veya olumsuz sonuçları gerekli durumlarda personel ile paylaştığı; K5 hastanesinin form ile yaptığı ölçüm için personelden ve yöneticisinden yüz yüze onay aldığını bu durum ile personelin kendi değerlendirmesini izlediğini ve bilgi sahibi olduğunu; K6 hastanesinin direkt paylaşım yapmadığını genel olarak toplantılarda bilgi verdiğini, ancak bariz görünen problemler karşısında birebir görüşmeler yaptığını; K8, K9 ve K10 hastanelerinin çalışanla bilgi paylaşımını gerekli durumlarda yaptığı tespit edilmiştir.

"Ölçüm sonuçlarını idari olarak kullanıyor musunuz?" sorusu ile "Ölçüm sonucu başarılı ve başarısız personeller için ne gibi girişimlerde bulunuyorsunuz?" sorularına verilen cevaplar genel olarak aynı olmuştur ve değerlendirme sırasında bu iki soru birleştirilmiştir. Buna göre, tüm hastanelerin başarılı personele ücret, terfi, prim gibi ödül sistemi uyguladığı; başarısız personel için ise eksik yönleri tespit edilerek eğitim planı düzenlendiği görülmüştür. İdari anlamda da bu ölçümler, kurumun değerinin ve potansiyelinin ortaya konulmasında yardımcı olmaktadır.

"Performans ölçüm yöntemleriniz bireysel performansları objektif olarak ölçebiliyor mu?" sorusuna K1, K3, K4, K5, K8, K10 hastaneleri tamamen objektif olmasa da objektife en yakın olduğunu kabul etmekte iken; K2, K6, K7 hastaneleri net bir cevap verememiştir. Buna karşılık K9 hastanesi ölçüm sonuçlarında objektifliğin sağlanamadığını düşünmektedir.

"Siz olsaydınız kurumunuzun uygulamaları dışında konuyla ilgili ne gibi girişimlerde bulunmak isterdiniz?" sorusu için her bir yöneticiden farklı cevaplar

gelmiştir. Örneğin K1 hastanesi yöneticisi "değerlendirme sürecine hasta ve yakınlarını da dahil etmek isterdim." yanıtını; K2 hastanesi yöneticisi, "personel içerisinde özelde takip ettiğimiz bazı personelleri seçip onlar için farklı değerlendirmeler yapılabilir." yanıtını vermiştir. K3 hastanesi yöneticisi kalıcılığı artıracak başka yöntemlerin de düşünülebileceğini; K5 ve K10 hastaneleri yöneticilerinin kağıt israfını da engellemek adına bir otomasyon sistemi kullanılabileceğini belirtmişlerdir. K4, K6, K7 ve K8 hastaneleri yöneticilerinin ise şu an kullanılan yöntemlerden memnun oldukları sonuçlarına ulaşılmıştır.

"Ölçüm sonuçları objektif olarak değerlendiriliyor mu?" sorusuna K5, K6 ve K9 hastaneleri hariç diğerleri evet cevabını vermişlerdir. K5, K6 ve K9 hastanelerinde performansın gözlem ile ölçülüyor olması, objektifliği etkilemektedir.

"Sizce performans ölçüm sonuçlarınızın kullanım alanları sunduğunuz hizmetin kalitesini etkiliyor mu?" sorusuna K1, K3, K4, K5, K6, K7, K8, K10 hastaneleri evet cevabını vermiş; K2 ve K9 hastaneleri net bir cevap vermemiştir. Evet cevabını veren yöneticiler olumsuz geri dönüşlerin uygun bir şekilde personel ile paylaşılması durumunun personel için kendini iyileştirmesi ve olumsuzlukları gidermesi açısından bir fırsat olduğunu; olumlu geri dönüşlerin ise motivasyonu artırmaya yardımcı olduğunu belirtmişlerdir.

"Performans ölçüm süreçlerinin çalışanlarınızın memnuniyetlerine etkisi nasıldır?" sorusuna verilen cevaplarda ise K1, K4, K5, K6, K7, K8 hastaneleri çalışanların bu durumdan memnun olduğunu belirtmiş; K2, K3, K9, K10 hastaneleri fazla bir etkisi olduğunu düşünmediklerini belirtmişlerdir.

"Performans ölçümünün hastanenize sağladığı avantaj ve dezavantajlı durumlar nelerdir?" sorusunda avantajlar için K1 hastanesi, kurumun personelinin eksik yönlerini görmesini sağladığını, başarı istikrarına katkı sağladığını; K2 hastanesi ölçümün onları diğer hastanelerden ayırdığını, iyileşme ve yenilik sağladığını; K3 hastanesi birebir ölçüm yaparak gelişmeye katkı sağladığını; K4 hastanesi, çalışanların gelişimini izlemeye yardımcı olduğunu; K5 hastanesi, motivasyon sağladığını ve personelin güven duygusunu geliştirdiğini; K6 hastanesi, iyileştirme ve yeniliğe katkı sağladığını, varsa hataları görüp düzeltmeye yardımcı olduğunu, verimliliğin arttığını; K7 hastanesi, kaliteyi olumlu etkilediğini ve hastalardan olumlu geribildirimler aldıklarını; K8 hastanesi, hizmet kalitesinin arttığını, eğitim ihtiyacının eksik yönlere göre saptandığını ve motivasyonu artırdığını belirtmiş, K9 ve K10 hastaneleri bu soruya net bir cevap vermemişlerdir. Dezavantajlı yönler için ise, hastaneler genel olarak bir dezavantajlı durum görmediklerini belirtmişlerdir.

## 4. Tartışma

Konu ile ilgili yapılan çalışmaları inceleyerek elde ettiğimiz veriler doğrultusunda kamu kesiminde ve özel sektörde yapılan performans değerlendirme çalışmaları ile karşılaşmaktayız. Yapılan çalışmaların çoğunda performans değerlendirme ile motivasyon ilişkisinin güçlü bir bağının olduğunu ve bir kurumda çalışan personelin motivasyonunun o personelin performansını ne ölçüde etkilediği açıkça görünmektedir. Genel olarak yapılan araştırma ve çalışmalarda "bir kurumda çalışanların motivasyonu ne kadar yüksek ise, personelin başarısı da o kadar yüksektir" veya "bir kurumun başarısını etkileyen en önemli faktör, çalışan memnuniyetinin ne kadar yüksek olduğudur" gibi ifadeler karşımıza çıkmaktadır. Örneğin Tunçer (2013)'e göre bireyin motivasyonu, örgüt içerisinde göstermiş olduğu performansa bağlı olarak konumu yükselecekse bireyin motivasyonu artar. Ancak bu durumun gerçekleşmesi için performans kriterlerinin açık, belirli ve anlaşılabilir olması gerekmektedir. Bu sayede performans değerlendirme yöntemleri etkili bir şekilde kullanılabilecek ve personeli tatmin edecektir. Bunların yanı sıra performans değerlendirme ölçüm sonuçlarının adaletli olması da önemlidir. Performansının hakkaniyetsiz olarak değerlendirildiğini düşünen bireyin performansı düşecektir. O halde, performansı düşen birey bu durumla alakalı herhangi bir iyileştirme görmezse motivasyonunu yükseltmek için bir girişimde bulunmayacaktır. Bu durumda bir kurumda yapılan performans ölçümünün adalet ve hakkaniyet ilkeleri gözetilerek yapılması ve bunun sonucunda o personele kurum içinde ödüllendirme ve terfi gibi olanaklar sağlanması o personelin kuruma bağlılığını ve göstermiş olduğu performansın devamlılığını sağlaması açısından önemlidir. Bayram (2006), "Geleneksel Performans Değerlendirme Yöntemlerine Yeni Bir Alternatif: 360 Derece Performans Değerlendirme" adlı çalışmasında performans değerlendirmenin amaçları ve yararları hakkında araştırmalar yapmış, 360 derece performans değerlendirme yönetimi kullanarak bu yöntemin amaçlarını, neden bu yöntemi seçtiğini, yöntemin adının nereden geldiğini ve nasıl kullanıldığını, Türkiye'de ve ABD'de kullanımı sayısal veriler kullanılarak açıklamıştır. Yenice (2006) "Kamu Kesiminde Performans Değerlendirmesi" adlı çalışmasında performans değerlendirmesinin tanımı, kapsamı ve türlerini ele almaktadır. Ayrıca çalışmada OECD ülkelerinin bir kısmında değerlendirmenin gelişimi ele alınmakta, bütçe ve performans değerlendirmesi arasındaki ilişkinin OECD ülkelerinde ne oranda kurulabildiğine ilişkin bilgilere yer verilmektedir.

Sağlık alanındaki çalışmalara bakıldığında ise, Medipol Üniversitesi insan kaynakları yönetimi bölümü akademisyenleri Vardarlıer ve Canol tarafından "Özel Hastanelerde Çalışan Sağlık Personelinin Kurumlarında Uygulanmakta Olan Performans Değerlendirme Sistemlerine Duydukları Memnuniyet ve Bir Örnek Uygulama" adlı çalışmada sağlık hizmeti sunan tüm kurumlarda, performans ölçüm sonuçlarının en çok etkilediği grup sağlık çalışanıdır. Bu çalışmada ise, sağlık çalışanlarına uygulanmakta olan değerlendirme sistemlerinden ne ölçüde memnun kaldıklarını ölçmek amaçlanmıştır. Çalışmanın araştırma kısmında, Çakmak ve Bi-

çer (2006) tarafından taranan literatür ile oluşturulmuş anket formu kullanılmıştır. Ateş ve Kırılmaz'ın 2015 yılında yayınladığı bir çalışmada Sağlık Bakanlığı'na bağlı hizmet veren kurumlardaki sağlık personelinin performans yönetimine ilişkin görüşleri üzerinde kişisel faktörlerin ne denli önemli olduğu araştırılmıştır. Çalışmada kurumsal performans yönetim sisteminin öğrenim durumu, unvan, çalışma süresi gibi kişisel özelliklere göre anlamlı farklar gösterip göstermediği irdelenmiştir. Bu amaçlara uygun 16 tane hipotez kullanılarak anket aracılığı ile toplam 429 sağlık personelinin görüşleri alınmıştır. Ancak elde edilen sonuçlar içerisine bakıldığında kişisel faktörlerin personel performans değerlendirme sistemine bir katkısının olmadığı ortaya çıkmıştır. Balçık, Yenilmez ve Şahin tarafından hazırlanan "Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde Bireysel Performans Değerlendirme Süreci" adlı çalışmada değerlendirilecek olan personel, akademik ve idari personel olmak üzere iki ayrı grupta incelenmiş, performans değerlendirmeleri de bu doğrultuda farklı süreçlere tabi tutulmuştur. Süreçler incelendiğinde idari personelin işine, arkadaşlarına ve çalıştığı birime karşı sorumlulukları vb. kriterler ile değerlendirildiği; akademik personelin ise bu kriterlere ek olarak iş yapış biçiminin, işlerindeki yetkinlik ve yeterliliğinin değerlendirildiği belirlenmiştir. Uğurluoğlu ve Çelik 2005 yılında yaptıkları "Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı" adlı çalışmada, performans ölçüm kriteri olarak kullanılan üç temel amaç olan, yeterlilik ve finansmanda adalet, sağlık seviyesinin yükseltilmesi ve bu amaçlara ulaşma seviyesi açısından ülkelerin sıralanmasında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kullanılan ölçüm yöntemi tartışılmış ve 191 ülke arasında Türkiye'nin konumu incelenerek Türk Sağlık Sisteminin iyileştirilmesi ve gelişmesi için gerekli önerilerde bulunulmuştur.

## 5. Sonuç ve Öneriler

Ankara'daki özel hastanelerde yapılan bu çalışma performans ölçümünün hastanelerde nasıl yapıldığını tespit etmek ve bilimsel yöntemlerin bilinirliği ve kullanımı açısından yöneltilen sorular çerçevesinden değerlendirilmiş ve genel olarak tüm hastaneler performanslarını değerlendirdiklerini belirtmişlerdir. Ancak kullanılan yöntemler bazı hastanelerde birbirinden farklıdır. Performans ölçümünde bilimsel yöntem kullanan hastane sayısı dört olmakla birlikte, bu hastaneler K1, K2, K4 ve K8'dir. Genel olarak kullanılan yöntem 360 derece performans değerlendirme yöntemi olarak belirtilmiştir (K1, K2, K8). Kullanılan diğer yöntemler ise, Grafik derecelendirme yöntemi ve davranışa dayalı performans ölçüm yöntemidir (K4). Ancak yöneltilen soruların devamı ile bu hastanelerde de bilimsel yöntemlerin tamamı ile işlemediği anlaşılmaktadır. Diğer hastanelerde ise genelde gözlem yöntemi kullanılmaktadır.

Hastanelerde performans ölçümünü idari personel ile sağlık personeli arasında farklı bir şekilde yapmadığını yalnızca K2 ve K4 hastaneleri kullandığı spesifik yöntemde oluşturdukları form içerisinde yönelttikleri soruların farklı olduğunu belirtmişlerdir. K8 hastanesi ise, 360 derece performans değerlendirme yönte-

mi içerisinde hasta memnuniyetinin bu değerlendirmeyi sağladığını belirtmiştir. Kullanılan ölçüm yöntemlerinin hastanelere katkısının olup olmadığı değerlendirildiğinde, hastaneler eksikliklerin objektif olarak saptandığını, düzenleme ve iyileştirmelerin bu ölçümler sayesinde yapıldığını belirtmişlerdir. Aynı zamanda bireysel performansın net bir şekilde ortaya konulduğunu, personelin bireysel olarak yetenek ve becerilerinin ölçülebildiğini, verimli çalışması için yapılabileceklerin değerlendirilebildiğini, yapılan işin hem insan kaynağı maliyetinin hem de kurumsal maliyetinin düşmemesi adına değerlendirmelerin yapılabildiğini, personelin eksikliklerini, istek ve ihtiyaçlarını gidermeye yardımcı olduğunu belirtmişlerdir.

Hastanelerin ölçüm sonuçlarının personel ile paylaşılıp paylaşılmadığı hususunda tüm hastaneler ortak bir perspektifte değerlendirilememiştir. Çünkü bazı hastaneler sonuçları personel ile paylaşırken bazıları paylaşmamaktadır. Paylaşmayan hastaneler personelin olumsuz durumlarında onlara eğitimler düzenlemekte ve süreci takip etmektedirler. Bu hastaneler yalnızca bariz görünen eksikliklerde personel ile birebir görüşme yapmaktadırlar. Sonuçları personel ile paylaşan hastaneler K1, K4 ve K7 hastaneleridir. Ayrıca K4 hastanesi personele sonuçları değerlendirme ve yorumlama imkanı da vermektedir. Ölçüm sonuçlarının idari olarak kullanımı ve başarılı/başarısız personeller için ne gibi girişimlerde bulunulduğu sorularına tüm hastaneler tarafından başarılı personelin ücret artışı, terfi, prim gibi ödüllendirmeye tabi tutulduğu; başarısız personelin ise direkt cezalandırma değil de eksik yönleri tespit edilerek eğitim planları düzenlendiği belirtilmiştir. İdari anlamda kurumların değeri ve potansiyeli değerlendirilmektedir.

Kullanılan performans ölçüm yöntemlerinin bireysel performansları objektif olarak ölçüp ölçmediği konusunda tüm hastaneler objektifliğin tamamen sağlanamadığını ancak objektife yakın sonuçlar elde ettiklerini belirtmişlerdir. Objektifliğin sağlanamama durumuna sebep olarak bireylerin duygusal bağları gösterilebilir. Kullanılan yöntemlerin çoğunun gözleme dayalı olması insan ilişkileri ile değerlendirildiğinde iş-arkadaş bağlarının objektifliği etkilediği düşünülebilir. Genele bakıldığında hiçbir yöneticinin spesifik bir yöntem belirtmediği görülmektedir. Görüşme yapılan tüm yöneticiler hastanelerde performansın ölçüldüğü ve değerlendirildiği bölümlerde görev almaktadır. Buna rağmen K2 ve K8 hastane yöneticileri dışındaki hastane yöneticilerinin sürece çok hakim olmadıkları veya süreç ile ilgili üst düzey yöneticiler tarafından engellendikleri kanısına varılmıştır.

Performans ölçüm sonuçlarının, hastanelerde kullanım alanlarının, sunulan hizmetin kalitesini etkileyip etkilemediği konusunda genel olarak evet cevabının verildiği görülmektedir. Olumsuz geri dönüşlerin personele uygun şekilde bildirilmesi personelin kendini değerlendirmesi ve eksik yönlerini bularak olumsuzlukları gidermesine yardımcı olmaktadır. Olumlu geri dönüşlerde ise motivasyonu artırdığı saptanmıştır. Performans ölçümünün hastanelerde avantajları ve dezavantajlarının olup olmadığı konusunda ise tüm hastaneler bir dezavantajının

bulunmadığını aksine avantajların olduğunu ve bu avantajları personelin eksik yönlerini tamamlamak, başarı istikrarını sağlamak, rekabet açısından üstünlük sağlamak, iyileşme ve yeniliklere açık olmak, personelin gelişimini izlemek, motivasyon sağlamak, güven duygusunu geliştirmek, hizmet kalitesini artırmak, eğitim ihtiyacını eksik yönlere göre saptamak olarak sıraladıkları görülmektedir.

Hizmet sunumunda sahip olunan kaynakların önceden belirlenen hedef ve amaçlar doğrultusunda kullanılıp kullanılmadığı, yönetilip yönetilmediği ve istenilen sonuçlara ulaşılıp ulaşılmadığı hususları kurumların güvenliği ve geleceği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle kurumlarda yapılacak performans ölçümü ve değerlendirmesi kurumların en önemli sermayesi olan insan kaynağını doğru kullanabilmelerini sağlar. Performans ölçümünün yapılmadığı sağlık kurumlarında personelin işe yetkinliği ölçülemeyeceğinden yapılan işin kalitesi ya da yapılan işte çıkan sorunların kaynağı hakkında bilgi sahibi olunamaz. Dolayısıyla çıkan sorunlara çözüm bulunmayacağından kurumda personel devir hızı yüksek olacak, kurum bir gelişme ve ilerleme kaydedemeyecektir. Kurumu ayakta tutan şey sadece o kurumun yönetim kadrosunun çok iyi olması değil aynı zamanda çalışanlarının motivasyon düzeylerinin ne kadar yüksek olduğudur. Bu yüzden performans ölçümünün bilimsel bir şekilde yapılması hem kurum açısından hem de kurumun rakipleri açısından etkili olacaktır. Çünkü rekabetin sağlanabilmesi daha çok yenilik ve gelişim göstereceğinden sağlık hizmeti sunumunu da olumlu etkileyecektir. Hizmet sunumunu alacak olan kişilerin rolü bu konumda yüksek olacağından memnuniyetin artması tercih edilebilirliği de artıracaktır. Tercih edilebilirliğin yüksek olması ise markalaşmayı olumlu etkileyeceğinden özellikle özel sağlık hizmeti sunan kuruluşların büyümesine ve devamlılığını sağlayabilmesine önemli katkılarda bulunacaktır. O halde, bir kurumda personel performans değerlendirmesi ve buna yönelik iyileştirme girişimleri kurumun temel tüm ihtiyaçlarına katkıda bulunmaktadır yorumunu yapmak mümkün olabilmektedir. Kurumların bu bağlamda yapması gereken şeylerden biri bir bilimsel performans değerlendirme yöntemi seçerek personel için bu yöntemlerin entegrasyonunu sağlayabilmek olacaktır. Bu sayede sunulan hizmetin kalitesi artacak, memnuniyet düzeyi markalaşmayı ve tercih edilebilirliği üst düzeye çıkarabilecektir. Bu durum sürdürülebilirliği, devamlılığı sağlamak adına yararlı olacaktır. Aynı zamanda rekabetin artmasıyla birlikte sağlık kurumları bilimsel yöntemleri kullanmaya başlayacaklardır.

## Kaynakça


Aggarwal, A. Ve Thakur, G.S.M. (2013). Techniques Of Performance Appraisal-A Review. International Journal Of Engineering And Advanced Technology, 2(3), 617-621.

Akşirin, Ç.N. (2008). Yetkinlik Temelli Performans Değerlendirme: Sağlık Sektöründen Bir Uygulama. Verimlilik Dergisi, (2),35-52

Balçık, P. Y., Yenilmez, K., & ŞAHİN, S. P. (2016). Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri'nde Bireysel Performans Değerlendirme Süreci. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19(1), 87-99.

Canol, S. Ve Vardarlıer, P. (2017). Özel Hastanelerde Çalışan Sağlık Personelinin Kurumlarında Uygulanmakta Olan Performans Değerlendirme Sistemlerine Duydukları Memnuniyet ve Bir Örnek Uygulama. Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi, 52(4), 760-785.

Demir, H.T. (2009). Hemşirelik Hizmetlerinde Performans Değerlendirme Sisteminin Oluşturulması ve Bir Model Önerisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul

Doğuç, E. (2017). Hastanelerde Performans Değerleme Sisteminin Çalışan Motivasyonuna Etkileri Hakkında Çalışan Görüşleri (Çankaya İlçesi Örneği). Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara

Ekici, S., (2014). Kamu ve Özel Kesimde 3P-Performans Ölçümü, Performans Değerlendirmesi, Performans Denetimi. Maya Akademi,1-49.

Ertürk, Mümin (2011). İnsan Kaynakları Yönetimi. İstanbul: Beta Yayınları.

Ferecov, R. (2003). İnsan Kaynakları Yönetiminde Performans Değerleme Yöntemleri. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 8, 1-20.

Garrison, J.E., Raynes, A.E. Results Of A Pilot Management-By-Objectives Program For A Community Mental Health Outpatient Service. Community Ment Health J 16, 121–129 (1980). Https://Doi.Org/10.1007/BF00778584

Glavan, L.M. (2011). Understanding Process Performance Measurement Systems. *Business Systems Research*, 2 (2), 25-38.

Helvacı, M.A. (2002). Performans Yönetim Sürecinde Performans Değerlendirmenin Önemi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 36(1-2), 155-169.

Https://Shgmozelhasdb.Saglik.Gov.Tr/TR,53567/Ozel-Hastane-Listesi-Faal.Html, 20.06.2022.

Işığıçok, E. (2008). Performans Ölçümü, Yönetimi ve İstatistiksel Analizi. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ekonometri ve İstatistik Dergisi, 7, 1-23.

Jensy, S. (2016). 720 Degree Performance Appraisal: An Emerging Technique. International Journal Of Informative & Futuristic Research, 3(8), 2956-2965.

Kak, N., Burkhalter, B. Ve Cooper, M.A. (2001). Measuring The Competence Of Healthcare Providers. Operations Research Issue Paper 2(1). Bethesda, MD: Published For The U.S. Agency For International Development (USAID) By The Quality Assurance (QA) Project

Karahan, M. (2019). Sağlık İşletmelerinde Performans Yönetimi, Teoride ve Uygulamada Sağlık Ekonomisi Ve Politikaları Güncel Sorunlar Ve Araştırmalar, ISBN: 978-605-82459-8-3 E-ISBN: 978-605-68867-0-6,2018, S 143.

Karaman Mesut ve Kuşçu Karatepe, Hilal ve Kuşçu, Fatma Nuray (2019). Sağlık İşletmelerinde Performans Değerlendirme Ölçme Yöntemleri Hakkında Bir Derleme Çalışması. Yönetim, Ekonomi, Edebiyat, İslami ve Politik Bilimler Dergisi, 4(1): 153-171.

Kemppainen, J.K. (2000). The Critical İncident Technique And Nursing Care Quality Research. Journal Of Advanced Nursing, 32(5), 1264-1271

Kressler, H.W. (2003). Motivate And Reward: Performance Appraisal And Incentive Systems For Business Success (Çev.Simon Pearce). Palgrave Macmillan: New York

Onat, M. (2019). 360 Derece Performans Değerlendirme Sisteminin Hastanelerde Uygulanabilirli-

ği: Bingöl Devlet Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü. Sakarya

Özer, M. A. (2009). Performans Yönetimi Uygulamalarında Performansın Ölçümü Ve Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 73, 3-29.

Öztürk, Z. Ve Doğuç, E. (2020). Hastanelerde Performans Değerleme Sisteminin Çalışan Motivasyonuna Etkileri Hakkında Çalışan Görüşleri (Çankaya İlçesi Örneği). Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 22(2), 519-536.

Seyirci, D. (2009). Hemşire Performansı Değerlendirme Sistemi: İzmir Asker Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi. İzmir

Shaout, A. Ve Yousif, M.K. (2014). Performance Evaluation – Methods And Techniques Survey. International Journal Of Computer And Information Technolog, 3(5), 966-979.

Tunçer, P. (2013). Örgütlerde Performans Değerlendirme ve Motivasyon. Sayıştay Dergisi, (88), 87-108.

Uğurluoğlu, Ö., & Çelik, Y. (2005). Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(1), 3-29.

Uyargil, C. (2013). *Performans Yönetimi Sistemi*. İstanbul: Beta Yayıncılık.

Yenice, E. (2006). Kamu Kesiminde Performans Değerlendirmesi. Maliye Dergisi 150 (1) Ocak-Haziran 2006.

Zerenler, M. (2005). Performans Ölçüm Sistemleri Tasarımı ve Üretim Sistemlerinin Performansının Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1, 1-36.

## ARAŞTIRMA SORULARI

Hastane Yatak Sayısı :

Yaş :

Cinsiyet :

Eğitim Düzeyi :

Görevi :

Çalıştığı Birim :

1. Hastanenizde Bireysel Performans Ölçümü Yapıyor Musunuz?
2. Hastanenizde Çalışanların Performansını Nasıl Ölçüyorsunuz? Kullandığınız Belirli Bir Yöntem/Yöntemler Var Mı?
3. Hastanenizde Çalışan Sağlık Personeli ve İdari Personel İçin Farklı Ölçüm Yöntemleri Kullanıyor Musunuz?
4. Kullandığınız Ölçüm Yöntemlerinin Hastaneninize Katkısı Olduğunu Düşünüyor Musunuz? Bu Katkılar Nelerdir?
5. Ölçüm Sonucunu Çalışanlarınızla Paylaşıyor Musunuz?
6. Ölçüm Sonuçlarını İdari Olarak Kullanıyor Musunuz? Nasıl Kullanıyorsunuz?
7. Ölçüm Sonucu Başarılı ve Başarısız Personeller İçin Ne Gibi Girişimlerde Bulunuyorsunuz?
8. Performans Ölçüm Yöntemleriniz Bireysel Performansları Objektif Olarak Ölçebiliyor Mu?
9. Siz Olsaydınız Kurumunuzun Uygulamaları Dışında Konuyla İlgili Ne Gibi Girişimlerde Bulunmak İsterdiniz?
10. Ölçüm Sonuçları Objektif Olarak Değerlendirilebiliyor Mu?
11. Sizce Performans Ölçüm Sonuçlarınız Sunduğunuz Hizmetin Kalitesini Etkiliyor Mu?
12. Performans Ölçüm Süreçlerinin Çalışanlarınızın Memnuniyetlerine Etkisi Nasıldır?
13. Performans Ölçümünün Hastanenize Sağladığı Avantaj ve Dezavantajlı Durumlar Nelerdir?

# COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN KARİYER ALGISININ İNCELENMESİ: SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİ ÖRNEĞİ

Meltem Saygılı [1], Ece Avcı [2], Ceren Ünsal [3], Gökçenur Evci [4]

***Özet***

*Araştırma, COVID- 19 pandemisi döneminde sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin, kariyer geleceği algılarının değerlendirilmesi ve belirlenen sosyodemografik faktörlere göre incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı ve kesitsel türde tasarlanan bu araştırmaya 681 lisans öğrencisi katılmıştır. Veriler bilgi formu ve Kariyer Geleceği Algısı Ölçeği (KARGEL) kullanılarak, anket yöntemiyle elde edilmiştir. Analizler için betimleyici istatistikler, güvenilirlik analizleri, bağımsız örneklem t-testi ve One Way ANOVA testi kullanılmıştır. Sonuçlar; öğrencilerin kariyer geleceğine ilişkin algılarının yüksek olduğunu (ort. 88,9±12,83: Min=25-Max=125) göstermiştir. KARGEL ölçeği toplam puan ortalamaları öğrencilerin yaşlarına (F=4,920 p=,008), bölümlerine (F=4,920 p=,008) ve annelerinin çalışma durumuna (t=2,104 p=,036) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Ayrıca, en yüksek kariyer geleceği algı ortalamasına sahip bölüm "Sağlık Yönetimi" (ort.3,7±0,58) bölümü, en düşük ortalamaya sahip bölüm ise "Sosyal Hizmet" (ort.3,4±0,79) bölümü olmuştur.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Kariyer Geleceği Algısı, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Üniversite Öğrencisi, COVID-19 Pandemisi.*

1 Doç. Dr., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, meltemsaygili@kku.edu.tr
2 Lisans Öğr., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ece.avcc.1@gmail.com
3 Lisans Öğr., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, unsalceren19@gmail.com
4 Lisans Öğr., Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, gkce95_nur@hotmail.com

# INVESTIGATION OF THE CAREER FUTURE PERCEPTION OF UNIVERSITY STUDENTS DURING THE COVID-19 PANDEMIC PROCESS: EXAMPLE OF HEALTH SCIENCES FACULTY STUDENTS


***Abstract***

*The research was carried out in order to evaluate the perceptions of the career future of the students of the faculty of health sciences and to examine them according to the determined sociodemographic factors during the COVID-19 pandemic period. 681 undergraduate students participated in this descriptive and cross-sectional study. Data were obtained by questionnaire method using information form and Career Future Perception Scale (CFPS). Descriptive statistics, reliability analyses, independent samples t-test and One Way ANOVA test were used for the analyses. Results showed that students' perceptions of their career future are high (mean=88.9±12.83; Min=25-Max=125). CFPS total score averages show statistically significant differences according to the age of the students (F=4.920 p=.008), their department (F=4.920 p=.008) and the working status of their mothers (t=2.104 p=.036). In addition, the department with the highest career future perception average was "Health Management" (mean=3.7±0.58), and the department with the lowest average was "Social Service" (mean=3.4±0.79).*



***Key Words:*** *Perception of Career Future, Faculty of Health Sciences, University Student, COVID-19 Pandemic.*


## 1. Giriş

Kariyer geleceği algısı, bir bireyin hayatında, özellikle de eğitim aldığı programla uyumlu bir sektöre girmek isteyen üniversite öğrencileri için son derece önemlidir. Günümüzde kariyerle ilgili kararlar gençlerin gelişimsel yaşamında önemli bir endişe kaynağıdır ve olumlu ya da olumsuz pek çok psikolojik, fiziksel ve sosyo-ekonomik değişkenle ilişkilidir (Akosah-Twumasi, vd., 2018). Belirsizlikler bireyin kariyer kararının olumsuz etkileyebilir, memnuniyetsizliğe ve bireysel kaynakların kaybına neden olabilir. İyi bir kariyer planlaması, yaşam doyumu ve başarı sağlar.

Üniversiteler toplumların gelişmesinde önemli rol oynamaktadır ve günümüzde üniversite eğitimi, bireylerin gelecekteki iş ve mesleklerini belirleyen en önemli unsurlardan biridir. Öğrenciler bu dönemde kendilerini geleceğe hazırlamaya ve mezuniyet sonrası kariyerlerini planlamaya başlarlar. Dolayısıyla, üniversiteler, öğrencileri seçtikleri alanda kariyerlerine hazırlamada hayati bir rol oynamaktadır. Bu kurumlar öğrencilerde sektörde ihtiyaç duyulan bilgi ve becerileri

geliştirir ve onların gelecekteki kariyerlerine yönelik algılarını oluştururlar. Ancak bu süreçte bireyin kariyer olgunluğu ve kendi kariyer geleceğine ilişkin algılamalarının da önemli bir rolü bulunmaktadır.

COVID-19 pandemisi döneminde, birçok ülkede, milyonlarca öğrenciyi etkileyen okulların kapatılması ve uzaktan eğitim uygulamaları gibi kısıtlamalar uygulanmıştır. Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü'ne (UNESCO, 2020) göre, toplam öğrenci nüfusunun yüzde 80'inden fazlası dünya çapındaki bu kısıtlamalardan etkilenmiştir. Eğitim kurumları için bu durum daha iyi bir eğitim sağlamak üzere yenilikçi yollar ve uygulamalar benimseme ihtiyacını gündeme getirmiştir.

Koronavirüs deneyiminin gençlerin kariyer geleceğini nasıl etkileyeceği, üzerinde düşünülmesi gereken bir konudur. Çünkü, COVID-19 pandemisi ortaya çıktığında, öğrenciler mevcut durumu göz önünde bulundurarak yaptıkları kariyer planlarını yeniden gözden geçirmek zorunda kalmış ve bu da onların kariyer algılarına yönelik belirsizliklere neden olmuştur (Samuel vd., 2020). Ayrıca, küresel düzeydeki karantina sırasında COVID-19 pandemisinin yükseköğretim öğrencileri üzerindeki etkisi konusunda yapılan çalışmalar ise öğrencilerin %42,6'sının gelecekteki profesyonel kariyerleri hakkında endişelendiğini göstermektedir (Aristovnik vd., 2020). Özellikle farklı araştırmalarda 'COVID-19 korkusu'nun gelecekteki işgücünün kariyer kaygısı üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (Mahmud vd., 2021; Lin vd., 2021). Hatta COVID-19'un sadece öğrenciler için değil tüm sektörler için bir kariyer şokuna neden olduğunu dikkat çekilmiştir (Yılmaz, 2020). Ayrıca, COVID-19 pandemisi dönemi tüm ülkeler için sağlık hizmetlerinin ve sağlık çalışanlarının ne kadar önemli olduğunun anlaşıldığı bir dönem olmuştur. Bu nedenle sağlık hizmeti sağlayıcısı olmayı ve bu alanda görev yapmayı seçen öğrencilerin kariyer kararlarının nasıl etkileneceğinin incelenmesi gerekir. Öğrenciler hizmet ihtiyacını görüp bu alanda ilerlemeyi tercih edebilirler veya televizyonlarda, sosyal medyada pandemi döneminde aşırı stresli bir ortamda uzun saatler çalışmak zorunda kalan ve hayatlarını riske atan sağlık personeli ile ilgili yayınlanan görüntüler, potansiyel sağlık çalışanlarının seçeneklerini yeniden gözden geçirmelerine yol açabilir. Bunun yanı sıra, daha fazla öğrenci gelecekte yaşanabilecek pandemik durumlar için tıbbi testler ve aşılar üretme amacıyla biyolojik bilimlere veya farmasötiklerle ilgi alanlara yönelebilirler (Hite ve McDonald, 2020).

Kariyer geleceği algısı, bir bireyin devam etmeyi amaçladığı veya başarılı olmayı hedeflediği kariyerle ilgili arzusunu yansıtmaktadır. Birey arzu ettiği mesleğe ulaşabilme yolunda kendisi için hedef belirler. Yani, kariyer geleceği algısı aslında takip etmek istediği yola ilişkin algısıdır (Menon ve Santha 2017). Algı kavramı, bir şeyin farkında olma, idrak sahibi olma ve bir şeyin anlaşılmasını ifade eder. Bu kavram aynı zamanda öğrencilerin gelecekte anlamlı bir kariyer seçimi yapabilmeleri için ilgi alanlarını organize edecekleri, seçecekleri ve yorumlaya-

cakları bir süreci ifade eder (Bordean ve Sonea, 2018). Kısacası kariyer geleceği algısı, bireylerin olumlu kariyer planlama tutumlarını incelemektedir.

Literatürde kariyer geleceği kavramı, "kariyer uyumluluğu" ve "kariyer iyimserliği" kavramlarıyla ilişkilendirilmektedir. Super ve Knasel kariyer uyumluluğu terimini bir yetişkinin "değişen iş ve çalışma koşullarıyla başa çıkmaya hazır olma" durumu (1981: 195) olarak tanımlamıştır. Savickas, kariyer uyumluluğunu "kariyer olgunluğu" kavramının bir ikamesi olarak kullanmış ve "bireyin bir mesleki role hazırlanırken ya da o role girmek üzereyken karşılaştığı, mesleğin kendisinden ya da çalışma şartlarından kaynaklanan beklenmeyen değişimlerle başa çıkmaya hazır olma gücünü gösteren psikososyal bir yapı" (1997: 51) olarak tanımlanmıştır. Rottinghaus, Day ve Borgen kariyer iyimserliğini; "bireyin gelecekteki kariyer gelişimi ile ilgili mümkün olan en iyi sonucu beklemesi ve kişinin gelecekteki kariyer gelişiminin en olumlu yönlerini görmesi ve vurgulaması" olarak (2005: 11) tanımlanmıştır. Ayrıca, Rottinghaus, Day ve Borgen iş piyasasına ilişkin algılanan bilgiyi ise "bireylerin iş piyasasını ve istihdam eğilimlerini nasıl algıladığı" olarak (2005: 11) tanımlamıştır. Günümüzün küresel ekonomisinin değişken doğası, bireylerin çalışma hayatlarını etkileyen değişen koşullara uyum sağlamalarını gerektirmektedir. Öğrencilerin meslek alanları ile ilgili iş piyasasındaki beklenti ve talepleri takip etmesi kariyer geleceklerini planlamaları açısından önemlidir.

Bu araştırma COVID-19 pandemisi döneminde, sağlık bilimleri fakültesinin çeşitli bölümlerinde lisans eğitimi alan öğrencilerin kariyer geleceklerine ilişkin algılarının değerlendirilmesi ve belirlenen sosyodemografik özellikler açısından incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

## 2. Yöntem

Araştırmanın evrenini Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde 2021-2022 Bahar Döneminde Lisans eğitimi almakta olan Sağlık Yönetimi, Hemşirelik, Çocuk Gelişimi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Beslenme ve Diyetetik, Sosyal Hizmet bölümleri öğrencileri oluşturmaktadır (N:2335). Araştırma için yeterli örneklem büyüklüğü, "evreni bilinen gruplarda örneklem hesaplama formülü" (Özdamar, 2003) ile hesaplanmış ve ulaşılması gereken örneklem büyüklüğü (%95 güven düzeyinde) 337 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırma gönüllülük esas alınarak yürütülmüş, 681 öğrencinin katılıyla tamamlanmıştır. Araştırma 2022 yılı Nisan ve Mayıs aylarında ve gerekli kurumsal izinler ve etik kurul izni alınarak yürütülmüştür. Araştırma verisinin elde edilmesinde yüz yüze görüşme ile anket tekniği kullanılmıştır. Anketin ilk bölümünde bölüm, sınıf, cinsiyet, yaş, akademik ortalama, anne ve babanın eğitim düzeyi ve çalışıp çalışmadıkları gibi sorulara yer verilmiştir. İkinci bölümde ise; Kariyer Geleceği Algısı Ölçeği (KARGEL) kullanılmıştır. Rottinghaus, Day ve Borgen (2005) tarafından bireylerin olumlu kari-

yer planlama tutumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen Kariyer Geleceği Algısı Ölçeği (KARGEL); Türkçe'ye Kalafat (2012) tarafından uyarlanmıştır. Ölçek, kariyer uyumluluğu (KU), kariyer iyimserliği (Kİ) ve iş piyasalarına ilişkin algılanan bilgi (AB) olmak üzere 3 alt boyuttan ve toplam 25 maddeden oluşmaktadır. Ölçek Likert tipi (1= Kesinlikle Katılmıyorum-5= Kesinlikle Katılıyorum) derecelendirme ile değerlendirilmektedir. KU alt boyutu 11 maddeden, Kİ alt boyutu 11 maddeden ve AB alt boyutu ise 3 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 15 olumlu, 8 olumsuz madde içermektedir. Ölçeğin içerdiği ters maddelerde puanlar tersine çevrilmek kaydıyla, bütün maddeler 1-5 arası puanlanmaktadır. KU ve Kİ alt boyutlarından alınabilecek en yüksek puan 55, en düşük puan ise 11, AB alt boyutundan ise en yüksek puan 15, en düşük ise 3'tür. Ölçeğin Cronbach's Alpha güvenirlik katsayıları kariyer uyumluluğu için 0,83, kariyer iyimserliği 0,82 ve iş piyasalarına ilişkin algılanan bilgi alt boyutu için 0,62 ve toplamda 0,88 bulunarak ölçeğin yeterli güvenirlik düzeylerine sahip olduğu görülmüştür (Kalafat, 2012). Bu araştırmada ise ölçeğe ilişkin Cronbach's Alpha güvenirlik katsayıları, kariyer uyumluluğu alt boyutu için 0,832; kariyer iyimserliği alt boyutu için 0,785; iş piyasalarına ilişkin algılanan bilgi alt boyutu için 0,590 ve ölçek toplamı için 0,879 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmada analizler öncesi normallik testleri yapılmış, her bir alt boyuta ve ölçek toplam puanına ilişkin basıklık (kurtotis) ve çarpıklık (skewness) değerleri bulunmuştur. Alt boyutlara ve ölçek toplam puanlarına göre hesaplanan skewness ve kurtosis değerleri incelendiğinde değerlerin değerlerinin, -1,5 ile +1,5 arasında olduğu belirlenmiş ve verilerin normal dağılım gösterdiği (Tabachnick ve Fidell, 2013) kabul edilmiştir. Dolayısıyla, sosyodemografik değişkenler ile karşılaştırmalar için parametrik testler kullanılmıştır. İkili grupların karşılaştırılması yapılırken" independent sample t test", üç ve daha fazla grubun karşılaştırılması için ise "varyans analizi (ANOVA, F testi)" kullanılmıştır. Gruplar arası farklılığın belirlenmesinde kaynağını bulmak için "Tukey HSD testi" yapılmıştır. Analizler SPSS 23 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

## 3. Bulgular

Araştırma 681 öğrencinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların %20 'si Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, %18,3'ü Hemşirelik, %17,9'u Sağlık Yönetimi, %17'si Beslenme ve Diyetetik, %16,7'si Çocuk gelişimi ve %9,5'i Sosyal Hizmetler bölümlerinde eğitim almaktadırlar. Katılımcıların %85,9'u kadın, çoğu 18-22 yaş aralığında (%80,6), %24,8'i son sınıf öğrencisi, %52,3'ü "3 ve daha üstünde" bir akademik ortalamaya sahiptir. Katılımcıların %37,7'sinin annesi ilkokul mezunu ve %81,4'ünün annesi çalışmıyor iken, %32,2'sinin babası ise lise mezunudur ve %78,4'ünün babası çalışmaktadır. Öğrencilerin büyük çoğunluğu burs (%27,9) ve öğrenim kredisi (%31,0) aldığının ifade ederken, %33,6'sı herhangi bir burs ve kredi almadığını belirtmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1.** Katılımcılara İlişkin Özellikler

| Değişkenler | Sayı (n) | Yüzde (%) | Değişkenler | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| Bölümler | | | Annenizin Eğitim Düzeyi | | |
| Sağlık Yönetimi | 122 | 17,9 | Okuma- yazma bilmiyor | 23 | 3,4 |
| Hemşirelik | 124 | 18,3 | İlkokul | 257 | 37,7 |
| *Çocuk Gelişimi* | 114 | 16,7 | Ortaokul | 171 | 25,1 |
| Beslenme ve Diyetetik | 116 | 17,0 | Lise | 178 | 26,2 |
| Fizyoterapi ve Rehabilitasyon | 140 | 20,6 | Üniversite | 52 | 7,6 |
| Sosyal Hizmet | 65 | 9,5 | Babanızın Eğitim Düzeyi | | |
| Sınıf | | | İlkokul | 173 | 25,4 |
| 1. Sınıf | 159 | 23,4 | Ortaokul | 141 | 20,7 |
| 2. Sınıf | 188 | 27,6 | Lise | 219 | 32,2 |
| 3. Sınıf | 165 | 24,2 | Üniversite | 148 | 21,7 |
| 4. Sınıf | 169 | 24,8 | Annenin Çalışma Durumu | | |
| Cinsiyet | | | Çalışıyor | 127 | 18,6 |
| Kadın | 585 | 85,9 | Çalışmıyor | 554 | 81,4 |
| Erkek | 96 | 14,1 | Babanızın Çalışma Durumu | | |
| Yaş | | | Çalışıyor | 534 | 78,4 |
| 18-20 yaş | 277 | 40,7 | Çalışmıyor | 147 | 21,6 |
| 21-22 yaş | 272 | 39,9 | Gelir Durumu | | |
| 23 yaş ve üstü | 132 | 19,4 | Burs | 190 | 27,9 |
| Akademik Ortalama | | | Öğrenim kredisi | 211 | 31,0 |
| 2,99 ve altı | 260 | 38,2 | Çalışıyorum | 51 | 7,5 |
| 3 ve üstü | 356 | 52,3 | Yalnızca ailem destekliyor | 229 | 33,6 |
| Toplam | 616 | 90,5 | | | |
| Belirtmeyen | 65 | 9,5 | | | |
| Toplam | 681 | 100 | Toplam | 681 | 100 |

Öğrencilerin Kariyer Geleceği ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları Tablo 2'de gösterilmiştir. Ancak her bir alt boyutu daha kolay karşılaştırmak adına 5'li Likert değerlendirmeye göre ortalamalarda hesaplanmış ve analizler bu ortalamalar üzerinden yürütülmüştür. Kariyer geleceği algısına ilişkin elde edilen ortalamalar değerlendirildiğinde; öğrencilerin kariyer uyumluluğu (ort.3,68±059) ve kariyer iyimserliği (ort.3,55±0,61) alt boyutlarına ilişkin elde ettikleri ortalamaların birbirine yakın ve yüksek olduğu, ancak iş piyasaları bilgi düzeyi alt boyutundan elde ettikleri ortalamalarının (ort.3,13±0,73) nispeten düşük olduğu belirlenmiştir. Kariyer geleceği algısı ölçeğinden alınan toplam puanlar değerlendirildiğinde ise; öğrencilerin kariyer geleceği algılarının yüksek olduğu söylenilebilir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Kariyer Geleceği Algısı Ölçeğinden Alınan Toplam Puanlar

| Kariyer Geleceği Algısı Ölçeği | Ort. | SS | Min | Max |
|---|---|---|---|---|
| Kariyer Uyumluluğu | 40,5 | 6,44 | 13 | 55 |
| Kariyer İyimserliği | 39,0 | 6,66 | 13 | 55 |
| İş Piyasaları Bilgi Düzeyi | 9,4 | 2,19 | 3 | 15 |
| Kariyer Geleceği Algısı Toplam | 88,9 | 12,83 | 33 | 125 |

Tablo 3'te ise, öğrencilerin kariyer geleceği algıları ve ölçeğin alt boyutlarına ilişkin skorları sosyodemografik değişkenlere göre karşılaştırılmıştır. Ölçek toplamından elde edilen ortalamalar değerlendirildiğinde; 18-20 yaş grubundaki öğrencilerin daha yüksek yaş grubunda yer alan öğrencilere göre kariyer geleceğine ilişkin algılarının düşük olduğu (ort.3,5±0,50; min:1-max:5), kariyer geleceği algıları en yüksek bölümün sağlık yönetimi bölümü olduğu (ort,3,7±0,51 min:1-max:5), 1. ve 2. sınıfa devam eden öğrenciler kariyer geleceği algılarının (ort.3,5; min:1-max:5), 3. ve 4. sınıfa devam eden öğrencilere (ort.3,6; min:1-max:5) göre daha düşük olduğu, eğitimi esnasında çalışan öğrencilerin kariyer geleceği algılarının (ort.3,7±0,51; min:1-max:5) çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu ve annesi çalışan öğrencilerin kariyer geleceği algılarının (ort.3,6±0,52; min:1-max:5) annesi çalışmayan öğrencilere (ort.3,6 min:1-max:5) göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 3.** Kariyer Geleceği Ölçeği ve Alt Boyutlarının Katılımcıların Özelliklerine Göre İncelenmesi

| | | **Kariyer Uyumluluğu** | | **Kariyer İyimserliği** | | İş Piyasaları Bilgi Düzeyi | | **Kariyer Geleceği Toplam** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **Ort** | **SS** | **Ort** | **SS** | **Ort** | **SS** | **Ort** | **SS** |
| Cinsiyet | Kadın | 3,7 | ,57 | 3,6 | ,61 | 3,1 | 0,72 | 3,6 | 0,51 |
| | Erkek | 3,7 | ,68 | 3,5 | ,58 | 3,3 | 0,80 | 3,6 | 0,54 |
| | | t= -,491 p=,624 | | t= ,563 p=,573 | | **t= -,2,222 p=,027**** | | t= -,322 p=,740 | |
| Yaş | 18-20 yaş | 3,6* | ,58 | 3,5 | ,60 | 3,1 | ,68 | 3,5* | ,50 |
| | 21-22 yaş | 3,8 | ,55 | 3,6 | ,59 | 3,1 | ,75 | 3,6 | ,49 |
| | 23 yaş ve üstü | 3,7 | ,63 | 3,6 | ,65 | 3,2 | ,78 | 3,6 | ,56 |
| | | **F=6,873** | **p= ,001**** | F=1,830 | p=,161 | F=2,187 | p=,113 | **F=4,920** | **p=,008**** |
| Eğitim Alınan Bölüm | Bes ve Diy. | 3,7 | ,53 | 3,4* | ,57 | 3,2 | ,74 | 3,5 | ,48 |
| | Çocuk Gelş. | 3,6 | ,62 | 3,7 | ,64 | 3,0 | ,81 | 3,6 | ,55 |
| | Hemşirelik | 3,7 | ,51 | 3,5* | ,54 | 3,2 | ,63 | 3,6 | ,44 |
| | Fizyoterapi ve Rehberl. | 3,7 | ,53 | 3,6 | ,57 | 3,1 | ,67 | 3,6 | ,48 |
| | Sağlık Yön. | 3,8 | ,58 | 3,6 | ,64 | 3,2 | ,79 | 3,7 | ,51 |
| | Sosyal Hiz. | 3,4* | ,79 | 3,3* | ,64 | 3,0 | ,73 | 3,3* | ,62 |
| | | **F=4,059** | **p=,003**** | **F=4,700** | **p=,000**** | F=1,665 | p=,141 | **F=4,920** | **p=,008**** |
| Sınıf | 1. Sınıf | 3,6 | ,62 | 3,5 | ,65 | 3,1 | ,67 | 3,5 | ,55 |
| | 2. Sınıf | 3,7 | ,57 | 3,5 | ,61 | 3,1 | ,69 | 3,5 | ,49 |
| | 3. Sınıf | 3,8* | ,58 | 3,6 | ,58 | 3,2 | ,79 | 3,6 | ,51 |
| | 4. Sınıf | 3,7 | ,57 | 3,6 | ,58 | 3,2 | ,76 | 3,6 | ,50 |
| | | **F=4,038** | **p=,007**** | F=,358 | p=,783 | F=1,557 | p=,198 | F=2,193 | p=,088 |
| Akad. Ortalm. | 2,99 ve altı | 3,7 | ,59 | 3,5 | ,60 | 3,1 | ,77 | 3,5 | ,51 |
| | 3 ve üstü | 3,7 | ,56 | 3,6 | ,60 | 3,1 | ,72 | 3,6 | ,50 |
| | | t= -,496 p=,614 | | **t= -2,321 F=,021**** | | t= ,478 p=,633 | | t= -1,376 p=,169 | |
| Gelir | Burs | 3,7 | ,61 | 3,5 | ,62 | 3,1 | ,72 | 3,5 | ,54 |
| | Öğrenim Kredisi | 3,7 | ,61 | 3,5 | ,59 | 3,1 | ,74 | 3,5 | ,52 |
| | Çalışıyorum | 3,9* | ,57 | 3,6 | ,60 | 3,4* | ,78 | 3,7 | ,51 |
| | Yalnızca Ailem Destekliyor | 3,7 | ,53 | 3,6 | ,61 | 3,1 | ,71 | 3,6 | ,48 |
| | | **F=2,730** | **p=,043**** | F=,437 | p=,726 | **F=3,377** | **p=,018**** | F=2,022 | p=,110 |
| Annenin Çalışma Durumu | Evet | 3,8 | ,62 | 3,6 | ,59 | 3,2 | ,72 | 3,6 | 0,52 |
| | Hayır | 3,7 | ,57 | 3,5 | ,61 | 3,1 | ,73 | 3,5 | 0,51 |
| | | **t= 2,048 p=,041**** | | t= 1,462 p=,144 | | t= 1,851 p=,065 | | **t= 2,104 p=,036**** | |

*Farkı Oluşturan Grup, ** p<0,05

Öğrencilerin kariyer geleceği algıları ölçeği toplam puanları; yaş (F=4,920 p=,008), eğitim alınan bölüm (F=4,920 p=,008) ve annenin çalışma durumuna (t= 2,104 p=,036) göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermekte, gruplar arası farklılıklar ise; araştırma döneminde 18-20 yaş grubunda olan, sosyal hizmetler bölümünde eğitim alan ve annesi çalışan öğrencilerden kaynaklanmaktadır (Tablo 3).

Kariyer geleceği ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde öğrencilerin kariyer uyumluluğu algılarının; yaşlarına (F=6,873 p= ,001), eğitim alınan bölüme (F=4,059 p=,003), devam edilen sınıfa (F=4,038 p=,007), gelir durumuna (F=2,730 p=,043) ve annenin çalışma durumuna (t= 2,048 p=,041) göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği belirlenmiştir. Gerçekleştirilen Post hoc testlerde bu boyuta ilişkin farklılığın araştırma döneminde 18-20 yaş aralığında olan, sosyal hizmet bölümünde eğitim alan, 3. sınıfa devam etmekte olan ve kendisi çalışan ve annesi çalışan öğrencilerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Öğrencilerin kariyer iyimserliği alt boyutuna ilişkin algıları ise; eğitim alınan bölüm (F=4,700 p=,000) ve akademik ortalama puanları (t= -2,321 F=,021) değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiştir. Gerçekleştirilen Post Hoc testlerde kariyer iyimserliği alt boyutuna ilişkin farklılığın sosyal hizmetler, hemşirelik ve beslenme ve diyetetik bölümlerinde eğitim alan öğrencilerden ve 3 ve daha üstü bir akademik ortalamaya sahip öğrencilerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Katılımcıların iş piyasaları bilgi düzeyi alt boyutu cinsiyet (t= -,2,222 p=,027) ve gelir durumuna (F=3,377 p=,018) göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiştir. Farkı oluşturan grupların ise; erkek öğrenciler ve öğrencilikleri esnasında çalışan öğrencilerden kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 3). Öğrencilerin kariyer geleceği algıları ile annenin ve babanın eğitim durumu ve babanın çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

## 4. Tartışma ve Sonuç

Üniversite dönemi, kariyerle ilgili düşüncelerin yapılanmasında kritik bir gelişim dönemi olarak ele alınmaktadır. Günümüz şartlarında, kariyer geleceğine ilişkin planlamanın, tam zamanlı istihdam öncesinde ele alınması, çalışan adaylarının iş ortamına ve kariyerlerine uyum sağlamaları açısından önemlidir.

Elde edilen sonuçlar; öğrencilerin kariyer geleceğine ilişkin algılarının yüksek olduğunu (ort. 88,9±12,83) göstermiştir. Öğrencilerin kariyer uyumluluğu (ort.3,68±059) ve kariyer iyimserliği (ort.3,55±0,61) alt boyutlarına ilişkin elde ettikleri ortalamaların birbirine yakın ve yüksek iken, iş piyasaları bilgi düzeyi alt boyutundan elde ettikleri ortalamalarının (ort.3,13±0,73) orta seviyede ama diğer alt boyutlara göre nispeten düşük olduğu belirlenmiştir. Karadaş vd., (2017) hemşirelik bölümü öğrencileriyle gerçekleştirdikleri araştırmada benzer sonuçlar elde etmiştir. Elde edilen bu sonuçlar öğrencilerin yaşanan COVID-19 pandemisi

koşullarına rağmen kariyer gelecekleri konusunda umutlu olduğunu göstermektedir. Saviskas (2002) kariyer geleceğine ilişkin planlama sürecinin, aynı zamanda bir uyum süreci olduğunu öne sürmektedir. Dolayısıyla kariyer uyumluluğu bireyin hâlihazırda geçerli olan toplumsal ve ekonomik koşullarla başa çıkabilme becerilerini vurgulamaktadır (Güldü ve Kart, 2017).

Öğrencilerin kariyer geleceğine ilişkin algıları, yaş cinsiyet, sınıf, eğitim alınan bölüm, akademik ortalama ve annenin çalışma durumu özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiştir. Kalafat (2014) elde ettiğimiz bu bulguların aksine üniversite öğrencilerinin sınıf ve cinsiyet özelliklerinin kariyer geleceği algısı konusunda anlamlı fark oluşturmadığını tespit etmiştir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar incelendiğinde ise, öğrencilerin kariyer geleceğine ilişkin algılarının yaş ve sınıf düzeyleri ilerledikçe yükseldiği, akademik ortalaması yüksek öğrencilerin kariyer iyimserliği düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar, üniversitenin ilk yılarında meslek alanlarıyla ilgili yeterli bilgiye ve deneyime sahip olmayan öğrencilerin, yaş ve sınıf düzeyleri yükseldikçe ve aldıkları eğitim ile mesleki bilgi düzeyleri arttıkça kariyerleri konusunda daha iyimser düşünmeye başladıklarını düşündürmektedir. Öğrencilerin kariyer planlama gelişim süreci üzerinde pek çok faktör etkilidir. Fisher ve Griggs (1995) bu faktörleri; ebeveyn etkisi, akran etkisi, öğretmen etkisi, toplumsal cinsiyet rolüne ilişkin beklentiler, okul akademik başarısı ve benlik yeterliliği ve ölüm, hastalık gibi olumsuz olaylar olarak sıralamıştır. Araştırma sonuçlarına göre öğrencilerin kariyer geleceğine ilişkin algılarının cinsiyet, akademik ortalama ve annenin çalışma durumundan etkilenmesi bahsedilen açıklama tarafından desteklenmektedir.

Sağlık bilimleri fakültesi bölümleri öğrencilerinin kariyer geleceği algıları birbirine yakın olmakla birlikte, en yüksek kariyer geleceği algısı ortalamalarının "Sağlık Yönetimi" bölümünde eğitim alan öğrencilere ait olduğu, sonrasında fizyoterapi ve rehabilitasyon, hemşirelik ve çocuk gelişimi bölümleri olduğu ve en düşük kariyer geleceği algısına sahip öğrencilerin ise sosyal hizmetler bölümünde eğitim aldığı belirlenmiştir. Daha önce yapılan bir araştırma "Sağlık Yönetimi" bölümüne devam eden öğrencilerin kariyer motivasyonlarının yüksek düzeyde olduğunu ortaya koymuştur (Söylemez ve Kaya, 2020). Şen vd, (2021) hemşirelik öğrencilerinin kariyer geleceği algılarının düşük (ort.2,19±0,51) olduğunu belirlemiştir. Buna ek olarak sağlık bilimleri fakültesinde eğitim verilen bölümlerin ders müfredatları incelendiğinde "Sağlık Yönetimi" ve "Fizyoterapi ve Rehabilitasyon" bölümlerinde "kariyer planlaması" dersinin olduğu, diğer bölümlerde bu dersin müfredatta yer almadığı belirlenmiştir. Sağlık Yönetimi bölümü öğrencileri ayrıca 3 sınıfta insan kaynakları yönetimi dersi ile de kariyer konusuna giriş yapmaktadır. Dolayısıyla yaşları, sınıfları ilerledikçe ve alınan eğitimin de etkisiyle kariyer konusundaki farkındalıkları artmaktadır. Bu sonuç üniversitede verilecek olan kariyer planlama ve kariyer yönetimi derslerinin önemini yansıtmaktadır.

COVID-19'un sağlık bilimleri öğrencileri üzerinde meslekten ayrılmaya ve farklı kariyer tercihleri yapmaya kadar olan sonuçları (Mahmud vd., 2021; Lin vd., 2021) ve üniversitelerin toplumsal ihtiyaçlara cevap verecek iş gücü yetiştirme sorumluluğu düşünüldüğünde; öğrencilerin mesleki rollerine hazırlanırken sağlık hizmetleri alanın zorluklarıyla ve değişimleriyle başa çıkabilmeleri için daha donanımlı hale getirilmesi ve üniversite eğitimi sürecinde kariyer planlamaya ilişkin bilgi, beceri, farkındalıklarının ve iş piyasasına ilişkin bilgi düzeylerinin artırılmasına yönelik müfredat düzenlemeleri ve akademik faaliyetlerin yürütülmesi önerilmektedir.

## Kaynakça


Akosah-Twumasi, P., Emeto, T. I., Lindsay, D., Tsey, K., & Malau-Aduli, B. S. (2018). A systematic review of factors that influence youths career choices—the role of culture. In *Frontiers in Education 3* (58), 1-15.

Aristovnik, A., Keržič, D., Ravšelj, D., Tomaževič, N., & Umek, L. (2020). Impacts of the COVID-19 pandemic on life of higher education students: A global perspective. *Sustainability*, *12*(20), 8438.

Bordean, O., & Sonea, A. (2018). Student satisfaction and perceived skills: Any link to employability? *International Journal: Entrepreneurship and Sustainability Issues, 6* (1), 356–370.

Fisher, T. A., & Griggs, M. B. (1995). Factors That Influence the Career Development of African-American and Latino Youth. *Journal of Vocational Education Research*, *20*(2), 57-74.

Güldü, Ö., & Kart, M. E. (2017). Kariyer planlama sürecinde kariyer engelleri ve kariyer geleceği algılarının rolü. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, *72*(2), 377-400.

Hite, L. M., & McDonald, K. S. (2020). Careers after COVID-19: Challenges and changes. *Human Resource Development International*, *23*(4), 427-437.

Kalafat, T. (2012). Kariyer Geleceği Ölçeği (KARGEL): Türk örneklemi için psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, *4*(38), 169-179.

Kalafat, T. (2014). Kariyer geleceği algısını etkileyen kişisel faktörlerin belirlenmesine yönelik bir model çalışması (Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Ankara, Türkiye. YOKTEZ https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp

Karadaş, A., Duran, S., & Kaynak, S. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin kariyer planlamaya yönelik görüşlerinin belirlenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *8*(1), 1-8.

Lin, Y., Hu, Z., Danaee, M., Alias, H., & Wong, L. P. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on future nursing career turnover intention among nursing students. *Risk management and healthcare policy*, *14*, 3605.

Mahmud, M. S., Talukder, M. U., & Rahman, S. M. (2021). Does 'Fear of COVID-19'trigger future career anxiety? An empirical investigation considering depression from COVID-19 as a mediator. *International Journal of Social Psychiatry*, *67*(1), 35-45.

Mannaa, M. T., & Abou-Shouk, M. (2020). Students' perceptions towards working in the tourism and hospitality industry in United Arab Emirates. *Al-Adab Journal*, *1*(135), 33-52.

**Özdamar, K. (2003) SPSS ile Biyoistatistik. Kaan Kitabevi, Eskişehir.**

Rottinghaus, PJ., Day, S.X., & Borgen, F.H. (2005). The Career Futures Inventory: A measure of career related adaptability and optimism. *Journal of Career Assessment,* 13(1), 3-24.

Savickas, M. L. (1997). Career adaptability: An integrative construct for life-span, life-space theory. The Career Development Quarterly, 45(3), 247-259.

Savickas, M. L. (2002). "Career construction". Career choice and development, Ed. Duane Brown

and Associates.The Jossey-Bass Busines & Mangement Series. Fourth Edition, 2002, s. 149-205.

Söylemez, Ş. Ç., & Kaya, Ş. D. (2020). Mesleki Uygulama Beklentilerinin Kariyer Motivasyonu Üzerine Etkisi: Sağlık Yönetimi Bölümü Öğrencilerine Yönelik Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, *11*(28), 855-874.

Super, D. E., & Knasel, E. G. (1981). Career development in adulthood: Some theoretical problems and a possible solution. British Journal of Guidance & Counselling, 9, 194–201.

Şen, S., Özdilek, S., & Öz, E. N. (2021). Hemşirelik Öğrencilerinde Kariyer Geleceği ile Hemşirelik Mesleğine Yönelik İmaj Algısı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, *8*(1), 21-30.

Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2013). Using Multivariate Statistics, Ed. 6th Pearson Education. *Inc, Boston.*

United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization, UNESCO. (2020). 1.37 billion students now home as COVID-19 school closures expand, ministers scale up multimedia approaches to ensure learning continuity. UNESCO. https://en.unesco.org/news/137-billion-students-now-home-covid-19-school-closures-expand-ministers-scale-multimedia. (Erişim Tarihi: 18.08.2022)

Yilmaz, V. (2020). Covid-19 and career shock. TOGU *Career Research Journal, 1*(1), 1-9.

# DETERMINING THE OCCUPATIONAL COMMITMENT AND CAREER COMMITMENT LEVELS OF MEDICAL FACULTY RESEARCH ASSISTANTS

Selin Ökçün [1], Elif Dikmetaş Yardan [2]

***Abstract***

*The aim of this study is to determine the level of occupational commitment and career commitment to the research assistants working in the medical faculty. This research was carried out through a questionnaire. The questionnaire was prepared in accordance with expert opinion by using approved validity and reliability scales. Within the scope of the research, it was aimed to reach 518 research assistants working in a university hospital between 01.08.2019-15.10.2019. Within the scope of the research 438 research assistants were reached. As a result of the study it was found that average scores of affective occupational commitment was 3,69; continuance occupational commitment was 3,89; normative occupational commitment was 3,34 and career commitment was 2,94. Affective commitment, continuance commitment and normative commitment levels were high and career commitment levels are moderate was found of the research assistants participating in the study.*

***Key Words**: Research Assistants, Occupational Commitment, Career Commitment*

***Özet***

*Bu çalışmanın amacı tıp fakültesinde çalışan araştırma görevlilerinin mesleki bağlılık ve kariyer bağlılığı seviyelerinin belirlenmesidir. Bu araştırma anket yoluyla gerçekleştirilmiştir. Anket, uzman görüşü doğrultusunda onaylanmış geçerlilik ve güvenirlik ölçekleri kullanılarak hazırlanmıştır. Araştırma kapsamında 01.08.2019-15.10.2019 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde görev yapan 518 araştırma görevlisine ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma kapsamında 438 araştırma görevlisine ulaşılmıştır. Araştırma sonucunda duygusal mesleki*

1 Uzman, Econix Araştırma Analiz ve Danışmanlık A.Ş, selin-okcın@hotmail.com

2 Prof. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, elifdikmetas@hotmail.com

*bağlılık puan ortalamaları 3,69; mesleki devam bağlılığı 3,89; normatif mesleki bağlılık 3,34 ve kariyer bağlılığı 2,94'tür. Araştırmaya katılan araştırma görevlilerinin duygusal bağlılık, devam bağlılığı ve normatif bağlılık düzeylerinin yüksek, kariyer bağlılık düzeylerinin ise orta düzeyde olduğu bulunmuştur.*

***Anahtar Kelimeler**: Araştırma Görevlisi, Mesleki Bağlılık, Kariyer Bağlılığı*

## 1. Intoduction

### 1.1. Occupational Commitment

Occupation is defined as the specific field of study in which an individual struggles to make a living at a given time (Lee et al., 2000). Occupational commitment is defined as the desire to remain in the profession (Blau, 1985), the sense of loyalty towards the occupation (Jepson and Forrest, 2006), the individual's emotional response to his or her occupation and the emotional connection between his or her occupation (Lee et al., 2000). In recent years, individuals have focused on their occupation as the area of control to cope with environmental and organizational uncertainty. This has led to a shift in their commitment to their organisation or career rather than to their occupation (Carson et al., 1995).

The individual with high professional commitment strongly identifies with his / her occupation and experiences positive emotions (Blau, 2003). At the same time, they strive to develop their skills, advance in their career and specialize in their occupation, and their intention to quit is low (Tak and Çiftçioğlu, 2009). Occupational commitment; demonstrating higher job performance, and absenteeism in the age of in reducing the workforce, increase in job satisfaction, motivation to increase organizational efficiency professional and a great increase in the increase of organizational citizenship behavior, increase productivity, reduce stress in the strengthening of professional involvement, increase customer satisfaction, the reduction of leave from work in a great increase in personal development, work - family conflict and life satisfaction in the reduction of reduce the level of occupational burnout has the effect of increasing (Meyer et al., 1993; Kaya, 2012).

Meyer et al. identified 3 different themes related to the definition of occupational commitment in their study in 1991. Affective commitment means the individual to perform his / her occupation fondly, to have psychological connection with his / her profession, to want to stay in the occupation and to identify with his / her occupation (Meyer and Allen, 1991; Baysal and Paksoy, 1999; Irving et al., 1997). Continuance commitment is a type of commitment related to the individual realizing the cost of leaving the occupation, being too invested to give up on the profession, and the willingness to meet the high cost of giving up (Meyer et al., 1993; Meyer and Allen, 1991). The factor that keeps the individual

connected to his / her occupation in the commitment to occupational continuance is the financial and spiritual investments he / she makes in his / her occupation (Kaya, 2012). Normative commitment is the belief that individuals should remain in the profession with a sense of moral duty, and thus devote themselves to the profession with an obligatory bond (Yetgin, 2017). In normative occupational commitment, the sense of responsibility, not material or psychological connection, is at the forefront (Meyer et al., 1993).

Working in the health sector requires commitment to the occupation beyond making money (Benligiray and Sönmez, 2011). Occupational commitment in health sector workers first begins during the training period and usually increases when working in a specific health institution (Chang et al., 2007).

### 1.2. Career Commitment

Career; since it involves an individually perceived sequence of separate but related positions that the individual is in over certain time periods the concept of commitment to career is of paramount importance for the advancement and development of career (Colarelli et al., 1990; Pizzolatto, 1988). Career commitment is defined as the motivational force needed to work in the chosen career role (Pizzolatto, 1988). Career commitment indicates an individual's commitment to work in a role over a given period of time. Career commitment differs from organizational commitment or an individual's commitment to a specific job in the organization at a given time. Research has shown that individuals who are committed to their careers are less likely to withdraw from their careers and professions (King-Jones, 2013).

Despite the challenges of the health sector due to its unique characteristics, career commitment is expected to cope with the challenges faced by health professionals with strong career commitment, as it involves more individual self-set goals and commitment to their own career (Azim and Islam, 2018). Career commitment in healthcare personnel has been associated with the quality of the service they provide to patients (Maheshwari et al., 2008).

Career commitment is defined as the individual's attitude towards the subject he or she specializes in in line with the education he or she receives and willingness to invest in developing their career (Blau, 1989; Kong et al., 2012). Health sector personnel are investing heavily in their careers with the training they have received and the great labor they have spent for many years and have a career expectation. Medical personnel who are eager to invest in their careers have a higher career commitment and therefore achieve higher achievements (Riveros Andrea et al., 2011; Özmutlu Onay, 2016). If the perceived career expectations are met, career commitment also increases (Myrtle, 2008).

## 2. Method

The aim of this study is to determine the level of occupational commitment and career commitment to the research assistants working in a university hospital.

The research was conducted between 01.08.2019-15.10.2019 at a university hospital. The university hospital has 518 research assistants. The sample from the universe designated as 518 individuals was not selected, and the entire universe was intended to be reached. 84,55% (n=438) of the universe has been reached. Only voluntary participants were included in the study.

In order to conduct the research, the necessary permission certificate was obtained from the Clinical Research Ethics Board of university at 11.07.2019. This study was supported by the department of Scientific Research Projects with the project number PYO.SBF.1904.19.008.

### 2.1. Measures

The research questionnaire consists of 3 parts. The first part consists of questions to determine the demographic characteristics of the research assistants who participated in the research. The second part of the questionnaire includes the Career Commitment Scale developed by Gary J. Blau (1985). The scale's original reliability level was found to be $\alpha = 0,67$ and its validity and reliability were accepted in the relevant literature. The reliability and validity of the scale, which was adapted to Turkish by Tak and Çiftçioğlu (2008), was examined and the Cronbach alpha reliability coefficient was found to be 0,77. The scale consists of 8 items and has a scale scale of 5 Likert type as 1 = strongly disagree, 5 = strongly agree.

The third and final section of the survey includes the Occupational Commitment Scale, developed by Meyer, Allen and Smith (1993). Occupational commitment scale; it consists of 3 sub-dimensions: affective commitment, continuance commitment and normative commitment. It consists of a total of 18 items, including 6 items in each sub-dimension, and has a Likert-type scale of 5. In the affective commitment dimension of the original scale, Cronbach alpha reliability coefficient was 0,85 for the first sample group of registered nurses and 0,82 for the second sample group of student nurses. In continuance commitment dimension, Cronbach's alpha reliability coefficient was 0,83 for the first sample group and 0,76 for the second sample group. In normative commitment dimension, Cronbach alpha reliability coefficient was found 0,77 for the first sample group and 0,80 for the second sample group. Occupational commitment scale is recognized as valid and reliable in the relevant literature. The validity and reliability of the Occupational Commitment Scale, which was adapted to Turkish by Tak and Çiftçioğlu (2009), was examined in Turkish and the Cronbach alpha

reliability coefficient for the affective commitment dimension was 0,75; Cronbach alpha reliability coefficient was 0,27 for the continuance commitment dimension and Cronbach alpha reliability coefficient was 0,73 for the normative commitment dimension.

In order to ensure the reliability of the study, a reliability analysis was carried out regarding the occupational commitment scale, sub-dimensions of the occupational commitment scale and career commitment scale. Cronbach's alpha value was 0,80 for the occupational commitment scale, 0,76 for the affective commitment dimension, 0,72 for the continuance commitment dimension, and 0,82 for the normative commitment dimension. Cronbach alpha value was calculated as the reliability coefficient of the career commitment scale and was found to be 0,79.

### 2.2. Data Analysis

The data were analyzed with IBM SPSS V23 package program. The suitability of the data for normal distribution was examined by Kolmogorov Smirnov and Shapiro Wilk tests. One-way of variance analysis (ANOVA) and independent samples t test were used to compare normal distribution data. Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests were used to compare data that without normal distribution. Spearman correlation coefficient was used to examine the relationship between variables that without normal distribution; Chi-square test was used to analyze categorical data. The data that normal distribution were presented as mean ± standard deviation and the data that without normal distribution were presented as median (min-mak). Categorical data is presented as frequency (percentage). Significance level was $p < 0,05$.

## 3. Results

According to the findings of the study, 52,7% (n=231) of the research participants were female and 47,3% (n=207) were male. 50,2% (n = 220) of the participants are married, 49,8% (n = 218) are single. 40,6% (n = 178) of the research assistants are considering making an academic career, 24,4% (n = 107) have no idea of making an academic career and 34,9% (n = 153) are undecided. 58,7% (n = 257) of the participants work in internal medicine, 29,2% (n = 128) in surgical medicine and 12,1% (n = 53) in basic medical sciences. 83,8% of the participants (n = 367) work with the shifts system. According to the analysis; The patient groups work with the participants are; 82,4% (n = 361) adults, 46,3% (n = 203) elderly, 37,9% (n = 166) children, 31,3% (n = 137) the baby is 31,3% (n = 137) adolescent and 26,9% (n = 118) is newborn. The patient group that 87% (n = 380) of the participants generally work consists of both women and men. The patient group where 10,5% (n = 46) of the participants work is female and 2,5% (n = 11) are male.

The average scores of occupational commitment of the research assistants who participated in the study were found to be 3,64. Of the subdimensions of occupational commitment, the average score of affective commitment was 3,69; the average score of continuance commitment was 3,89 and the average score of normative commitment was 3,34. The average point of career commitment of the research assistants who participated in the study was found to be 2,94 (Table 1).

**Table 1.** Levels of occupational commitment and career commitment of research assistants

| | Average | Standard Deviation | Median | Minimum | Maximum |
|---|---|---|---|---|---|
| Occupational Commitment | 3,64 | 0,52 | 3,67 | 1,78 | 4,89 |
| Affective Commitment | 3,69 | 0,72 | 3,83 | 1 | 5 |
| Continuance Commitment | 3,89 | 0,66 | 4,00 | 1,67 | 5 |
| Normative Commitment | 3,34 | 0,86 | 3,50 | 1 | 5 |
| Career Commitment | 2,94 | 0,86 | 2,86 | 1 | 5 |

According to the analysis results; no significant relationship was found between affective commitment and continuance commitment (p = 0,149). A positive weak level significant relationship was found between affective commitment and normative commitment (p <0,001). A moderate positive correlation was found between affective commitment and career commitment (p <0,001). A positive weak level significant relationship was found between continuance commitment and normative commitment (p <0,001). A negative weak level significant correlation was found between continuance commitment and career commitment (p <0,001). A positive weak level significant correlation was found between normative commitment and career commitment (p <0,001) (Table 2).

**Table 2.** Correlation analysis between the occupational commitment and career commitment

| | | Affective Commitment | Continuance Commitment | Normative Commitment |
|---|---|---|---|---|
| Affective Commitment | r | 0,069 | | |
| | p | 0,149 | | |
| Normative Commitment | r | 0,358 | 0,274 | |
| | p | **<0,001** | **<0,001** | |
| Career Commitment | r | 0,543 | -0,169 | 0,219 |
| | p | **<0,001** | **<0,001** | **<0,001** |

## 4. Discussion and Conclusion

The average score of participant's of occupational commitment was 3,64, the average score of affective commitment was 3,69, the average score of continuance commitment was 3,89, and the average score of normative commitment was 3,34. The levels of occupational commitment and sub-dimensions of research assistants were found to be high. The most intense occupational commitment type is continuance commitment.

The average score of career commitment of the participants was 2,94. In the research conducted by Derin et al. (2017) with 320 nurses working in 2 hospitals in Malatya, including university and public hospital; found the career commitment level of nurses as low as 2,1. In a study conducted by Kendir and Özkoç (2018) with tourist guides, the level of career commitment was determined as 2,81. Similarly, in the study conducted by Çakmak Otluoğlu (2014) with financial sector employees, the level of career commitment was found to be 2,56. It is noteworthy that the commitment level of employees in the service sector to their career is at a medium level.

As a result of the correlation analysis; no relationship was found between affective commitment and continuance commitment ($r = 0,069$; $p = 0,149$). There is a significant positive-weak relationship between affective commitment and normative commitment ($r = 0,358$; $p < 0,001$). There is a significant positive-weak relationship between continuance commitment and normative commitment ($r = 0,274$; $p < 0,001$). Considering at the literature; in the study conducted by Chang et al. (2007) with 177 nurses working in 30 different hospitals in Taiwan; a significant positive correlation was found between affective commitment, continuance commitment and normative commitment. However, Meyer et al. (1993), Chang et al. (2007) and Snape and Redman (2003) found a relationship also between affective commitment and continuance commitment.

A positive significant relationship was found between affective commitment, which is the sub-dimension of the occupational commitment, and career commitment ($r = 0,543$; $p < 0,001$). A negative weak level significant relationship was found between continuance commitment and career commitment ($r = -0,169$; $p < 0,001$). A positive weak level significant relationship was found between normative commitment and career commitment ($r = 0,219$; $p < 0,001$). In the study conducted by Özdevecioğlu and Aktaş (2007), a positive relationship was found between career commitment and occupational commitment ($p < 0,001$).

Research assistants during specialist training, face many problems like, intense pace of work, more workload, lack of respect for the identity of the physician compared to the past, lack of payment, physical insufficience of the health care institution, inadequate auxiliary personnel, multiplicity of sentry numbers,

sometimes obligation to stay one person on sentry and inability to take time off after sentry. During the interviews with the research assistants, most of the complaints about the profession were related to the workload and sentry. In some departments, forty-eight hours of continuous work is carried out due to the lack of research assistants. In order to increase the level of occupational commitment and the level of career commitment of research assistants, it is recommended that the hospital management and the dean of the medical faculty work in cooperation.

## References


Azim, M.T., Islam, M.M. (2018). Social support, religious endorsement, and career commitment: A study on Saudi nurses. *Behavioral Sciences*, 8(1):1-13.

Baysal, A.C., Paksoy, M. (1999). Mesleğe ve örgüte bağlılığın çok yönlü incelenmesinde Meyer-Allen modeli. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi,* 28(1):7-15.

Benligiray, S., Sönmez, H. (2011). Hemşirelerin mesleki bağlılıkları ile diğer bağlılık formları arasındaki ilişki: Örgüte bağlılık, işe bağlılık ve aileye bağlılık. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(1):28-40.

Blau, G.J. (1985). The measurement and prediction of career commitment. Journal of Occupational Psychology, 58:277-288.

Blau, G.J. (1989). Testing the generalizability of a career commitment measure and ıts ımpact on employee turnover. Journal of Vocational Behavior, 35:88-103.

Blau, G.J. (2003). Testing for a four-dimensional structure of occupational commitment. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 76:469-488.

Carson, K.D., Carson, P.P., Bedeian, A.G. (1995). Development and construct validation of a career entrenchment measure. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 68:301-320.

Chang, H.T., Chi, N.W., Chiao, M.C. (2007). Testing the relationship between three-component organizational/occupational commitment and organizational/occupational turnover intention using a non-recursive model. Journal of Vocational Behavior, 70:352-368.

Colarelli, S.M., Bishop, R.C. (1990). Career commitment: Functions, correlates, and management. *Group Organ Stud*, 15(2):158-176.

Çakmak Otluoğlu, Ö. (2014). Kariyer bağlılığının kariyer başarısı üzerindeki etkisinin incelenmesi üzerine bir araştırma. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 23:350-363.

Derin, N., Şimşek Ilkım, N., Yayan, H. (2017). Hemşirelerde mesleki bağlılığın mesleki prestijle açıklanması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(3):24-38.

Irving, P.G., Coleman, D.F., Cooper, C.L. (1997). Further assessments of a three-component model of occupational commitment: Generalizability and differences across occupations. *Journal of Applied Psychology*, 82(3):444-452.

Jepson, E., Forrest, S. (2006). Individual contributory factors in teacher stress: The role of achievement striving and occupational commitment. *British Journal of Educational Psychology*, 76: 183-197.

Kaya, Ş.D. (2012). Psikolojik sermaye ve mesleki bağlılık ilişkisine kariyer planlamasının etkilerinin belirlenmesine yönelik bir model önerisi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, Doctoral Dissertation, 49-96.

Kendir, H., Özkoç, A.G. (2018). Otel işletmelerinde çalışanların kariyer tatmini ve kariyer bağlılığı ilişkisinde öz yeterliliğin rolü. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*, 6(4):78-112.

King-Jones, M. (2013). Career commitment of teaching nurse faculty. State University of New York, New York, Doctoral Dissertation, 10-21.

Kong, H., Cheung, C., Song, H. (2012). Determinants and outcome of career competencies: Perspectives of hotel managers in China. *International Journal of Hospitality Management*, 31:712-719.

Lee, K., Carswell, J.J., Allen, N.A. (2000). A meta-analytic review of occupational commitment: Relations with person- and work-related variables. *Journal of Applied Psychology*, 85(5):799-811.

Maheshwari, S., Bhat, R., Saha, S. (2008). Commitment among state health officials & its implications for health sector reform: Lessons from Gujarat. *Indian Journal of Medical Research*, 127:148-153.

Meyer, J.P., Allen, N.J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management*, 1(1):61-89.

Meyer, J.P., Allen, N.J., Smith, C.A. (1993). Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78(4):538-551.

Myrtle, R., Chen, D.R., Liu, C., Fahey, D. (2008). Influences on the career commitment of health-care managers. *Health Services Management Research*, 21:262-275.

Özmutlu Onay, A. (2016). Kariyer bağlılığı, örgütsel bağlılık ve işten ayrılma eğilimi ilişkisi: akademisyenler üzerine bir uygulama. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli, Master Thesis, 11-26.

Özdevecioğlu, M., Aktaş, A. (2007). Kariyer bağlılığı, mesleki bağlılık ve örgütsel bağlılığın yaşam tatmini üzerindeki etkisi: iş-aile çatışmasının rolü. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* 28:1-20.

Pizzolatto, A.B. (1988). Employee turnover: The effects of labor market classification, professionalism, career commitment, career opportunity, job satisfaction, organizational commitment, and ease of movement. The Louisiana State University, Louisiana, Master Thesis, 28-35.

Riveros Andrea, M., Moscoso, T., Shir-Tau, T. (2011). Career Commitment and Organizational Commitment in for-Profit and non-Profit Sectors. *International Journal of Emerging Sciences*, 1(3):324-340.

Snape, E., Redman, T. (2003). An evaluation of a three-component model of occupational commitment: Dimensionality and consequences among United Kingdom human resource management specialists. *Journal of Applied Psychology*, 88(1):152-159.

Tak, B., Çiftçioğlu, A. (2008). Mesleki bağlılık ile çalışanların örgütte kalma niyeti arasındaki ilişkiyi incelemeye yönelik görgül bir çalışma. *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 63(4):155-178.

Tak, B., Çiftçioğlu, A. (2009). Üç boyutlu mesleki bağlılık ölçeğinin Türkçe'de güvenilirlik ve geçerliliğinin incelenmesine yönelik bir alan araştırması. İşletme Fakültesi Dergisi, 10(1):35-54.

Yetgin, D. (2017). Turist rehberlerinin tükenmişlik ve ekonomik kaygı düzeylerinin mesleki bağlılık düzeyleri üzerindeki etkisi. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir, Doctoral Dissertation, 35-42.

# OECD ÜLKELERİNİN DAVRANIŞSAL SAĞLIK RİSK FAKTÖRLERİ AÇISINDAN SD TEMELLİ MOORA YÖNTEMİYLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Gizem Zevde Aydın [1], Ferdane Betül Bölükbaşı [2]

***Özet***

*Çalışma ile OECD ülkelerinde davranışsal risk faktörlerinin çok kriterli karar verme (ÇKKV) araçlarından SD ve MOORA ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ülkeleri değerlendirmek için davranışsal risk faktörleri olarak ele alınan 7 değerlendirme kriteri belirlenmiştir. Çalışmada kullanılan veriler OECD ve Dünya Bankası veri tabanlarından derlenmiştir. Araştırmada kriterlere ait mevcut olan en güncel veriler kullanılmıştır. Araştırma kapsamında bütün verilerine eksiksiz erişilebilen 31 OECD üyesi ülke değerlendirmeye alınmıştır. Verilerin analizinde Excel programı kullanılmıştır. MOORA ile sıralama sonuçlarına bakıldığında, davranışsal risk faktörleri açısından Meksika, ABD ve Yeni Zelanda'nın üst sıralarda; Norveç, Japonya ve Hollanda'nın ise son sıralarda yer aldığı görülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre ülkelerin değiştirilebilir risk faktörlerine daha fazla odaklanmaları ve ulusal politikaların oluşturulmasında ülkelere özgü davranışsal ve kültürel farklılıkların dikkate alınması gerektiği önerilebilir.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Sağlık risk faktörleri, Çok kriterli karar verme, OECD ülkeleri, SD, MOORA*

# THE EVALUATION OF OECD COUNTRIES IN TERMS OF BEHAVIORAL HEALTH RISK FACTORS WITH THE SD-BASED MOORA METHOD

***Abstract***

*This study aims to evaluate behavioral risk factors in OECD countries with SD and MOORA, which are MCDM tools.In order to evaluate the countries, 7 evaluation criteria, which are considered behavioral risk factors, were determined.*

1 Arş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, gizemzevde.aydin@omu.edu.tr

2 Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, bolukbasibetul@gmail.com

*The data were compiled from OECD and World Bank databases. The most recent data available for the criteria were used and 31 OECD countries, all data of which are fully accessible, were evaluated in the study.Excel was used in the analysis of the data. According to the results of MOORA, Mexico, the USA, and New Zealand are at the top in terms of behavioral risk factors; Norway, Japan, and the Netherlands are seen to be in the last place. According to the results, it can be suggested that countries should focus more on modifiable risk factors and that behavioral and cultural country-specific differences should be taken into account in the making of national policies.*

***Key Words**: Health Risk Factors, Multi Criteria Decision Making, OECD Countries, SD, MOORA*

## 1. Giriş

Bireyler sosyal sistemlerde gelişim göstermekte, ailelerini, sosyal ağlarını, katıldıkları organizasyonları, topluluklarını ve toplumları etkilemekte ve onlardan etkilenmektedir. Sağlığı iyileştirmeye veya sağlıkla ilgili davranışı etkilemeye yönelik faktörlerle de bu sosyal sistemler içerisinde karşılaşırlar. Sağlık profesyonelleri, hastalar, hasta yakınları ve politika yapıcıların tümü, sağlık ve davranış arasındaki etkileşimi anlamak ve elde edilen bilgiyi bireylerin ve toplumların sağlık durumunu iyileştirmek için kullanmak için mücadele etmektedir. Sağlık ve davranış çeşitli şekillerde ilişkilidir ancak, bu ilişkiler basit ve doğrudan ilişkiler değildir. Sağlık ve davranış arasındaki ilişkinin tam olarak anlaşılması, sosyal sistemlerin ve bunlar arasındaki etkileşimin dikkate alınmasını gerektirmektedir (IOM, 2001).

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, "*insanların sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını iyileştirmelerini sağlama süreci*" olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte küresel düzeyde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için çeşitli alanlar üzerinde çalışılmaktadır. Bu alanlardan biri de sağlık risk faktörleridir (WHO, 2022). Bir hastalığa yakalanma olasılığını artıran tüm durumlar sağlık risk faktörü olarak ifade edilebilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). Sağlık risk faktörleri davranışsal risk faktörleri, biyolojik risk faktörleri, çevresel ve genetik risk faktörleri olarak dört grup altında toplanabilir. Biyolojik risk faktörleri; yaş, cinsiyet ve ırk gibi fiziksel özelliklerdir. Çevresel risk faktörleri, radyasyon, hava kirliliği, sigaraya maruz kalma gibi yaşanılan çevreden kaynaklı faktörleri ifade eder. Genetik risk faktörleri ise, aileden kalıtımsal olarak geçen genlerle ilişkili faktörlerdir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2022).

Bu araştırmanın konusu olan davranışsal risk faktörleri sigara kullanımı, beslenme, egzersiz alışkanlıkları ve alkol tüketimi gibi bireylerin kasıtlı olarak yaptıkları değiştirilebilir eylemlerle ilgilidir. Davranışsal risk faktörlerinin genel olarak isteğe bağlı olması yaşam tarzında gerçekleştirilecek değişimlerle etkisinin azal-

tılması ya da tamamen ortadan kaldırılmasına olanak sağlamaktadır (Yılmaz & Söyük, 2020).

Literatür incelendiğinde davranışsal sağlık risk faktörlerinin farklı şekillerde sınıflandırılabildiği görülmektedir. Bu sınıflamalardan biri olan ve yaygın olarak kullanılan SNAP (Sigara kullanımı, beslenme, alkol tüketimi ve fiziksel aktivite) risk faktörleri hem gelişmiş hem de gelişmemiş ülkeler için mortalite ve morbiditenin önde gelen sebeplerini oluşturmaktadır (Royal Australian College of General Practitioners, 2015; Yılmaz & Söyük, 2020). Daha detaylı olarak ifade etmek gerekirse, söz konusu davranışsal sağlık risk faktörlerinin bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişimine ve tüm nedenlere bağlı ölümlere yol açtığı söylenebilir. Özellikle kronik hastalık gelişiminde davranışsal risk faktörleri önemli rol oynamaktadır (Freyer-Adam vd., 2019).

Bununla birlikte, sigara içme, sağlıksız beslenme, alkol tüketimi ve fiziksel hareketsizlik gibi riskli sağlık davranışları genellikle eş zamanlı ortaya çıkma eğilimindedir. Yüksek gelirli ülkelerde dahi genel nüfusun yaklaşık yarısının, birden fazla riskli sağlık davranışlarında bulundukları bilinmektedir. Araştırmalar özellikle sigara ve riskli alkol tüketiminin sürekli olarak birlikte gerçekleştiğini göstermektedir (Mendoza-Jiménez vd., 2021). Birlikte gerçekleşen riskli sağlık davranışları hastalık insidansı ve ölüm oranlarını oldukça arttırıcı bir etkiye sahip olabilir (Freyer-Adam vd., 2019).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2009 yılında yayınladığı rapora göre küresel düzeyde mortalite için önde gelen beş küresel risk; yüksek tansiyon, tütün kullanımı, yüksek kan şekeri, fiziksel hareketsizlik, aşırı kilo ve obezitedir. Bu risk faktörlerinin çoğunluğunun davranışsal risk faktörleri olduğu görülmektedir. Söz konusu risk faktörleri, yüksek, orta ve düşük gelirli olmak üzere tüm gelir gruplarındaki ülkelerde kalp hastalığı ve kanser gibi kronik hastalık riskini arttırmaktan sorumludur (WHO, 2009). Ayrıca Küresel Hastalık, Yaralanma ve Risk Faktörleri 2019 (GBD) araştırmasında 2019 yılında küresel düzeyde önde gelen iki risk faktörü olarak sistolik kan basıncı ve tütün kullanımına atfedilebilir ölümler raporlanmıştır. Araştırmaya göre 2019 yılı içerisindeki tüm ölümlerin %19,2'si (10.8 milyon) sistolik kan basıncına ve %15,4'ü (8.71 milyon) sigara/tütün kullanımı veya dolaylı maruziyete atfedilebilmektedir. Ayrıca araştırmaya göre dünya çapında özellikle riskli sağlık davranışları arasında yer alan beslenmenin kalitesi, günlük alınan kalori miktarı ve fiziksel aktivitede istenilen iyileştirmeler sağlanamamıştır (Murray vd., 2020). Bu bilgiler ışığında riskli davranışların sağlık sistemleri üzerindeki yükü arttırması muhtemeldir. Bununla birlikte riskli sağlık davranışlarının ekonomik maliyetleri de oldukça önemlidir. Dünya çapında çeşitli ekonomik ve toplumsal olayların maliyetine ilişkin tahminlerin sunulduğu 2014 McKinsey Raporu'nda sigara kullanımı ve fazla kilo ile ilgili maliyetlerin küresel GSYİH içerisindeki payının ilk sıralarda yer aldığı ve (her birinin) 2 trilyon ABD dolarının üzerinde olduğu belirtilmiştir (McKinsey Global Institute, 2014; García-Muñoz vd., 2018).

Özellikle değiştirilebilir davranışsal risk faktörlerinin toplumun sağlık statüsü ve sağlık sistemleri üzerindeki yükünü anlamak küresel sağlığı iyileştirmek için etkili bir strateji geliştirmenin anahtarıdır (WHO, 2009). Dahası ülkelerin risk faktörleri açısından konumlandığı noktaları göz önünde bulundurması ulusal düzeyde strateji geliştirme süreci için oldukça önemlidir.

Bu araştırmada OECD üyesi 31 ülkenin davranışsal sağlık risk faktörleri açısından çok kriterli karar verme yöntemleri ile incelenmesi amaçlanmıştır.

## 2. Literatür Araştırması

Çok Kriterli Karar Verme (ÇKKV) araçları birçok farklı alanda ele alınan problemlerin çözümünde kullanılmaktadır. Sağlık alanında ÇKKV araçları kullanılarak gerçekleştirilen araştırmalar incelendiğinde MOORA yönteminin sıklıkla tercih edildiği görülmektedir. Bu kapsamda sağlık alanında MOORA yöntemi kullanılarak gerçekleştirilen araştırmalardan bazıları bu başlık altında derlenmiştir. Liu vd. (2014), en iyi sağlık atığı arıtma teknolojisinin seçiminde MULTIMOORA'yı kullanmıştır. Aytekin (2016), hastaların hastane tercihinde etkili olan kriterleri belirlemiş, bu kriterler ışığında hastaneleri MULTIMOORA ile sıralamıştır. Önay (2016), OECD Daha İyi Yaşam Endeksi kapsamında seçtiği ülkeleri TOPSIS ve MOORA yöntemlerini kullanarak değerlendirmiştir. Taşçı ve Görener (2016), Türkiye'nin sağlık turizmindeki stratejilerini ortaya koyma amacıyla SWOT analizi, AHP ve MOORA yöntemlerinden yararlanmıştır. Orakçı ve Özdemir (2017), Türkiye ve AB ülkelerinin insani gelişmişlik düzeylerini Entropi, CRITIC, GİA ve MOORA yöntemleriyle belirlemiştir. Boz vd. (2018), sağlık statüsü göstergelerini esas alarak belirlemiş oldukları ülkeleri MOORA ile değerlendirmiştir. Çelikbilek (2018), sağlık sektöründe yönetici seçim probleminin çözümü için Gri AHP ve MOORA yöntemlerini bütünleşik olarak kullanmıştır. Eren ve Ömürbek (2019), Türkiye'deki illerin seçilmiş sağlık göstergeleri açısından performansını kümeleme analizi ve MULTIMOORA ile analiz etmiştir. Dizdar ve Ünver (2019), Türkiye'de iş sağlığını değerlendirme amacıyla MULTIMOORA'yı uygulamıştır. Özdağoğlu vd. (2019), nefelometre cihazı alternatiflerini değerlendirdikleri araştırmada DEMATEL ve MULTIMOORA'yı kullanmıştır. Sakti vd. (2019), hastaneleri performanslarına göre AHP ve MOORA yardımıyla sıralamıştır. Geetha vd. (2019), sağlık hizmetleri atık imha etme yöntemlerini bulanık MULTIMOORA ile değerlendirmiştir. Kocaoğlu ve Küçük (2019), ilaç sektöründe faaliyet gösteren işletmelerin performanslarını değerlendirmede TOPSIS ve MOORA'dan yararlanmıştır. Boz vd. (2020), 10 farklı mental hastalık prevalansına göre OECD ülkelerini çok boyutlu ölçekleme ve MOORA ile değerlendirmiştir. İnce ve Söyük (2020), sağlık yönetimi bölümlerinin akademik performanslarını COPRAS, MOORA ve TOPSIS ile ortaya koymuştur. İnce vd. (2020), sağlık düzeyi göstergelerini kullanarak ülkeler arasında karşılaştırma yapma amacıyla MOORA yöntemini kullanmıştır. Yiğit vd. (2021), OECD ülkelerinde bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörlerini çok boyutlu ölçekleme

ve MULTIMOORA ile değerlendirmiştir. Demirci ve Arıkan (2021), ilaç deposu yeri seçiminde SWARA, MOORA ve OCRA'dan faydalanmıştır. Küçükal vd. (2021) ise, Türkiye'deki illerin yaşam kalitelerini GİA, MOORA ve PROMETHEE yöntemlerini kullanarak değerlendirmiştir.

Sağlık alanında MOORA yöntemi kullanılarak gerçekleştirilen araştırmalara bakıldığında yöntemin genellikle diğer ÇKKV araçlarıyla bütünleşik olarak kullanıldığı görülmektedir. Bu araştırmada da kriterlerin göreli önem ağırlıklarının objektif bir ağırlıklandırma tekniğiyle belirlenebilmesi amacıyla SD yönteminden faydalanılmış ve elde edilen kriter ağırlıkları MOORA yöntemine atanarak ülkelerin sıralaması elde edilmiştir. Araştırma kapsamında kullanılan yöntemlere ilişkin uygulama adımlarına Gereç ve Yöntem başlığı altında yer verilmiştir.

## 3. Gereç ve Yöntem

Bu başlık altında çalışmanın amacı, kullanılan veriler ve verilerin toplanması, SD ve MOORA yöntemleri ele alınmıştır.

### 3.1. Çalışmanın Amacı

Çalışma ile OECD ülkelerinin davranışsal sağlık risk faktörlerine göre Çok Kriterli Karar Verme (ÇKKV) araçlarından SD ve MOORA ile değerlendirilmesi ve karşılaştırılması amaçlanmıştır.

### 3.2. Kullanılan Veriler ve Verilerin Toplanması

Araştırma, erişime açık ikincil veriler üzerinden gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle kapsamı gereği etik kurul onayı gerektirmemektedir. Araştırmanın evrenini 38 OECD üyesi oluşturmaktadır. Belirlenen kriterler doğrultusunda verilerine eksiksiz olarak erişim sağlanabilen 31 OECD üyesi ülke (Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Şili, Çekya, Danimarka, Estonya, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, Macaristan, İrlanda, İtalya, Japonya, Güney Kore, Letonya, Lüksemburg, Meksika, Hollanda, Yeni Zelanda, Norveç, Polonya, Slovakya, Slovenya, İspanya, İsviçre, Türkiye, Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri) değerlendirmeye alınmıştır. Bu kapsamda araştırmanın örneklemini 31 OECD üyesi ülke oluşturmaktadır. Ülkelerin davranışsal sağlık risk faktörlerine göre değerlendirilebilmesi için 7 kriter belirlenmiştir. Kriterlere ait mevcut olan en güncel veriler kullanılmıştır. Kriter başlıkları ve ilgili kriterler Tablo 1'de verilmiştir. Veriler OECD veri tabanından derlenmiştir.

**Tablo 1.** Araştırmada Kullanılan Kriterler

| *Kriter Kodu* | *Açıklama* | *Kriter Yönü** | *Erişim* |
|---|---|---|---|
| K1 | Günlük sigara içen kişi sayısına düşen sigara miktarı | Maliyet | OECD |
| K2 | 15 yaş üzeri günlük sigara içen nüfus oranı | Maliyet | OECD |
| K3 | Kişi başına alkol tüketimi (litre) | Maliyet | OECD |
| K4 | Yetişkinlerde obezite oranı | Maliyet | OECD |
| K5 | Yetişkinlerde fazla kilolu oranı | Maliyet | OECD |
| K6 | Kişi başına yıllık şeker tedariği | Maliyet | OECD |
| K7 | 18 yaş üstü yetişkinler arasında yetersiz fiziksel aktivite prevalansı | Maliyet | OECD |

*Kriter yönü kullanılan her iki yöntemde de dikkate alınmıştır.

### 3.3. SD Yöntemi

Araştırma kapsamında belirlenen 7 kriterin objektif olarak ağırlıklandırılması amacıyla SD yönteminden faydalanılmıştır. SD (standart deviation-standart sapma) yöntemi, kriter ağırlıklarını belirlemek için standart sapma değerlerinin hesaplanmasını gerektirmektedir. SD yönteminde, ENTROPI, CRITIC gibi diğer objektif ağırlıklandırma tekniklerinde bulunan normalizasyon adımı bulunmamaktadır. Normalizasyon adımının eksikliği sonuçların doğruluğunu olumsuz yönde etkilemektedir. Bu dezavantajın ortadan kaldırılması amacıyla, SD yöntemi uygulanırken CRITIC yönteminde önerilen normalizasyon adımı eklenmiştir. SD yöntemi uygulanırken takip edilmesi gereken aşamalar aşağıda verilmiştir (Diakoulaki vd., 1995; Jahan vd., 2012; Uludağ & Doğan, 2021: 409).

Aşama 1: Karar Matrisinin Oluşturulması

İlk aşama başlangıç karar matrisinin oluşturulmasıdır. Bu kapsamda $a$ alternatifleri $c$ kriterleri temsil etmek, $a = 1,2,\cdots,m \; ve \; c = 1,2,\cdots,n$ olmak üzere; Eşitlik (1)'de verilen $mxn$ boyutlu $G$ ile gösterilmiş karar matrisi oluşturulmuştur.

$$G = \begin{bmatrix} g_{11} & \cdots & g_{1c} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ g_{a1} & \cdots & g_{ac} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ g_{m1} & \cdots & g_{mn} \end{bmatrix} \quad (a = 1,2,\cdots,m \; ve \; c = 1,2,\cdots,n) \qquad (1)$$

Aşama 2: Normalizasyon İşlemi

SD yönteminde normalizasyon adımının olmaması eleştirilmektedir. Bu nedenle daha önce de ifade edildiği gibi yönteme Diakoulaki vd. tarafından (1995) yılında ortaya konulan CRITIC yöntemindeki normalizasyon adımı eklenmiştir. Normalizasyon işlemi Eşitlik (2)'de verilmiştir. CRITIC yöntemi normalizasyon adımında kriter yönünü dikkate almaktadır. Bu kapsamda kriter yönüne bakıla-

rak her bir kriter için ideal ve ideal olmayan değerler belirlenmiştir. İdeal değer, kriterin en iyi performans sergilediği değeri; ideal olmayan değer ise, en kötü performans sergilediği değeri ifade etmektedir (Uludağ ve Doğan, 2021: 410). İlgili değerlerin belirlenebilmesi için Eşitlik (3)'den faydalanılmıştır. Eşitlik (3) yardımıyla normalize değerlerin hesaplanmasının ardından $Z$ ile Eşitlik (4)'te normalize karar matrisi oluşturulmuştur.

$$z_{ac} = \frac{g_{ac} - g_c^-}{g_c^+ - g_c^-} \quad (a = 1,2,\cdots,m \text{ ve } c = 1,2,\cdots,n) \tag{2}$$

$$g_c^- = \left\{ \begin{array}{l} \text{Eğer } c\text{'inci kriter fayda yönlü ise minimum } (z_{ac}) \; \forall a \text{ ve } (a = 1,2,\cdots,m) \\ \text{Eğer } c\text{'inci kriter maliyet yönlü ise maksimum } (z_{ac}) \; \forall a \text{ ve } (a = 1,2,\cdots,m) \end{array} \right\}$$

$$g_c^+ = \left\{ \begin{array}{l} \text{Eğer } c\text{'inci kriter fayda yönlü ise maksimum } (z_{ac}) \; \forall a \text{ ve } (a = 1,2,\cdots,m) \\ \text{Eğer } c\text{'inci kriter maliyet yönlü ise minimum } (z_{ac}) \; \forall a \text{ ve } (a = 1,2,\cdots,m) \end{array} \right\} \tag{3}$$

$$Z = \begin{bmatrix} z_{11} & \cdots & z_{1c} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ z_{a1} & \cdots & z_{ac} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ z_{m1} & \cdots & z_{mn} \end{bmatrix} \quad (a = 1,2,\cdots,m \text{ ve } c = 1,2,\cdots,n) \tag{4}$$

Aşama 3: $\sigma_c$ Değerlerinin Hesaplanması

Bu aşamada her kriterin standart sapması Eşitlik (5) yardımıyla hesaplanmıştır.

$$\sigma_c = \sqrt{\frac{\sum_{a=1}^{m}(z_{ac} - \bar{z}_c)^2}{m-1}} \quad (a = 1,2,\cdots,m \text{ ve } c = 1,2,\cdots,n) \tag{5}$$

Aşama 4: $w_c$ Değerlerinin Hesaplanması

Bu aşamada Eşitlik (6)'da gösterilen formül kullanılarak kriter ağırlıkları hesaplanmıştır.

$$w_c = \frac{\sigma_c}{\sum_{c=1}^{n}\sigma_c} \quad (c = 1,2,\cdots,n) \tag{6}$$

### 3.4. MOORA Yöntemi

MOORA (Multi-Objective Optimization on the Basis of Ratio Analysis- Oran Analizi Tabanlı Çok Amaçlı Optimizasyon) yöntemi Brauers ve Zavadskas tarafından 2006 yılında literatüre kazandırılmıştır. Yöntem, bir dizi faydalı veya faydasız kriteri dikkate alarak en iyi alternatifi belirlemek amacıyla kullanılmaktadır (Ulu-

dağ & Doğan, 2021: 62). Araştırmada MOORA Yöntemi Referans Noktası Teorisi Yaklaşımı'ndan faydalanılmıştır. MOORA Yöntemi Ağırlıklandırılmış Referans Noktası Teorisi Yaklaşımı'nın uygulama aşamaları aşağıda verilmiştir (Brauers vd., 2008).

Aşama 1: İlk aşama başlangıç karar matrisinin oluşturulmasıdır. Bu kapsamda $a$ alternatifleri $c$ kriterleri temsil etmek, $a = 1,2,\cdots,m \; ve \; c = 1,2,\cdots,n$ olmak üzere; Eşitlik (1)'de verilen ve SD yöntemi için de kullanılan $mxn$ boyutlu $\tilde{G}$ ile gösterilmiş karar matrisinden faydalanılmıştır.

Aşama 2: İkinci aşamada $\tilde{G}$ karar matrisinde yer alan değerler normalize edilmiştir. Bu aşamada kriterlerin maliyet ya da fayda yönlü olması dikkate alınmamaktadır. Normalizasyon işlemi için Eşitlik (7)'de gösterilen formül kullanılmıştır. Normalize edilmiş değerlerin hesaplanmasının ardından Eşitlik (8)'de $\bar{\tilde{G}}$ ile gösterilen normalize karar matrisi elde edilmiştir.

$$\bar{g}_{ac} = \frac{g_{ac}}{\sqrt{\sum_{a=1}^{m} g_{ac}^2}} \quad (a = 1,2,\cdots,m \; ve \; c = 1,2,\cdots,n) \tag{7}$$

$$\bar{\tilde{G}} = \begin{bmatrix} \bar{g}_{11} & \cdots & \bar{g}_{1c} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ \bar{g}_{a1} & \cdots & \bar{g}_{ac} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ \bar{g}_{m1} & \cdots & \bar{g}_{mn} \end{bmatrix} \quad (a = 1,2,\cdots,m \; ve \; c = 1,2,\cdots,n) \tag{8}$$

Aşama 3: Bu aşamada, değerlendirme kriterlerine ilişkin SD yöntemiyle hesaplanan kriter ağırlıkları($w_c$ değerleri) Eşitlik (8)'de gösterilen normalize karar matrisinin her bir elemanıyla çarpılmıştır. İşlem sonucunda Eşitlik (9)'da $\bar{\bar{G}}$ ile gösterilen ağırlıklandırılmış normalize karar matrisi elde edilmiştir.

$$\bar{\bar{G}} = \begin{bmatrix} w_1\,\bar{g}_{11} & \cdots & w_c\,\bar{g}_{1c} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ w_1\,\bar{g}_{a1} & \cdots & w_c\,\bar{g}_{ac} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ w_1\,\bar{g}_{m1} & \cdots & w_c\,\bar{g}_{mn} \end{bmatrix} \quad (a = 1,2,\cdots,m \; ve \; c = 1,2,\cdots,n) \tag{9}$$

Aşama 4: Eşitlik (9)'da gösterilen $\bar{\bar{G}}$ ağırlıklandırılmış normalize karar matrisi dikkate alınarak fayda yönlü kriterler için maksimum, maliyet yönlü kriterler için minimum değerler belirlenmiştir. Belirlenen bu değerler, ilgili kriterlerin referans noktaları olarak kabul edilmiştir. Alternatifler ve referans noktaları arasındaki mesafeyi ölçmek için Eşitlik (10)'da gösterilen formül kullanılmıştır. $g_c^0$, $c$ 'inci kriter için referans noktasını; $\bar{\bar{g}}_{ac}$, $c$ 'inci kritere göre 'ıncı alternatifin ağırlıklandırılmış normalize değerini ve $x_a^*$ ise, en iyi alternatifi ifade etmektedir.

$$x_a^+ = \underbrace{min}_{a}\left\{\underbrace{maks}_{c}\left[g_c^0 - \vartheta_{ac}\right]\right\} \quad (a = 1,2,\cdots,m \text{ ve } c = 1,2,\cdots,n) \qquad (10$$

## 4. Bulgular

Bu başlık altında SD ve MOORA yöntemiyle elde edilen bulgular paylaşılmıştır.

### 4.1. SD Yöntemiyle Kriterlerin Ağırlıklandırılması

Analizin ilk aşamasında kriterlerin göreli önem ağırlıklarının belirlenebilmesi için SD yöntemi kullanılmıştır. Yöntemin birinci aşaması da başlangıç karar matrisinin oluşturulmasıdır. Matris Tablo 2'de verilmiştir.

**Tablo 2.** Karar Matrisi

| | K1 | K2 | K3 | K4 | K5 | K6 | K7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Avustralya | 12,9 | 11,2 | 9,5 | 19,5 | 28,1 | 57,7 | 31,8 |
| Avusturya | 15,4 | 20,6 | 12,2 | 16,6 | 34,5 | 46,3 | 32,5 |
| Belçika | 14,8 | 15,4 | 9,2 | 15,2 | 33,4 | 62,6 | 38,6 |
| Kanada | 14,5 | 10,3 | 8,1 | 21 | 34,4 | 91,2 | 29,8 |
| Şili | 12,7 | 24,5 | 7,1 | 10,1 | 38,2 | 46,5 | 26,9 |
| Çekya | 11,2 | 18,1 | 11,9 | 19,3 | 39,1 | 44,3 | 33,2 |
| Danimarka | 15,1 | 16,9 | 9,5 | 16,8 | 34,2 | 56,2 | 30,8 |
| Estonya | 12 | 17,9 | 10,4 | 19,1 | 31,1 | 52 | 34,2 |
| Finlandiya | 14,1 | 12 | 8,2 | 23 | 37 | 41,3 | 18,7 |
| Fransa | 12,5 | 24 | 11,4 | 23 | 30,9 | 42,6 | 32,3 |
| Almanya | 15,4 | 18,8 | 10,6 | 16,3 | 36,4 | 44,2 | 45,8 |
| Yunanistan | 17 | 24,9 | 6,3 | 16,4 | 40,8 | 32,8 | 40,6 |
| Macaristan | 12,2 | 24,9 | 11,4 | 23,9 | 34,3 | 40,9 | 40,6 |
| İrlanda | 13 | 14 | 10,1 | 23 | 35 | 83,3 | 34,3 |
| İtalya | 11,1 | 18,6 | 7,7 | 11 | 35,4 | 32,8 | 44,8 |
| Japonya | 15,5 | 16,7 | 7,1 | 4,2 | 22,6 | 26 | 38,1 |
| Güney Kore | 12,6 | 16,4 | 8,3 | 5,5 | 26,3 | 40,1 | 37,1 |
| Letonya | 11,7 | 22,6 | 12,9 | 21,6 | 35,4 | 54,1 | 32 |
| Lüksemburg | 13,4 | 16,9 | 11 | 16,5 | 31,9 | 16,3 | 29,9 |
| Meksika | 7,4 | 7,6 | 4,4 | 33,3 | 38,1 | 46,8 | 28,4 |
| Hollanda | 9,9 | 15,4 | 8,2 | 14,1 | 34,3 | 36,4 | 29,5 |
| Yeni Zelanda | 9,4 | 11,6 | 8,7 | 32,2 | 35,3 | 57,4 | 44,6 |
| Norveç | 12,5 | 9 | 7,2 | 13 | 35 | 42,1 | 33,6 |
| Polonya | 15,2 | 17,1 | 11 | 16,9 | 39,1 | 46,3 | 34,3 |
| Slovakya | 13 | 21 | 9,9 | 19,4 | 38,3 | 83,3 | 36,2 |
| Slovenya | 11,9 | 17,4 | 11,1 | 19,4 | 37,1 | 45 | 34,7 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| İspanya | 12 | 19,8 | 10,7 | 14,9 | 35,3 | 33,2 | 29,6 |
| İsviçre | 10 | 19,1 | 9,3 | 11,3 | 30,6 | 48,6 | 26 |
| Türkiye | 17,1 | 28 | 1,3 | 21,1 | 35 | 31,8 | 30,6 |
| Birleşik Krallık | 9,1 | 15,8 | 9,7 | 21 | 35,2 | 38 | 38,4 |
| ABD | 13,7 | 10,9 | 8,9 | 32,6 | 34 | 64,2 | 42,5 |

Yöntemin ikinci aşamasında normalize karar matrisi oluşturulmuştur. Normalizasyon işlemi fayda ve maliyet yönlü kriterler ayrı ayrı değerlendirilmiş ve Eşitlik (3) yardımıyla hesaplanmıştır. Normalize karar matrisi Tablo 3'te verilmiştir.

**Tablo 3.** Normalize Karar Matrisi

| | K1 | K2 | K3 | K4 | K5 | K6 | K7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Avustralya | 0,4330 | 0,8235 | 0,2931 | 0,4742 | 0,6978 | 0,4473 | 0,5166 |
| Avusturya | 0,1753 | 0,3627 | 0,0603 | 0,5739 | 0,3462 | 0,5995 | 0,4908 |
| Belçika | 0,2371 | 0,6176 | 0,3190 | 0,6220 | 0,4066 | 0,3818 | 0,2657 |
| Kanada | 0,2680 | 0,8676 | 0,4138 | 0,4227 | 0,3516 | 0,0000 | 0,5904 |
| Şili | 0,4536 | 0,1716 | 0,5000 | 0,7973 | 0,1429 | 0,5968 | 0,6974 |
| Çekya | 0,6082 | 0,4853 | 0,0862 | 0,4811 | 0,0934 | 0,6262 | 0,4649 |
| Danimarka | 0,2062 | 0,5441 | 0,2931 | 0,5670 | 0,3626 | 0,4673 | 0,5535 |
| Estonya | 0,5258 | 0,4951 | 0,2155 | 0,4880 | 0,5330 | 0,5234 | 0,4280 |
| Finlandiya | 0,3093 | 0,7843 | 0,4052 | 0,3540 | 0,2088 | 0,6662 | 1,0000 |
| Fransa | 0,4742 | 0,1961 | 0,1293 | 0,3540 | 0,5440 | 0,6489 | 0,4982 |
| Almanya | 0,1753 | 0,4510 | 0,1983 | 0,5842 | 0,2418 | 0,6275 | 0,0000 |
| Yunanistan | 0,0103 | 0,1520 | 0,5690 | 0,5808 | 0,0000 | 0,7797 | 0,1919 |
| Macaristan | 0,5052 | 0,1520 | 0,1293 | 0,3230 | 0,3571 | 0,6716 | 0,1919 |
| İrlanda | 0,4227 | 0,6863 | 0,2414 | 0,3540 | 0,3187 | 0,1055 | 0,4244 |
| İtalya | 0,6186 | 0,4608 | 0,4483 | 0,7663 | 0,2967 | 0,7797 | 0,0369 |
| Japonya | 0,1649 | 0,5539 | 0,5000 | 1,0000 | 1,0000 | 0,8705 | 0,2841 |
| Güney Kore | 0,4639 | 0,5686 | 0,3966 | 0,9553 | 0,7967 | 0,6822 | 0,3210 |
| Letonya | 0,5567 | 0,2647 | 0,0000 | 0,4021 | 0,2967 | 0,4953 | 0,5092 |
| Lüksemburg | 0,3814 | 0,5441 | 0,1638 | 0,5773 | 0,4890 | 1,0000 | 0,5867 |
| Meksika | 1,0000 | 1,0000 | 0,7328 | 0,0000 | 0,1484 | 0,5928 | 0,6421 |
| Hollanda | 0,7423 | 0,6176 | 0,4052 | 0,6598 | 0,3571 | 0,7316 | 0,6015 |
| Yeni Zelanda | 0,7938 | 0,8039 | 0,3621 | 0,0378 | 0,3022 | 0,4513 | 0,0443 |
| Norveç | 0,4742 | 0,9314 | 0,4914 | 0,6976 | 0,3187 | 0,6555 | 0,4502 |
| Polonya | 0,1959 | 0,5343 | 0,1638 | 0,5636 | 0,0934 | 0,5995 | 0,4244 |
| Slovakya | 0,4227 | 0,3431 | 0,2586 | 0,4777 | 0,1374 | 0,1055 | 0,3542 |
| Slovenya | 0,5361 | 0,5196 | 0,1552 | 0,4777 | 0,2033 | 0,6168 | 0,4096 |
| İspanya | 0,5258 | 0,4020 | 0,1897 | 0,6323 | 0,3022 | 0,7744 | 0,5978 |
| İsviçre | 0,7320 | 0,4363 | 0,3103 | 0,7560 | 0,5604 | 0,5688 | 0,7306 |
| Türkiye | 0,0000 | 0,0000 | 1,0000 | 0,4192 | 0,3187 | 0,7931 | 0,5609 |
| Birleşik Krallık | 0,8247 | 0,5980 | 0,2759 | 0,4227 | 0,3077 | 0,7103 | 0,2731 |
| ABD | 0,3505 | 0,8382 | 0,3448 | 0,0241 | 0,3736 | 0,3605 | 0,1218 |

Normalize karar matrisi oluşturulduktan sonra Eşitlik (5) yardımıyla her bir kriter için standart sapma değeri hesaplanmıştır. Oluşturulan matris Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4.** Kriterlerin $\sigma_c$ Değerleri

| | K1 | K2 | K3 | K4 | K5 | K6 | K7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Avustralya | 0,0000 | 0,0905 | 0,0010 | 0,0014 | 0,1197 | 0,0172 | 0,0079 |
| Avusturya | 0,0692 | 0,0256 | 0,0696 | 0,0039 | 0,0000 | 0,0004 | 0,0040 |
| Belçika | 0,0405 | 0,0090 | 0,0000 | 0,0123 | 0,0030 | 0,0386 | 0,0263 |
| Kanada | 0,0290 | 0,1189 | 0,0080 | 0,0078 | 0,0000 | 0,3345 | 0,0264 |
| Şili | 0,0002 | 0,1233 | 0,0309 | 0,0819 | 0,0437 | 0,0003 | 0,0727 |
| Çekya | 0,0289 | 0,0014 | 0,0567 | 0,0009 | 0,0668 | 0,0023 | 0,0014 |
| Danimarka | 0,0539 | 0,0005 | 0,0010 | 0,0031 | 0,0001 | 0,0123 | 0,0158 |
| Estonya | 0,0076 | 0,0008 | 0,0118 | 0,0005 | 0,0328 | 0,0030 | 0,0000 |
| Finlandiya | 0,0166 | 0,0684 | 0,0065 | 0,0247 | 0,0205 | 0,0077 | 0,3274 |
| Fransa | 0,0013 | 0,1067 | 0,0380 | 0,0247 | 0,0369 | 0,0050 | 0,0049 |
| Almanya | 0,0692 | 0,0052 | 0,0159 | 0,0053 | 0,0121 | 0,0024 | 0,1830 |
| Yunanistan | 0,1832 | 0,1375 | 0,0599 | 0,0048 | 0,1238 | 0,0405 | 0,0557 |
| Macaristan | 0,0045 | 0,1375 | 0,0380 | 0,0354 | 0,0000 | 0,0087 | 0,0557 |
| İrlanda | 0,0002 | 0,0267 | 0,0069 | 0,0247 | 0,0011 | 0,2236 | 0,0000 |
| İtalya | 0,0325 | 0,0038 | 0,0154 | 0,0651 | 0,0030 | 0,0405 | 0,1528 |
| Japonya | 0,0747 | 0,0010 | 0,0309 | 0,2390 | 0,4201 | 0,0853 | 0,0206 |
| Güney Kore | 0,0007 | 0,0021 | 0,0052 | 0,1973 | 0,1979 | 0,0108 | 0,0114 |
| Letonya | 0,0140 | 0,0666 | 0,1051 | 0,0119 | 0,0030 | 0,0069 | 0,0066 |
| Lüksemburg | 0,0032 | 0,0005 | 0,0257 | 0,0044 | 0,0188 | 0,1778 | 0,0253 |
| Meksika | 0,3155 | 0,2277 | 0,1669 | 0,2613 | 0,0414 | 0,0002 | 0,0459 |
| Hollanda | 0,0924 | 0,0090 | 0,0065 | 0,0221 | 0,0000 | 0,0235 | 0,0302 |
| Yeni Zelanda | 0,1264 | 0,0790 | 0,0014 | 0,2241 | 0,0025 | 0,0162 | 0,1471 |
| Norveç | 0,0013 | 0,1670 | 0,0279 | 0,0348 | 0,0011 | 0,0060 | 0,0005 |
| Polonya | 0,0588 | 0,0001 | 0,0257 | 0,0027 | 0,0668 | 0,0004 | 0,0000 |
| Slovakya | 0,0002 | 0,0323 | 0,0043 | 0,0011 | 0,0460 | 0,2236 | 0,0054 |
| Slovenya | 0,0096 | 0,0000 | 0,0286 | 0,0011 | 0,0221 | 0,0015 | 0,0003 |
| İspanya | 0,0076 | 0,0146 | 0,0181 | 0,0147 | 0,0025 | 0,0384 | 0,0289 |
| İsviçre | 0,0862 | 0,0075 | 0,0002 | 0,0600 | 0,0435 | 0,0001 | 0,0917 |
| Türkiye | 0,1921 | 0,2733 | 0,4566 | 0,0084 | 0,0011 | 0,0461 | 0,0177 |
| Birleşik Krallık | 0,1493 | 0,0057 | 0,0023 | 0,0078 | 0,0019 | 0,0174 | 0,0239 |
| ABD | 0,0077 | 0,0995 | 0,0004 | 0,2373 | 0,0005 | 0,0475 | 0,0937 |

Her bir kriter için standart sapma değerlerinin hesaplanmasının ardından yöntemin son aşamasında Eşitlik (6) yardımıyla kriter ağırlıkları () hesaplanmıştır. Kriter ağırlıkları Grafik 1'de görselleştirilerek verilmiştir.

**Grafik 1.** Kriter Ağırlıkları

Grafik 1'de görüldüğü gibi SD yöntemine göre en yüksek ağırlığa sahip kriter 0,1574 değeri ile (K2) 15 yaş üzeri günlük sigara içen nüfus oranı bulunmuştur. İkinci büyük öneme sahip kriter 0,1502 değeri ile (K1) günlük sigara içen kişi sayısına düşen sigara miktarıdır. En düşük öneme sahip kriter ise, 0,1305 değeri ile (K3) kişi başına alkol tüketimi sayısıdır.

### 4.2. MOORA Yöntemiyle Alternatiflerin Sıralanması

Analizin ikinci aşamasında SD yöntemiyle hesaplanan kriter ağırlıkları MOORA yöntemine atanmış ve ülkelerin sıralaması elde edilmiştir. Yöntemin ilk aşaması SD yönteminde de olduğu gibi karar matrisinin oluşturulmasıdır. MOORA yöntemi için de Tablo 2'de verilen karar matrisi kullanılmıştır. Karar matrisi oluşturulduktan sonra sütundaki her değerin kareleri toplamı, ardından karelerin toplamının karekökü hesaplanmıştır. Karar matrisinde yer alan değerlerin karelerin toplamının karekökü bölünmesiyle de Eşitlik (7) yardımıyla normalizasyon işlemi gerçekleştirilmiştir. Bu sayede Tablo 5'te verilen normalize karar matrisi elde edilmiştir.

**Tablo 5.** Normalize Karar Matrisi

| | K1 | K2 | K3 | K4 | K5 | K6 | K7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Avustralya | 0,1776 | 0,1115 | 0,1809 | 0,1788 | 0,1459 | 0,2051 | 0,1645 |
| Avusturya | 0,2120 | 0,2052 | 0,2323 | 0,1522 | 0,1791 | 0,1646 | 0,1681 |
| Belçika | 0,2038 | 0,1534 | 0,1751 | 0,1393 | 0,1734 | 0,2225 | 0,1997 |
| Kanada | 0,1996 | 0,1026 | 0,1542 | 0,1925 | 0,1786 | 0,3242 | 0,1542 |
| Şili | 0,1749 | 0,2440 | 0,1352 | 0,0926 | 0,1983 | 0,1653 | 0,1392 |
| Çekya | 0,1542 | 0,1803 | 0,2265 | 0,1769 | 0,2029 | 0,1575 | 0,1718 |
| Danimarka | 0,2079 | 0,1683 | 0,1809 | 0,1540 | 0,1775 | 0,1998 | 0,1593 |
| Estonya | 0,1652 | 0,1783 | 0,1980 | 0,1751 | 0,1614 | 0,1848 | 0,1769 |
| Finlandiya | 0,1941 | 0,1195 | 0,1561 | 0,2108 | 0,1920 | 0,1468 | 0,0967 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fransa | 0,1721 | 0,2390 | 0,2170 | 0,2108 | 0,1604 | 0,1514 | 0,1671 |
| Almanya | 0,2120 | 0,1872 | 0,2018 | 0,1494 | 0,1889 | 0,1571 | 0,2369 |
| Yunanistan | 0,2341 | 0,2480 | 0,1199 | 0,1503 | 0,2118 | 0,1166 | 0,2100 |
| Macaristan | 0,1680 | 0,2480 | 0,2170 | 0,2191 | 0,1780 | 0,1454 | 0,2100 |
| İrlanda | 0,1790 | 0,1394 | 0,1923 | 0,2108 | 0,1817 | 0,2961 | 0,1775 |
| İtalya | 0,1528 | 0,1852 | 0,1466 | 0,1008 | 0,1837 | 0,1166 | 0,2318 |
| Japonya | 0,2134 | 0,1663 | 0,1352 | 0,0385 | 0,1173 | 0,0924 | 0,1971 |
| Güney Kore | 0,1735 | 0,1633 | 0,1580 | 0,0504 | 0,1365 | 0,1425 | 0,1919 |
| Letonya | 0,1611 | 0,2251 | 0,2456 | 0,1980 | 0,1837 | 0,1923 | 0,1656 |
| Lüksemburg | 0,1845 | 0,1683 | 0,2094 | 0,1513 | 0,1656 | 0,0579 | 0,1547 |
| Meksika | 0,1019 | 0,0757 | 0,0838 | 0,3053 | 0,1978 | 0,1664 | 0,1469 |
| Hollanda | 0,1363 | 0,1534 | 0,1561 | 0,1293 | 0,1780 | 0,1294 | 0,1526 |
| Yeni Zelanda | 0,1294 | 0,1155 | 0,1656 | 0,2952 | 0,1832 | 0,2040 | 0,2307 |
| Norveç | 0,1721 | 0,0896 | 0,1371 | 0,1192 | 0,1817 | 0,1497 | 0,1738 |
| Polonya | 0,2093 | 0,1703 | 0,2094 | 0,1549 | 0,2029 | 0,1646 | 0,1775 |
| Slovakya | 0,1790 | 0,2091 | 0,1885 | 0,1778 | 0,1988 | 0,2961 | 0,1873 |
| Slovenya | 0,1638 | 0,1733 | 0,2113 | 0,1778 | 0,1926 | 0,1600 | 0,1795 |
| İspanya | 0,1652 | 0,1972 | 0,2037 | 0,1366 | 0,1832 | 0,1180 | 0,1531 |
| İsviçre | 0,1377 | 0,1902 | 0,1770 | 0,1036 | 0,1588 | 0,1728 | 0,1345 |
| Türkiye | 0,2354 | 0,2789 | 0,0247 | 0,1934 | 0,1817 | 0,1130 | 0,1583 |
| Birleşik Krallık | 0,1253 | 0,1574 | 0,1847 | 0,1925 | 0,1827 | 0,1351 | 0,1987 |
| ABD | 0,1886 | 0,1086 | 0,1694 | 0,2988 | 0,1765 | 0,2282 | 0,2199 |

Normalize karar matrisinin oluşturulmasının ardından SD yöntemiyle hesaplanan kriter ağırlıkları Eşitlik (8)'de gösterilen normalize karar matrisindeki her bir eleman ile çarpılmaktadır. Bu sayede Eşitlik (9)'da gösterilen ağırlıklandırılmış normalize karar matrisi elde edilmektedir. Ağırlıklandırılmış normalize karar matrisi Tablo 6'da verilmiştir. Kriterlerin maliyet ya da fayda yönlü olmasına göre referans noktaları belirlenmiştir. Maliyet yönlü kriterler için referans noktası kriter değerlerinin minimumunu; fayda yönlü kriterler için referans noktası kriter değerlerinin maksimumunu ifade etmektedir.

**Tablo 6.** Ağırlıklandırılmış Normalize Karar Matrisi

| | K1 | K2 | K3 | K4 | K5 | K6 | K7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Avustralya | 0,0267 | 0,0176 | 0,0236 | 0,0264 | 0,0195 | 0,0285 | 0,0232 |
| Avusturya | 0,0318 | 0,0323 | 0,0303 | 0,0225 | 0,0240 | 0,0229 | 0,0237 |
| Belçika | 0,0306 | 0,0241 | 0,0228 | 0,0206 | 0,0232 | 0,0310 | 0,0282 |
| Kanada | 0,0300 | 0,0161 | 0,0201 | 0,0285 | 0,0239 | 0,0451 | 0,0218 |
| Şili | 0,0263 | 0,0384 | 0,0176 | 0,0137 | 0,0265 | 0,0230 | 0,0197 |
| Çekya | 0,0232 | 0,0284 | 0,0296 | 0,0261 | 0,0272 | 0,0219 | 0,0243 |
| Danimarka | 0,0312 | 0,0265 | 0,0236 | 0,0228 | 0,0238 | 0,0278 | 0,0225 |
| Estonya | 0,0248 | 0,0281 | 0,0258 | 0,0259 | 0,0216 | 0,0257 | 0,0250 |
| Finlandiya | 0,0292 | 0,0188 | 0,0204 | 0,0312 | 0,0257 | 0,0204 | 0,0137 |
| Fransa | 0,0258 | 0,0376 | 0,0283 | 0,0312 | 0,0215 | 0,0211 | 0,0236 |
| Almanya | 0,0318 | 0,0295 | 0,0263 | 0,0221 | 0,0253 | 0,0219 | 0,0335 |
| Yunanistan | 0,0351 | 0,0390 | 0,0156 | 0,0222 | 0,0284 | 0,0162 | 0,0297 |
| Macaristan | 0,0252 | 0,0390 | 0,0283 | 0,0324 | 0,0238 | 0,0202 | 0,0297 |
| İrlanda | 0,0269 | 0,0219 | 0,0251 | 0,0312 | 0,0243 | 0,0412 | 0,0251 |
| İtalya | 0,0229 | 0,0292 | 0,0191 | 0,0149 | 0,0246 | 0,0162 | 0,0327 |
| Japonya | 0,0320 | 0,0262 | 0,0176 | 0,0057 | 0,0157 | 0,0129 | 0,0278 |
| Güney Kore | 0,0260 | 0,0257 | 0,0206 | 0,0075 | 0,0183 | 0,0198 | 0,0271 |
| Letonya | 0,0242 | 0,0354 | 0,0320 | 0,0293 | 0,0246 | 0,0268 | 0,0234 |
| Lüksemburg | 0,0277 | 0,0265 | 0,0273 | 0,0224 | 0,0222 | 0,0081 | 0,0218 |
| Meksika | 0,0153 | 0,0119 | 0,0109 | 0,0451 | 0,0265 | 0,0231 | 0,0208 |
| Hollanda | 0,0205 | 0,0241 | 0,0204 | 0,0191 | 0,0238 | 0,0180 | 0,0216 |
| Yeni Zelanda | 0,0194 | 0,0182 | 0,0216 | 0,0436 | 0,0245 | 0,0284 | 0,0326 |
| Norveç | 0,0258 | 0,0141 | 0,0179 | 0,0176 | 0,0243 | 0,0208 | 0,0245 |
| Polonya | 0,0314 | 0,0268 | 0,0273 | 0,0229 | 0,0272 | 0,0229 | 0,0251 |
| Slovakya | 0,0269 | 0,0329 | 0,0246 | 0,0263 | 0,0266 | 0,0412 | 0,0264 |
| Slovenya | 0,0246 | 0,0273 | 0,0276 | 0,0263 | 0,0258 | 0,0223 | 0,0254 |
| İspanya | 0,0248 | 0,0310 | 0,0266 | 0,0202 | 0,0245 | 0,0164 | 0,0216 |
| İsviçre | 0,0207 | 0,0299 | 0,0231 | 0,0153 | 0,0213 | 0,0240 | 0,0190 |
| Türkiye | 0,0354 | 0,0439 | 0,0032 | 0,0286 | 0,0243 | 0,0157 | 0,0224 |
| Birleşik Krallık | 0,0188 | 0,0248 | 0,0241 | 0,0285 | 0,0245 | 0,0188 | 0,0281 |
| ABD | 0,0283 | 0,0171 | 0,0221 | 0,0442 | 0,0236 | 0,0317 | 0,0311 |
| Referans Noktası | 0,0153 | 0,0119 | 0,0032 | 0,0057 | 0,0157 | 0,0081 | 0,0137 |

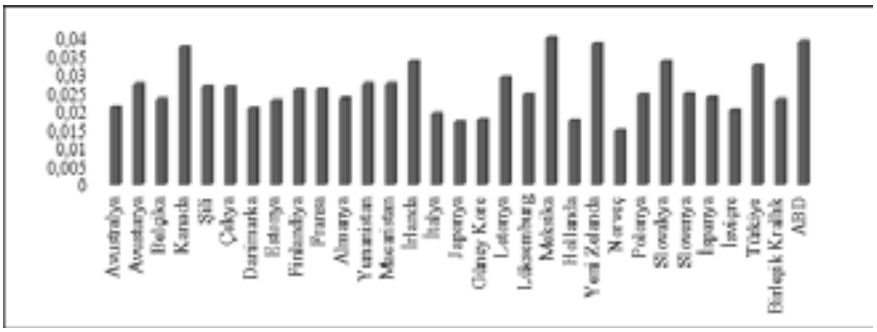
Ağırlıklandırılmış normalize karar matrisinin oluşturulmasının ardından Eşitlik (10) yardımıyla $x_{ij}^{+}$ değerleri hesaplanmış ve alternatifler sıralanmıştır. Değerler ve sıralama sonuçları Tablo 7'de verilmiştir.

**Tablo 7.** Değerleri ve Ülkelerin Sıralanması

| | K1 | K2 | K3 | K4 | K5 | K6 | K7 | | Sıralama |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Avustralya | 0,0114 | 0,0056 | 0,0204 | 0,0207 | 0,0038 | 0,0205 | 0,0096 | 0,0207 | 24 |
| Avusturya | 0,0165 | 0,0204 | 0,0271 | 0,0168 | 0,0083 | 0,0148 | 0,0101 | 0,0271 | 11 |
| Belçika | 0,0153 | 0,0122 | 0,0196 | 0,0149 | 0,0075 | 0,0229 | 0,0145 | 0,0229 | 21 |
| Kanada | 0,0147 | 0,0042 | 0,0169 | 0,0228 | 0,0082 | 0,0370 | 0,0081 | 0,0370 | 4 |
| Şili | 0,0110 | 0,0265 | 0,0144 | 0,0080 | 0,0108 | 0,0149 | 0,0060 | 0,0265 | 12 |
| Çekya | 0,0079 | 0,0165 | 0,0263 | 0,0205 | 0,0115 | 0,0138 | 0,0106 | 0,0263 | 13 |
| Danimarka | 0,0159 | 0,0146 | 0,0204 | 0,0171 | 0,0081 | 0,0197 | 0,0088 | 0,0204 | 25 |
| Estonya | 0,0095 | 0,0161 | 0,0226 | 0,0202 | 0,0059 | 0,0177 | 0,0113 | 0,0226 | 23 |
| Finlandiya | 0,0139 | 0,0069 | 0,0171 | 0,0255 | 0,0100 | 0,0124 | 0,0000 | 0,0255 | 15 |
| Fransa | 0,0105 | 0,0257 | 0,0251 | 0,0255 | 0,0058 | 0,0130 | 0,0099 | 0,0257 | 14 |
| Almanya | 0,0165 | 0,0176 | 0,0231 | 0,0164 | 0,0096 | 0,0138 | 0,0198 | 0,0231 | 20 |
| Yunanistan | 0,0198 | 0,0271 | 0,0124 | 0,0165 | 0,0126 | 0,0082 | 0,0160 | 0,0271 | 9 |
| Macaristan | 0,0099 | 0,0271 | 0,0251 | 0,0267 | 0,0081 | 0,0122 | 0,0160 | 0,0271 | 10 |
| İrlanda | 0,0116 | 0,0100 | 0,0219 | 0,0255 | 0,0086 | 0,0331 | 0,0114 | 0,0331 | 5 |
| İtalya | 0,0076 | 0,0172 | 0,0159 | 0,0092 | 0,0089 | 0,0082 | 0,0191 | 0,0191 | 27 |
| Japonya | 0,0167 | 0,0143 | 0,0144 | 0,0000 | 0,0000 | 0,0048 | 0,0142 | 0,0167 | 30 |
| Güney Kore | 0,0108 | 0,0138 | 0,0174 | 0,0018 | 0,0026 | 0,0118 | 0,0134 | 0,0174 | 28 |
| Letonya | 0,0089 | 0,0235 | 0,0288 | 0,0236 | 0,0089 | 0,0187 | 0,0097 | 0,0288 | 8 |
| Lüksemburg | 0,0124 | 0,0146 | 0,0241 | 0,0167 | 0,0065 | 0,0000 | 0,0082 | 0,0241 | 17 |
| Meksika | 0,0000 | 0,0000 | 0,0077 | 0,0394 | 0,0108 | 0,0151 | 0,0071 | 0,0394 | 1 |
| Hollanda | 0,0052 | 0,0122 | 0,0171 | 0,0134 | 0,0081 | 0,0099 | 0,0079 | 0,0171 | 29 |
| Yeni Zelanda | 0,0041 | 0,0063 | 0,0184 | 0,0379 | 0,0088 | 0,0203 | 0,0189 | 0,0379 | 3 |
| Norveç | 0,0105 | 0,0022 | 0,0147 | 0,0119 | 0,0086 | 0,0128 | 0,0109 | 0,0147 | 31 |
| Polonya | 0,0161 | 0,0149 | 0,0241 | 0,0172 | 0,0115 | 0,0148 | 0,0114 | 0,0241 | 18 |
| Slovakya | 0,0116 | 0,0210 | 0,0214 | 0,0206 | 0,0109 | 0,0331 | 0,0128 | 0,0331 | 6 |
| Slovenya | 0,0093 | 0,0154 | 0,0243 | 0,0206 | 0,0101 | 0,0142 | 0,0117 | 0,0243 | 16 |
| İspanya | 0,0095 | 0,0191 | 0,0233 | 0,0145 | 0,0088 | 0,0084 | 0,0080 | 0,0233 | 19 |
| İsviçre | 0,0054 | 0,0180 | 0,0199 | 0,0096 | 0,0056 | 0,0160 | 0,0053 | 0,0199 | 26 |
| Türkiye | 0,0201 | 0,0320 | 0,0000 | 0,0229 | 0,0086 | 0,0077 | 0,0087 | 0,0320 | 7 |
| Birleşik Krallık | 0,0035 | 0,0129 | 0,0209 | 0,0228 | 0,0088 | 0,0107 | 0,0144 | 0,0228 | 22 |
| ABD | 0,0130 | 0,0052 | 0,0189 | 0,0385 | 0,0079 | 0,0237 | 0,0174 | 0,0385 | 2 |

MOORA ile elde edilen sıralama sonuçlarına bakıldığında davranışsal sağlık risk faktörleri açısından en üst sırada yer alan ülkenin Meksika olduğu görülmektedir. Meksika'yı ABD ve Yeni Zelanda izlemektedir. Norveç, Japonya ve Hollanda ise son sırada yer alan ülkelerdir. Sonuçlar Grafik 2'de görselleştirilmiştir.

**Grafik 2.** Ülkelerin Sıralaması




## 5. Tartışma, Sonuç ve Öneriler

Bir ülkenin sağlık durumu düzeyi o ülkenin gelişmişlik düzeyi hakkında bilgi veren önemli bir göstergedir. Bu doğrultuda, ülkelerin sağlık göstergelerinin kıyaslanması ile elde edilecek bulgular önemli bilgiler sağlayacaktır. Ülkelerin sağlık göstergelerinin belirleyicilerinden biri ise sağlık risk faktörleridir (Yılmaz & Söyük., 2020). Daha önce belirtildiği gibi risk faktörleri davranışsal, biyolojik, çevresel ve genetik olabilir. Bu araştırma kapsamında davranışsal risk faktörleri ele alınmıştır.

Çok kriterli karar verme yöntemlerinde kriterlerin öznel yöntemlerle ağırlıklandırılması sonuçların güvenilirliği ile ilgili şüphe uyandırabilmektedir. Bu durumun önüne geçmek için çeşitli ağırlıklandırma yöntemlerinden faydalanılmaktadır. Bu araştırmada da SD yöntemi kullanılmış olup, ülkelerin davranışsal risk faktörlerine göre incelenmesinde en önemli faktör 15 yaş üzeri günlük sigara içen nüfus oranı olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın bulgularına göre davranışsal risk faktörlerinin en fazla görüldüğü ülkeler Meksika, ABD, Yeni Zelanda, Kanada ve İrlanda olmuştur. Sağlık risk faktörlerinin ÇKKV yöntemleri ile değerlendirildiği referans bir çalışmaya rastlanamadığından birebir karşılaştırma yapmak mümkün olmamaktadır. Ancak Yılmaz ve Söyük (2020) tarafından sağlık risk faktörlerine göre ülkelerin kümelendiği ve çok kriterli karar verme teknikleriyle sağlık göstergelerinin analiz edildiği araştırmada ülkeler risk faktörlerine göre iki küme oluşturmuş; Amerika, Almanya, Fransa, İrlanda ve Türkiye gibi gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin oluşturduğu kümede yetersiz fiziksel aktivite, yetişkin obezitesi, sigara içme ve alkol tüketiminin önde gelen sağlık risk faktörleri olduğu görülmüştür. Sonucun bu araştırmanın bulguları ile kısmen paralellik gösterdiği söylenebilir.

Araştırmada kullanılan yetişkinlerde obezite oranı ve yetişkinlerde fazla kilolu oranına ilişkin veriler, ölçüm yerine bireylerin beyanlarına göre (self-reported)

oluşmuş verilerdir. Bulgular yorumlanırken bu durumun göz önünde bulundurulması önemlidir. Bununla birlikte, yasadışı uyuşturucu ve alkol kullanımı da önemli riskli davranışlardır. Bu davranışlara ilişkin veriler mevcut olmadığından araştırmanın kapsamı dışında kalmıştır. Yasadışı uyuşturucu ve alkol kullanımı gibi faktörler ülkelerdeki yasal düzenlemelerden ve ülkelerde var olan baskın kültürden etkilenebilmektedir (García-Muñoz vd., 2018). Dolayısı ile söz konusu faktörlere ilişkin güvenilir verilerin mevcut olması ve araştırmalara dâhil edilebilmesi halinde sonuçların farklılaşması muhtemeldir.

Riskli sağlık davranışlarının azaltılmasına yönelik politikalar ülkelerin sağlık sistemlerindeki yükün azaltılabilmesi için oldukça kritiktir. Özellikle COVID-19 pandemisi gibi ani ve küresel düzeyde ortaya çıkan salgınlarda sağlık sistemleri yükünün önemi yakın zamanda görülmüştür. Sigara, aşırı alkol tüketimi, fiziksel hareketsizlik ve obezite gibi davranışsal risk faktörleri, COVID-19 enfeksiyonlarının ciddi sonuçları için ek risk faktörleri olmuştur (Mendoza-Jiménez vd., 2021). Bu risk faktörleri, hastalığın hastane yatışlarını, yoğun bakım hizmetini ve solunum yardımlarını gerektiren ağır seyrine neden olmuştur.

Sigara ve alkol kullanmama, düzenli egzersiz yapma ve sağlıklı beslenme gibi davranışların bağışıklık sistemi ve dolayısıyla kişilerin sağlık durumları üzerinde yararlı etkilerinin olduğu bilinmektedir (Mendoza-Jiménez vd., 2021). Reaktif yaklaşımlardan ziyade, proaktif yaklaşımların hedeflendiği günümüz sağlık yaklaşımları için değiştirilebilir risk faktörleri üzerinde daha fazla durulması gerekmektedir. Ülkeler için riskli sağlık davranışlarının takibini sağlayacak sürveyans sistemleri önleyici yaklaşımlar için önemli bir adım olabilir. Sürveyans sistemleri, sağlık açısından riskli davranışlar, kronik hastalıklar, sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım hakkında temel bir veri kaynağı olabilir. Bu verilerin özellikle politika yapıcılar için yol gösterici olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca ulusal politikaların oluşturulma sürecinde ülkelere özgü davranışsal ve kültürel farklılıkların dikkate alınması istenen sonuçlara ulaşmada etkili olabilir.

Farklı ÇKKV yöntemleri kullanılarak sağlık risk faktörlerine ilişkin araştırmaların gerçekleştirilmesinin sonuçların karşılaştırılabilirliği ve bulguların paralelliğinin yorumlanabilmesi açısından önem arz ettiği düşünülmektedir.

## Kaynakça


Aytekin, A. (2016). Hastaların hastane tercihinde etkili kriterler ve hastanelerin Multimoora ile sıralanması: Eskişehir örneği. İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi, 4(4), 134-143.

Boz, C., Önder, E., & Taş, N. (2018). Comparison of Health Status Indicators with Multidimensional Scaling and The Multi Objective Optimization by Ratio Analysis. *Journal of Health and Nursing Management*, 5(3), 179-187.

Boz, C., Özdemir, M., & Çalgı, B. (2020). Mental hastalıkların prevalansına göre OECD ülkelerinin çok boyutlu analizi ve MOORA yöntemi ile sıralanması. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bi-*

*limler Enstitüsü Elektronik Dergisi*, 11(Ek), 245-256.

Brauers, W. K. M., Zavadskas, E. K., Turskis, Z., & Vilutiene, T. (2008). Multi-objective contractor's ranking by applying the Moora method. *Journal of Business Economics and management*, *9*(4), 245-255.

Brauers, W. K., & Zavadskas, E. K. (2006). The MOORA method and its application to privatization in a transition economy. *Control and cybernetics*, *35*(2), 445-469.

Çelikbilek, Y. (2018). Personel seçimi için bütünleşik gri AHP–MOORA yaklaşımının kullanılması: sağlık sektöründe yönetici seçimi üzerine bir uygulama. *Alphanumeric Journal*, *6*(1), 69-82.

Demirci, A., Arıkan, Ö. U. (2021). Covid-19 Döneminde İlaç Deposu Yeri Seçimi: Mersin Örneği. *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 7(1), 5-27.

Diakoulaki, D., Mavrotas, G., & Papayannakis, L. (1995). Determining objective weights in multiple criteria problems: The critic method. *Computers & Operations Research*, *22*(7), 763-770.

Dizdar, E. N., & Ünver M. (2019). The assessment of occupational safety and health in Turkey by applying a decision-making method; Multimoora. *Human and Ecological Risk Assessment: An International Journal*, 1-12.

Eren, H., Ömürbek, N. (2019). Türkiye'nin Sağlık Göstergeleri Açısından Kümelenmesi ve Performans Analizi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(29), 421-452.

Freyer-Adam, J., Noetzel, F., Baumann, S., Aghdassi, A. A., Siewert-Markus, U., Gaertner, B., & John, U. (2019). Behavioral health risk factor profiles in general hospital patients: identifying the need for screening and brief intervention. *BMC public health*, *19*(1), 1-12.

García-Muñoz, T., Neuman, S., & Neuman, T. (2018). Behavioral health risk factors: The interaction of personal and country effects. *International Journal of Behavioral Medicine*, 25(2), 183-197.

Geetha, S., Narayanamoorthy, S., Kang, D., & Kureethara, J. V. (2019). A novel assessment of healthcare waste disposal methods: intuitionistic hesitant fuzzy MULTIMOORA decision making approach. IEEE Access, 7, 130283-130299.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2022). Risk Faktörleri. Erişim Adresi: [https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri/kanser-nedir-belirtileri1/risk-fakt%C3%B6rleri.html] Erişim Tarihi: 13.08.2022

Institute of Medicine. (2001). Health and Behavior: Frontiers of Research in the Biobehavioral Sciences. Washington DC: National Academy Press.

İnce, Ö., Boz, C., Yılmaz, F., & Cengiz, E. (2020). Sağlık Düzeyi Göstergeleri Açısından OECD Ülkelerinin Sıralaması ve Gelir-Sağlık Harcamaları Etkisi. *Sosyal Güvence*, (17), 245-264.

İnce, Ö., Söyük, S. Sağlık Yönetimi Bölümlerinin Akademik Performanslarının Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleriyle Sıralanması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(3), 443-461.

Jahan, A., Mustapha, F., Sapuan, S. M., Ismail, M. Y., & Bahraminasab, M. (2012). A framework for weighting of criteria in ranking stage of material selection process. *The International Journal of Advanced Manufacturing Technology*, *58*(1), 411-420.

Kocaoğlu, B., & Küçük, A. (2019). Evaluation of the performance of companies operating in the pharmaceutical sector for Reverse Logistics applications with TOPSIS and MOORA Methods. *Journal of Transportation and Logistics*, 4(1), 11-30.

Küçükal, N. T., Ayaş, P., Köse, D., & Kaya, G. K. (2021). Çok kriterli karar verme yöntemlerinin karşılaştırmalı kullanımı ile Türkiye'deki illerin yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *Gazi İktisat ve İşletme Dergisi*, 7(2), 150-168.

Liu, H-C, You, J-X., Lu, C. & Shan, M-M. (2014). Application of interval 2-tuple linguistic Multimoora method for health-care waste treatment technology evaluation and selection. *Waste Management*, 34(11), 2355-2364.

McKinsey Global Institute. (2014). Overcoming obesity: An initial economic analysis. Discussion paper. McKinsey & Company.

Mendoza-Jiménez, M. J., Hannemann, T. V., & Atzendorf, J. (2021). Behavioral risk factors and adherence to preventive measures: evidence from the early stages of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in public health*, 9.

Murray, C. J., Aravkin, A. Y., Zheng, P., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi-Kangevari, M., ... & Borzouei, S. (2020). Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet, 396(10258), 1223-1249.

Orakçı, E., Özdemir, A. (2017). Telafi edici çok kriterli karar verme yöntemleri ile Türkiye ve AB ülkelerinin insani gelişmişlik düzeylerinin belirlenmesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(1), 61-74.

Önay, O. (2016). Multi-Criteria Assessment of Better Life via TOPSIS and MOORA Methods. *International Journal of Business and Social Science*, 7(1), 225-234.

Özdağoğlu, A., Keleş, M. K., & Eren, F. Y. (2019). Sağlık İşletmelerinde Nefelometre Cihazı Alternatiflerinin Değerlendirilmesi–DEMATEL-MULTIMOORA Bütünleşik Yaklaşımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 20(2), 275-299.

Sakti, C. Y., Sungkono, K. R., & Sarno, R. (2019). Determination of hospital rank by using analytic hierarchy process (AHP) and multi objective optimization on the basis of ratio analysis (MOORA). In 2019 International Seminar on Application for Technology of Information and Communication,178-183.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2022). Risk Faktörü. Erişim Adresi [https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66502/r.html] Erişim Tarihi:14.08.2022

Taşçı, M. E., Görener, A., (2016), Evaluating the strategies of medical tourism sector through AHP and MOORA in a SWOT framework, journal of global strategic management, 10(2), 15-30.

The Royal Australian College of General Practitioners (2015). Smoking, nutrition, alcohol, physical activity (SNAP): A population health guide to behavioural risk factors in general practice, 2nd Edition. Melbourne.

Uludağ, A.S., Doğan, H. (2021). Üretim Yönetiminde Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri Literatür, Teori ve Uygulama. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

World Health Organization. (2009). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks.

World Health Organization. (2022). Behavioural risk factors. Erişim Adresi [http://www.emro.who.int/health-education/health-risk-factors/behaviour-risk-factors.html] Erişim Tarihi: 15.08.2022

Yılmaz, F., & Söyük, S. (2020). Sağlık Risk Faktörlerine Göre Ülkelerin Kümelenmesi Ve Çok Kriterli Karar Verme Teknikleriyle Sağlık Durumu Göstergelerinin Analizi. *Sosyal Güvence*, (17), 283-320.

Yiğit, P., Yılmaz, E., Kedikli, E., & Hayran, O. (2021). Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü Ülkelerinde Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Risk Faktörlerinin GINI Katsayısı ve Sağlık Düzeyi ile İlişkisi. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 598-608.

# SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN YAŞLI BİREYLERE VE YAŞLILIĞA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ VE ALGILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Zilan Çiliger [1], Yusuf Çelik [2]

***Özet***

*Araştırmanın amacı, Sağlık Bilimleri Fakültesindeki öğrencilerin yaşlı bireylere ve yaşlılığa ilişkin görüş ve algıların değerlendirilmesi, öğrencilerin yaşlılar ile iletişimlerini ve bakım için gereksinimlerini ortaya konulması konusunda düşüncelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışma, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde kayıtlı 5 farklı bölümden tabakalama yöntemi ile seçilen 350 öğrenci arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma bulgularına göre öğrencilerin %83,7'sinin evinde ve yakın çevresinde yaşlı bulunmaktadır. Öğrencilerin %42'sinin yaşlı bireylerle yaşamak istediği, nedenininse yaşlı bireyleri sevmesi (%44,6) olduğu, buna karşın öğrencilerin %52,9'unun yaşlı bireyleri huysuz, sıkıcı bulduğu için onlarla aynı evde kalmak istemediklerini belirtmişlerdir. Sonuç olarak günümüzde aile yapısının değişmesi geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına geçilmesi ile öğrencilerin yaşlı bireylerle aynı evde kalmalarının önüne geçmektedir. Kırsal kesimlerde yaşayan öğrencilerin yaşlı bireyleri deneyimlerinden faydalanılması gereken bireyler olarak görürken ve yaşlılarla aynı evde kalmak olumlu karşılanırken kent ortamında kalan öğrencilerde ise tersi bir durum olduğu belirlenmiştir.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Yaşlılık, Yaşlanma, Yaşlılık algısı, Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencileri*

1 Yüksek Lisans Öğrencisi, Marmara Üniversitesi, zilanciliger@marun.edu.tr

2 Prof. Dr., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, yusuf.celik@marmara.edu.tr

# EVALUATION OF THE PERCEPTIONS OF THE FACULTY OF HEALTH SCIENCES STUDENTS' OPINIONS ON OLD INDIVIDUALS AND OLD AGE


***Abstract***

*The aim of the study was to evaluate the opinions and perceptions of the students in the Faculty of Health Sciences about the elderly and old age, and to determine the students' thoughts on their communication with the elderly and the needs for the care in the future. This study was carried out among 350 students selected by stratification method from the students registered in 5 different departments of Marmara University Faculty of Health Sciences. According to the research findings, 83.7% of the students have elderly people at home and in their immediate surroundings. It was stated that 42% of the students wanted to live with elderly individuals, the reason being that they liked elderly individuals (44.6%), whereas 52.9% of the students stated that they did not want to stay in the same house with them because they found the elderly individuals grumpy and boring. As a result, the change in family structure prevents students from staying in the same house with elderly individuals, with the transition from extended family structure to nuclear family structure. While students living in rural areas see elderly individuals as individuals whose experiences should be benefited from and the think of staying in the same house with the elderly is positive, it has been determined that the opposite is the case for students living in an urban environment.*



***Key Words:*** *Elderly, Aging, Perception of Old Age, Health Sciences Faculty Students*


## 1. Giriş

Kişinin doğumundan başlayıp ölümüne kadar süren yaşlanma, biyo-psiko-sosyal açıdan pasif bir duruma neden olmaktadır ve bunun sonucunda kişinin bütün fonksiyonlarının durmasıyla sona ermektedir. Kişi, yaşlanma döneminde bizzat kendisi tanık olması nedeniyle normal yaşamına olan etkilerini, hayat standartlarında ne gibi farklılıklar olduğunu, yaşlanmanın nasıl bir durum olduğunu bu dönemde tecrübe etmektedir. Bu nedenle yaşlanmanın hangi yönlerden kişiyi etkisi altına alındığının bilinmesi, aynı zamanda hayat standartlarının ne düzeyde olunduğunu ve yaşlılığa olan bakış açısını etkileyen etmenlerinde bilinmesi demektir. Dünyada, gelişmiş toplumlar ve gelişmekte olan toplumlarda yaşlı nüfusun giderek artmasıyla beraber, yaşlılık 21. yüzyılda en önemli konulardan biri olmuştur. Yaşlı nüfus oranının giderek yükselmesiyle beraber farklı problemlerin meydana çıktığı ve bazı zamanlarda da fırsatların ortaya çıktığı bu çağda demografik yapıda ortaya çıkan farklılıklar, ülkeler arasında yaşlılığın daha çok gündem

konusu olmasına sebep olmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlar uzun süredir yaşlı nüfus problemleriyle başa çıkmaya çalışmaktalardır. Yaşlı bireylerin her geçen gün farklı istek ve ihtiyaçları ortaya çıkmaktadır. Günümüzde beklentilerin artmasıyla beraber bu ihtiyaçların daha da artacağı bilinmektedir (Alaydın, 2019).

15 Kasım'da dünya nüfusu 8 milyara ulaşacak, 2023'te Hindistan Çin'i geçecek (BM, 2022). Giderek fazlalaşan nüfus bütün yaş gruplarını etkilediği gibi yaşlı bireyleri de etkisi altına almaktadır. Yaşlanma dönemiyle ile ilgili problemler dünyada artık daha fazla gündem konusu olmuştur. Bu durum yeni ihtiyaçlar, yeni istekleri de beraberinde getirmektedir. Bu problemler insan hakları bakımından toplumsal yaşamda da çözüm üretilmesi gereken bir durum olarak ortaya çıkmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yapılan nüfus projeksiyonlarına göre 2020'li yılların ortasından itibaren Türkiye nüfusunun %10'dan fazlası 2080 yılında ise her 4 kişiden birinin 65 yaş ve üstü bireylerden oluşacağı tahmin edilmektedir. Türkiye'de önümüzdeki yıllarda yaşlı nüfus ve yaşlı nüfusun beraberinde getireceği sorunlarla mücadele edebilme kabiliyetini geliştirmeli ve sağlık ve sosyal bakım sistemini buna göre şekillendirebilmelidir. Bunun için aşağıda sıralanan soruların şimdiden sorulması ve cevapların yanıtlanması önemlidir.

1. Hastane odaklı sağlık sistemi yaşlı nüfus sorunlarını çözmeye yeterli mi?

2. Uzun dönemli bakım merkezleri sayısı yeterli mi?

3. Sosyal hizmetler ve sağlık hizmetleri ne kadar entegre?

4. Sağlık personeli yetenek karması uygun mu?

Yaşlanmanın insanlar tarafından olumlu bir şekilde algılanması, yaşlı bireylerin fiziksel, zihinsel, psikolojik, ekonomik ve toplumsal farklılıklar karşısında özgürlüğünü kaybetmemesiyle paraleldir. Yaşlı bireylerin sağlıklarına pozitif yönde bakmaları ve toplumsal faaliyetlerde bulunmaya devam etmesi; yaşlılığa sadece problemlerden ve sıkıntılardan bakmamayı, yaşlılığın doğal bir olgu olarak kabul etmesini sağlamaktadır. Yaşlılığa pozitif bir yönde bakıldığında aktif yaşlanma imkânlarını da artırmakta ve sağlıklı bir yaşlılık süreci geçirilmesine ehemmiyet vermektedir. Yaşlı bireylerin psikososyal durumlarının saptanması ve psikososyal destek hizmetler öncelik olmak üzere hangi hizmetlere gerek duyduğunun belirlenmesi bakımından yaşlanmanın algılanma biçiminin ortaya çıkması önemli bir durumdur (Çetin, 2019).

Yaşlanma, bireyde fiziksel, zeka ve sosyal işlevlerinin git gide eksildiği tabii bir süreç iken yaşlılık birçok yönden bağımsızlıkların son bulduğu, kayıpların başlandığı bireyde farklılıkların yaşandığı ve giderek ölüme yaklaşan bir zamandır. Yaşlanma ifadesi yaşam süresince devam eden bir durumdur. Yaşlılık ise fiziksel ve zeka fonksiyonların eksildiği, üremenin olmaması ve ölüme kadar giden zaman-

daki farklılıkları içeren bir dönemdir. Yaşlılık için bir yaş söylemek günümüzde artık güçtür. Çünkü toplumdan topluma, değişik zaman dilimlerine, toplumdaki insanların eğitimlerine, kültürden kültüre, geçmiş dönemlere, ortak değerlere ve toplumun ekonomik koşullarına göre bir değişiklik gösterdiği gibi; cinsiyete, sağlık koşullarına ve psikolojik duruma göre de kişisel değişimler göstermektedir. Yaşlılık ile ilgili ifadelerin değişimine bakıldığında gelişmiş ülkelerde 1930'lardan önceki zamanda "genç yaşlanma" diye nitelendirilmiştir. Bu zamanlarda yaşlı bireylere pozitif bir yaklaşım gösterilmekte, yaşlılara hürmet gösterilmekte ve yaşlı kişilerin tecrübeleri değerli görülmektedir. Bu yaklaşım 1930'lardan sonra farklılaşmış ve yaşlılık durumunu pozitif bir tutumdan negatif bir tutuma dönüştüren etmenler ortaya çıkmıştır. Bu etmenler arasında gençliğin ön plana çıkması, emekliliğe bağlı rollerin kaybı, yaşlı nüfusun daha bağımlı hale gelmesi örnek verilebilir. Gerontolojinin genişlemesi de negatif yaşlanma görüşünün kaynağı olarak belirlenmektedir. Bu alanda çalışanlar geçmişteki pozitif yaşlanma görüşü ile artık ilgilenmemekte, yaşlanmanın problemleri üstüne ağırlık verilmektedir.1960'larda bu negatif yaşlılık durumu yaş ayrımcılığı olarak nitelendirilmiş,1980'lerde ise yaş ayrımcılığı devam etmekle beraber etkili uygulamalarla üstesinden gelinebileceği ifade edilmiştir (Arpacı, 2005).

## 2.1. Yöntem

### 2.1.1. Araştırmanın Amacı

Marmara Üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin yaşlılara yönelik algılarının ve görüşlerinin belirlenmesi, yaşlıların bakım gereksinimlerini konusunda öğrencilerin düşüncelerinin ortaya konulmasıdır.

### 2.1.2. Araştırma Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma olarak planlanmış ve yürütülmüştür. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli Etik Kurul izni alınmıştır.

### 2.1.3. Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak kullanılan anket araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Anketin oluşturulmasında konuya ilişkin literatür taranmıştır. Verilerin toplanmasında kullanılan anket 2 bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile ilgili sorular yer alırken; ikinci bölümünde ise araştırmaya katılan öğrencilerin yaşlı bireylere ve yaşlılığa ilişkin görüş ve algılarının değerlendirilmesine yönelik sorulara yer verilmiştir. Hazırlanan anket 1 Şubat 2022 – 15 Mart 2022 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde bulunan 5 bölümde (Sağlık Yönetimi, Hemşirelik, Ebelik, Beslenme ve Diyetetik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon) öğrenim gören lisans öğrencilerine dağıtılmış ve anketi doldurmaları istenmiştir.

### 2.1.4. Evren ve Örneklem

Araştırma, Marmara Üniversitesi bünyesindeki Başıbüyük Kampüsünde lisans düzeyinde eğitim gören Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri arasında yürütülmüştür. Gerekli örneklem büyüklüğü hesaplamasının yapılabilmesi için bu bölümlerde öğrenim gören öğrenci sayıları Marmara Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığından temin edilmiştir. Buna göre araştırma evreni (N) 2689 öğrenciden oluşmaktadır. Yaşlı bireylere ve yaşlılığa ilişkin görüşler ve algıların Sağlık Bilimleri Fakültesi Bölümlerinde eğitim alan öğrenciler arasında değişebileceği düşüncesi ile araştırma örnekleminin belirlenmesinde tabakalama örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklemde hangi bölümden ne kadar katılımcının olması gerektiğine karar vermede bölüm öğrenci sayısının toplam fakülte öğrenci sayısı içindeki oranları dikkate alınarak evrendeki birey sayısının bilindiği durumda kullanılan örnekleme formülü kullanılarak %95 güven düzeyinde 350 öğrencinin örnekleme alınması gerektiği hesaplanmıştır. Araştırma, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden öğrenciler arasında yürütülmüştür.

## 3. Bulgular

Araştırmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Tablo 1'de görüldüğü gibi katılımcıların önemli bir bölümü kadın (%73,4) ve 2. sınıf (%33,4) olup Hemşirelik bölümünde (%37,7) eğitim görmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu 20 ve 21 yaşındadır. Katılımcıların %83,1'i aile gelir durumlarının orta gelir düzeyinde olduğunu ve %80,9'u kentlerde yaşadıklarını söylemişlerdir.

**Tablo 1.** Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri

| Demografik Faktörler | | Sayı | Yüzde |
|---|---|---|---|
| Cinsiyet | Kadın | 257 | 73,4 |
| | Erkek | 93 | 26,6 |
| Yaş | 19 Yaş ve altı | 82 | 23,4 |
| | 20 Yaş | 72 | 20,6 |
| | 21 Yaş | 73 | 20,9 |
| | 22 Yaş | 68 | 19,4 |
| | 23 Yaş ve üstü | 55 | 15,7 |
| Gelir Durumu | Düşük | 37 | 10,6 |
| | Orta | 291 | 83,1 |
| | Yüksek | 22 | 6,3 |
| Yaşanılan Yer | Kır | 67 | 19,1 |
| | Kent | 283 | 80,9 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Kayıtlı Olunan Bölüm | Sağlık Yönetimi | 47 | 13,4 |
| | Fizyoterapi ve Rehabilitasyon | 77 | 22,0 |
| | Ebelik | 48 | 13,7 |
| | Hemşirelik | 132 | 37,7 |
| | Beslenme ve Diyetesyenlik | 46 | 13,1 |
| Sınıfınız | 1. Sınıf | 91 | 26,0 |
| | 2.Sınıf | 117 | 33,4 |
| | 3.Sınıf | 89 | 25,4 |
| | 4.Sınıf | 53 | 15,1 |
| Toplam | | 350 | 100,0 |

Araştırmaya katılan öğrencilere evlerinde yaşlı bulunma durumu ile ilgili sorular sorulmuş ve cevapları Tablo 2'de gösterilmiştir. "Evde yaşlı var mı?" sorusuna araştırmaya katılanların çoğunluğu evet (%83,7) cevabını vermiştir. Evdeki yaşlının kronik hastalığı var mı? sorusuna öğrencilerin yarıdan fazlası hayır (%55,1) cevabını vermiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşlı tanıdıklarında diyabet (%11,7) hastalığı ve tansiyon (%10,9) hastalığı daha fazladır. Evde yaşlı birey olsun ister miydiniz? sorusuna öğrencilerin yarıdan fazlası hayır (%52,9) cevabını vermiştir.

**Tablo 2.** Araştırmaya Katılanların Evlerinde Yaşlı Bulunma Durumu

| **Yaşlılara ilişkin genel görüşler** | | **Sayı** | **Yüzde** |
|---|---|---|---|
| Evde yaşlı var mi? | Hayır | 57 | 16,3 |
| | Evet | 293 | 83,7 |
| Evdeki yaşlının kronik hastalığı var mi? | Hayır | 193 | 55,1 |
| | Evet | 157 | 44,9 |
| Yaşlı olarak tanıdığınız birey sizinle ayni evde mi kalıyor? | Hayır | 268 | 76,6 |
| | Evet | 82 | 23,4 |
| Evinizde yaşlı birey olsun ister miydiniz? | Hayır | 185 | 52,9 |
| | Evet | 150 | 42,9 |
| | Diğer | 15 | 4,3 |
| Toplam | | 350 | 100,0 |

Katılımcıların yaşlı, yaşlılık ve yaşlılara yönelik ifadelere ne derece katıldıkları ya da katılmadıkları Tablo 3'te gösterilmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun, toplamda 30 sorudan oluşan yaşlı bireylere ve yaşlılığa ilişkin görüşleri ve algılarının değerlendirildiği sorulardan çok büyük bir bölümüne katıldıkları görülmüştür. Her ne kadar katılımı oranı az olsa bile yaşlı, yaşlılık ve yaşlılara yönelik bazı hizmetleri değerlendirmeye yönelik bazı konularda katılımcıların olumsuz bir bakış açısına sahip oldukları belirlenmiştir.

**Tablo 3.** Katılımcıların Yaşlı, Yaşlılık ve Yaşlılara Yönelik Görüşleri

| | Kararsızım | Kesinlikle katılmıyorum | Katılmıyorum | Katılıyorum | Kesinlikle katılıyorum |
|---|---|---|---|---|---|
| Yaşlılığın hayatın keyif kaçıran bir dönem olduğunu düşünüyorum. | 10,9 | 10,9 | 30,9 | **29,4** | 18,0 |
| Yaşlı bireylerin fiziksel bağımsızlıklarını kaybettiğini düşünüyorum. | 4,3 | 4,9 | 22,3 | **54,3** | 14,3 |
| Yaşlılığın tam anlamıyla hayattan kopulduğu zaman olarak görüyorum. | 10,6 | 31,1 | 38,9 | **15,4** | 4,0 |
| Yaşlı bireylerin yaşları nedeniyle bazı ortamlardan dışlanmış olduklarını düşünüyorum. | 7,1 | 7,1 | 18,0 | **47,4** | 20,3 |
| Yaşlı bireylerin kendilerini toplumun içinden biri olarak hissetiğini düşünüyorum. | 14,9 | 8,3 | 24,6 | **39,1** | 13,1 |
| Eşiyle yaşayan yaşlı bireylerin yalnız yaşayanlara oranla daha aktif olduğunu düşünüyorum. | 6,9 | 3,1 | 4,6 | **45,1** | 40,3 |
| Çevremdeki kişilerin yaşlı bireylerin özgürlüğüne saygı gösterdiğini düşünüyorum. | 15,1 | 8,3 | 28,0 | **38,0** | 10,6 |
| Yaşlı bireylerin yeterince toplumsal faaliyetlere katıldığını düşünüyorum. | 20,0 | 21,7 | 46,9 | **10,0** | 1,4 |
| Yaşlı bireylerin şu anda hayatlarından memnun olduklarını düşünüyorum. | 20,3 | **18,6** | 48,9 | 10,9 | 1,1 |
| Teknolojik ve ekonomik değişimlerin yaşlılara sağlıklı yaşlanabileceği koşulları verdiğini düşünüyorum. | 13,4 | **8,0** | 21,7 | 46,9 | 10,0 |
| Yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde ve hayatına ilişkin aldığı kararlarında bağımsız davrandıklarını düşünüyorum. | 19,7 | 14,6 | 44,6 | **18,3** | 2,9 |
| Erken yaşta emekli olan yaşlılarda sosyal hayattan çekilme gibi ruhsal bozuklukların ortaya çıktığını düşünüyorum. | 12,3 | 9,4 | **17,1** | 47,7 | 13,4 |
| Yaşlı bireylerin sosyo-ekonomik veya tıbbi destekten ziyade psikolojik desteği daha çok önemsediğini düşünüyorum. | 11,4 | 6,3 | 16,3 | **44,6** | 21,4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Bakımevinde kalan yaşlıların aile içinde yaşayan yaşlılara oranla güven duygularının daha az olduğunu düşünüyorum. | 22,0 | 5,7 | 10,3 | **40,9** | 21,1 |
| Yaşlı bireylerin bakımını ailenin tüm bireylerinin üstlenmesi gerektiğini düşünüyorum. | 14,9 | 6,3 | 15,7 | 34,3 | 28,9 |
| Yaşlıların bakımını sağlamanın toplumun sorumluluğu olduğunu düşünüyorum. | 14,0 | 4,3 | 13,4 | **45,1** | 23,1 |
| Yaşlı bireylerin yaşlı bakımevlerinde kalmalarının, onların daha iyi koşullar altında yaşayacağına imkan tanıyacağını düşünüyorum. | 36,6 | 13,7 | 22,0 | **21,4** | 6,3 |
| Düzenli olarak yaşlıların maddi durum değerlendirilmesinin yapılamasının doğru olduğunu düşünüyorum. | 14,6 | 3,1 | 15,4 | **36,9** | 30,0 |
| Aile bireylerinin kötü alışkanlıkların aile içindeki yaşlı bireyi olumsuz etkilediğini düşünüyorum. | 6,9 | 2,6 | 9,1 | **44,6** | 36,9 |
| Pandemi döneminde yaşlılara getirilen sokağa çıkma yasağının yaşlıların toplumdaki algılanışını olumsuz etkilediğini düşünüyorum. | 10,9 | 5,4 | 13,4 | **39,7** | 30,6 |
| Yaşlı bireylerin bilgilerinden faydalanılması gereken ve toplum için kıymetli varlıklar olduğunu düşünüyorum. | 9,4 | 4,0 | 10,9 | **39,4** | 36,3 |
| Toplumda yaşlı bireylere layık oldukları değerin verildiğini düşünüyorum. | 24,0 | 15,4 | 39,1 | **17,1** | 4,0 |
| Yaşlı bireylerin birlikte yaşadıkları diğer aile bireyleri üzerinde baskı kurduklarını düşünüyorum. | 26,6 | 14,9 | 29,4 | **20,9** | 8,3 |
| Çevremdeki yaşlıların mutsuz olduklarını düşünüyorum. | 12,3 | 10,6 | 26,3 | **42,0** | 8,9 |
| Ekonomik bağımsızlığı olan ve kendi/çevresinde yaşayan yaşlıların daha mutlu olduklarını düşünüyorum. | 7,1 | 3,7 | 8,0 | **42,6** | 38,3 |
| Çevremdeki(tanıdığım) yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin düşük olduğunu düşünüyorum. | 15,7 | 10,3 | 26,3 | **35,7** | 12,0 |
| Yaşlılara yönelik hizmetlerin daha fazla olması gerektiğini düşünüyorum. | 4,9 | 4,0 | 6,3 | **42,0** | 42,9 |
| Çevremdeki(tanıdığım) yaşlıların başkalarına bağımlı olmaktan rahatsız olduklarını düşünüyorum. | 13,7 | 6,0 | 13,7 | **45,1** | 21,4 |
| Aile içinde yaşayan yaşlı bireylerin üniversite okuya gençler üzerinde baskı yaptıklarını düşünüyorum. | 26,0 | 18,3 | 28,9 | **18,6** | 8,3 |
| Yaşlı bireyleri seviyorum. | 8,0 | 3,7 | 4,6 | **39,1** | 44,6 |

Katılımcıların demografik özelliklerine göre yaşlı, yaşlılık ve yaşlılara yönelik hizmetlerini değerlendirmeye yönelik ifadelere katılım ortalamaları Tablo 4'de verilmiştir. Tabloda sadece istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu ifadelere

bu tabloda yer verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi cinsiyet, yaşanılan yer, evde yaşlı bulunma ve bu yaşlıların kronik hastalıklarının olup olmama durumu katılımcıların bazı ifadelere katılım ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın oluşmasında önemli faktörler olarak bulunmuştur. Ayrıca öğrencilerin kayıtlı bulundukları bölümlere göre de bazı ifadelere katılım ortalamaları istatistiksel olarak farklı bulunmuştur (Tablo 5).

**Tablo 4.** Katılımcıların Demografik Özellikleri ve Evlerinde Yaşlı Bulunma Durumu ve Yaşlılığa Yönelik İfadelere Katılım Ortalamaları

| **Cinsiyetiniz** | **Erkek** | **Kadın** |
|---|---|---|
| Yaşlı bireylerin fiziksel bağımsızlıklarını kaybettiğini düşünüyorum. | 2,83 | 2,81 |
| Eşiyle yaşayan yaşlı bireylerin yalnız yaşayanlara oranla daha aktif olduğunu düşünüyorum. | 3,23 | 3,34 |
| Yaşlı bireylerin bakımını ailenin tüm bireylerinin üstlenmesi gerektiğini düşünüyorum. | 2,75 | 3,08 |
| Ekonomik bağımsızlığı olan ve kendi evi/çevresinde yaşayan yaşlıların daha mutlu olduklarını düşünüyorum. | 3,04 | 3,32 |
| **Yerleşim Yeri** | **Kır** | **Kent** |
| Yaşlı bireylerin fiziksel bağımsızlıklarını kaybettiğini düşünüyorum. | 3,00 | 2,77 |
| Yaşlı bireylerin yaşlı bakım evlerinde kalmalarının, onların daha iyi koşullar altında yaşayacağına imkan tanıyacağını düşünüyorum. | 2,57 | 2,25 |
| Toplumda yaşlı bireylere layık oldukları değerin verildiğini düşünüyorum. | 2,41 | 2,06 |
| **Evde Yaşlı Var mı?** | **Hayır** | **Evet** |
| Teknolojik ve ekonomik değişimlerin yaşlılara sağlıklı yaşlanabileceği koşulları verdiğini düşünüyorum. | 2,90 | 2,64 |
| Düzenli olarak yaşlıların maddi durum değerlendirilmesinin yapılmasının doğru olduğunu düşünüyorum. | 3,37 | 3,04 |
| **Evdeki yaşlının kronik hastalığı var mı?** | **Hayır** | **Evet** |
| Yaşlı bireylerin kendilerini toplumun içinden biri olarak hissettiğini düşünüyorum. | 2,88 | 2,78 |
| Yaşlıların bakımını sağlamanın toplumun sorumluluğu olduğunu düşünüyorum. | 2,91 | 3,13 |

Not: Ortalamaların karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önem testi (t-testi) kullanılmıştır. Tabloda sadece istatistiksel olarak farklı görüşlerin ortalamaları verilmiştir.

**Tablo 5.** Katılımcıların Kayıtlı Oldukları Bölüm ve Yaşlılığa Yönelik İfadelere Katılım Ortalamaları

| Kayıtlı Olunan Bölüm | Sağlık Yönetimi | Hemşirelik | Ebelik | Beslenme ve Diyetetik | Fizyoterapi ve Rehabilitasyon |
|---|---|---|---|---|---|
| Çevremdeki kişilerin yaşlı bireylerin özgürlüğüne saygı gösterdiğini düşünüyorum. | 2,95 | 2,64 | 2,63 | 2,38 | 2,45 |
| Erken yaşta emekli olan yaşlılarda sosyal hayattan çekilme gibi ruhsal bozuklukların ortaya çıktığını düşünüyorum. | 2,39 | 2,75 | 2,96 | 2,80 | 2,76 |
| Yaşlı bireylerin sosyo-ekonomik veya tıbbi destekten ziyade psikolojik desteği daha çok önemsediğini düşünüyorum. | 2,58 | 2,79 | 3,20 | 3,00 | 3,10 |
| Ekonomik bağımsızlığı olan ve kendi evi/çevresinde yaşayan yaşlıların daha mutlu olduklarını düşünüyorum. | 3,54 | 3,10 | 3,40 | 3,13 | 3,30 |
| Çevremdeki (tanıdığım) yaşlı bireylerin yaşam kalitelerinin düşük olduğunu düşünüyorum. | 2,17 | 2,73 | 2,60 | 2,50 | 2,63 |
| Yaşlılara yönelik hizmetlerin daha fazla olması gerektiğini düşünüyorum. | 3,20 | 3,15 | 3,34 | 3,42 | 3,49 |

Not: Ortalamaların karşılaştırılmasında ANOVA testi (F-testi) kullanılmıştır. Tabloda sadece istatistiksel olarak farklı görüşlerin ortalamaları verilmiştir.

Bu çalışmada katılımcıların evlerinde yaşlı birey olmasını isteme durumuyla araştırma kapsamında sorulan ifadelere katılım durumlarının farklılaşabileceği düşünülmesi bu yönde istatistiksel karşılaştırmalar yapılmıştır. Beklendiği gibi evde yaşlı birey isteme ya da istememe yaşlılara yönelik bazı ifadelere katılım ortalamalarının istatistiksel olarak farklılaşmasına neden olmuştur (Tablo 6).

**Tablo 6.** Katılımcıların Evlerinde Yaşlı Birey Olmasını İsteme Durumu ve Yaşlılığa Yönelik İfadelere Katılım Ortalamaları

| Evinizde yaşlı birey olsun ister miydiniz? | Hayır | Evet |
|---|---|---|
| Yaşlılığın hayatın keyif kaçıran bir dönem olduğunu düşünüyorum. | 2,71 | 2,48 |
| Yaşlı bireylerin şu anda hayatlarından memnun olduklarını düşünüyorum. | 1,88 | 2,23 |
| Yaşlı bireylerin sosyo-ekonomik veya tıbbi destekten ziyade psikolojik desteği daha çok önemsediğini düşünüyorum. | 2,80 | 3,10 |
| Yaşlı bireylerin yaşlı bakım evlerinde kalmalarının, onların daha iyi koşullar altında yaşayacağına imkan tanıyacağını düşünüyorum. | 2,48 | 2,13 |
| Yaşlı bireylerin bilgilerinden faydalanılması gereken ve toplum için kıymetli varlıklar olduklarını düşünüyorum. | 3,06 | 3,39 |
| Yaşlı bireylerin birlikte yaşadıkları diğer aile bireyleri üzerinde baskı kurduklarını düşünüyorum. | 2,52 | 1,99 |
| Çevremdeki yaşlıların mutsuz olduklarını düşünüyorum. | 2,63 | 2,44 |
| Yaşlılara yönelik hizmetlerin daha fazla olması gerektiğini düşünüyorum. | 3,19 | 3,46 |
| Aile içinde yaşayan yaşlı bireylerin üniversite okuyan gençler üzerinde baskı yaptıklarını düşünüyorum. | 2,35 | 2,05 |
| Yaşlı bireyleri seviyorum. | 3,22 | 3,53 |

Not: Ortalamaların karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önem testi (t-testi) kullanılmıştır. Tabloda sadece istatistiksel olarak farklı görüşlerin ortalamaları verilmiştir.

## 4. Sonuç ve Öneriler

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin yaşlı bireylere ve yaşlılığa ilişkin görüşleri ve algılarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu araştırma sonucunda göreceli olarak daha genç olan katılımcılar arasında yaşı, yaşlılık ve yaşlılara yönelik hizmetlere yönelik olumsuz bazı algıların olduğu görülmüştür. Yaşlılığa bağlı olarak kronik hastalıkların artması, yaşlı hastaların sağlık hizmeti aldıkları durumlarda yaşlılığa bağlı başka sorunların da sağlık hizmetler sunumu ve organizasyonunda dikkate alınması ve sağlık hizmeti sunucularının bu duruma yönelik yeteneklerinin artırılması önemlidir. Araştırma kapsamında elde edilen bulgulara göre aşağıda sıralanan önerilerde bulunulabilir:

- Genel olarak toplumun ve gelecek nesillerin yaşlanma süreci, yaşlılar hakkındaki bilgi ve görüşlerinin bilinmesi yaşlı bireylere daha olumlu yaklaşabilmesini ve ihtiyaçlarını anlayabilmesini sağlayabilecektir.

- Yaşlı bireylerin aktifleştirilerek hayatını devam ettirme yönünde programların geliştirilmesi ve işlevlerinin artırılması, gençlerle bütünleşmesi önerilebilir.

- Gençlerin yaşlılık hakkında bilinçlendirilmesi, yaşlılığa ve yaşlı bireylere karşı olumsuz tutumlarının önüne geçilmesi yaşlılığa, yaşlı bireylere olan bakış açılarının olumlu bir duruma geçirmek için gençler ile yaşlı bireyleri uyum içinde olmaya yönelik programların oluşturulması önerilebilir.

- Günümüzde değişen aile yapısı ile artık evde yaşlı birey bulunmasının istenmemesinin önüne geçilmesi, yaşlı bireylerin evde bir yük olarak görülmesinin engellenmesi ve yaşlı bireyleri topluma kazandırmak için yaşlı bireylere karşı fiziksel, duygusal ve psikolojik yönleri ile ilgili eğitimler planlanması, uygulanması ve bu eğitimlerin yaygınlaştırılması önerilebilir.

- Sağlık ve sosyal bakım kurumlarının yaşlı nüfus ihtiyaçları göz önüne alınarak yeniden yapılandırılmaları önerilebilir.

## Kaynakça


Alaydın, N. (2019). Türkiye'de Lisansüstü Tezlerde Yaşlılık Çalışmaları: Bir İçerik Analizi Çalışması, Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 60-72.

Çetin S. (2019). Yaşlılarda Yaşam Kalitesi ve Yaşlılık Algısında Sosyal Hizmetin Rolü; Ankara örneği, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Arpacı, F. ,Ersoy, A. (2011). Türk Toplumunda Yaşlılık: Yetişkin Bireylerin Yaşlılık Dönemi Görüşlerine İlişkin Bir Araştırma, Atatürk Kültür. Dil ve Tarih Yüksek Kurumu, Cilt:1.

# SAĞLIK HİZMETLERİNE DUYULAN GÜVEN DÜZEYİNİN AŞILANMA DAVRANIŞLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Gülsüm Şiranlı [1], Yusuf Çelik [2]

***Özet***

*Bu çalışma sağlık hizmetlerine duyulan güven düzeyinin aşılanma davranışları üzerine olan etkilerinin araştırılması amacıyla düzenlenmiştir. Araştırma evreni (N) 2689 öğrenciden oluşmaktadır. %95 güven düzeyinde 350 öğrencinin örnekleme alınması gerektiği hesaplanmıştır. Araştırmada Marmara Üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerine sağlık hizmetlerine duydukları güven düzeyini ve aşılanma davranışlarını belirleyecek sorular sorulmuştur. Araştırmaya katılan öğrencilerin %44,9'u devlet hastanelerinde sunulan sağlık hizmetinin kaliteli olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin %49,4'ü doktorlara, %48,9'u hemşirelere, %39,1'i sağlık bakanına güvendiğini ifade etmiştir. Araştırmamıza katılan öğrencilerin %44,9'u devlet hastanelerine, %39,1'i özel hastanelere güvendiğini bildirmiştir. Öğrencilerin %42,9'u aşı yaptırmayı gerekli bulmaktadır ve %49,7'si aşının etkileri ve yan etkileri hakkında bilgi almanın önemli olduğunu belirtmektedir. Öğrencilerin %43,4'ü aşı hakkında doğru bilginin doktordan alındığını ifade etmiştir. Araştırmamıza katılan öğrencilerin %71,1'i Türkiye'de uygulanan koronavirüs aşılarına güvendiğini belirtmiştir. Ayrıca araştırmaya katılanlar arasında koronvirüs aşısı yaptıranların oranı ise %89,4'dür. Araştırmaya katılanların sağlık hizmetlerine ve sağlık sistemine güven düzeyleri 17 farklı ifade ile ortaya konulmaya çalışılmıştır. Katılımcıların her ifadeye katılım durumları 1'in 'Kesinlikle Katılmıyorum', 4'ün 'Kesinlikle Katılıyorum'u temsil ettiği dörtlü Likert ölçeği kullanılarak belirlenmiştir. Bu ifadelere verilen cevap skorlarının yüksek olması sağlık hizmetlerine olan güven düzeyinin yüksek olduğu şeklinde kabul edilmiştir. Katılımcıların sağlık hizmetlerine olan güven düzeylerini belirlemeye yönelik sorulara verdikleri cevap ortalamaları iki ortalama arasındaki farkın önem testi (t testi) kullanılarak koronovirüs aşısı olma ve koronovirüs aşılarına güvenme durumlarına göre karşılaştırılmıştır. Verilerin analiz edilmesinde SPSS 20 istatistik programı kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre koronavirüs aşısını yaptırdığını söyleyenler arasında üniversite hastanelerinde sunulan hizmetlerin kaliteli olduğu ve*

1 Yüksek Lisans Öğrencisi, Marmara Üniversitesi, gulsumsiranli@marun.edu.tr

2 Prof. Dr., Marmara Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, yusuf.celik@marmara.edu.tr

*sağlık bakanına güven ortalamaları daha yüksek ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Ayrıca sağlık hizmetlerinin hızlı ve zamanında verildiğini düşünme ortalaması koronavirüs aşısı yaptırmayanlar arasında daha yüksek bulunmuştur. Koronavirüs aşısına güvendiğini söyleyen katılımcılar arasında ise devlet ve üniversite hastanelerinde sunulan hizmetlerin daha kaliteli olduğunu düşünme, doktor ve hemşirelere güven düzeyi, bilim insanları ve uluslararası kuruluşlara güven düzeyi ve devlet hastanelerine güven düzeyi ortalamalarının daha yüksek olduğu ve koronovirüs aşısına güvenmeyenlerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür. Elde edilen bulgular, sağlık hizmetlerine duyulan güven düzeyi arttıkça aşılanma davranışlarının olumlu yönde etkilediği ve koronavirüs aşılarına olan güven düzeyini artırdığı yönünde tartışmaların yapılmasına olanak sağlamıştır.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Sağlık Hizmeti, Güven, Aşı, Tutum*

## THE EFFECT OF TRUST LEVEL IN HEALTH SERVICES ON VACCINATION BEHAVIORS

***Abstract***

*This study was conducted to investigate the effects of the level of trust in health services on vaccination behaviors. The research universe (N) consists of 2689 students. It was calculated that 350 students at 95% confidence level should be sampled. In the study, Marmara University Faculty of Health Sciences students were asked questions that would determine their level of trust in health services and and its effect on vaccination behaviors. 44.9% of the students participating in the research stated that the health service provided in state hospitals was of high quality. 49.4% of the students stated that they trusted doctors, 48.9% in nurses and 39.1% in the health minister. 44.9% of the students who participated in our research reported that they trusted public hospitals and 39.1% trusted private hospitals. 42.9% of students consider it necessary to get vaccinated, and 49.7% say it is important to get information about the effects and side effects of the vaccine. 43.4% of the students stated that the correct information about the vaccine was obtained from the doctor. 42% of the students who participated in our research stated that they trust the coronavirus vaccines administered in Turkey. The level of trust of the participants in the health services and the health system was tried to be revealed with 17 different expressions. The participants' level of agreement with each statement was determined using a four-point Likert scale, where 1 represents "Strongly Disagree" and 4 represents "Strongly Agree". The high response scores given to these statements were accepted as a high level of trust in health services. The averages of answers given by the participants to the questions to determine their level of trust in healthcare services were compared according to their status of being vaccinated against coronovirus*

*and trusting to corona virus vaccines using the significance test of the difference between the two means (t-test). SPSS 20 statistical program was used to analyze the data. According to the results, it was found that among those who said that they had the coronavirus vaccine, the services provided in university hospitals were of high quality and the average of trust in the minister of health was higher and statistically significant. In addition, the mean of thinking that health services are provided quickly and on time was found to be higher among those who did not receive the coronavirus vaccine. Among the participants who said that they trust the coronavirus vaccine, it is seen that the mean trust for "the services provided in state and university hospitals" is higher quality. The level of trust in doctors and nurses, the level of trust in scientists and international organizations, and the level of trust in public hospitals were found to be higher among those who trusted coronovrus vaccine and their trust level was significantly differed compared to those who do not trust the coronovirus vaccine.. The findings have indicated that vaccination behaviors and the level of trust in coronavirus vaccines are positively affected as the level of trust in healthcare services increases.*

**Key Words:** Health care, Trust, Vaccine, Attitude

## 1. Giriş

Sağlık hizmetlerinin esas hedefi toplumun ihtiyaç duyduğu çeşitli sağlık hizmetlerini, hastanın istediği vakitte, istediği kalitede ve mümkün olabilecek en düşük maliyetle sunmaktır. Hızlı değişen teknoloji, maliyetlerde ve hasta şikâyetlerinde yaşanan artış ve iyi bakım taleplerinin yaygınlaşması sağlık hizmetlerinin kompleks bir yapıya bürünmesine sebep olmuştur (Yazgan, 2009).

Sağlık hizmetlerinin özelliklerinden biri "bilgi asimetrisidir". Bu özellik sağlık hizmeti veren bireylerin sağlık hizmeti alan bireylere göre sağlık konusunda daha fazla bilgiye sahip olmasını ifade etmektedir (Tengilimoğlu, Akbolat ve Işık, 2015). Çünkü sağlık hizmetleri uzmanlık seviyesi yüksek olan bir alandır ve sağlık alanında eğitim almamış bir birey bu alanda yeterince bilgiye sahip değildir (Ateş, 2011). Sağlık hizmeti alan bireylerin sağlık profesyonellerine ve sağlık kurumlarına (sağlık hizmeti sistemine) karşı güven duyması, bireylerle etkili iletişimin sağlanması ve hastaların tedaviye uyum sağlaması için gereklidir. Bu nedenle bireylerin sağlık hizmetleri sistemine güven düzeyinin önemli bir konu olduğu düşünülmektedir (Nal, 2021).

Temel amacı "Toplumun sağlığını korumak" olan sağlık hizmetlerinin bu amacı yerine getirme şekli de önem arz etmektedir. Toplumun sağlığını korurken eşit davranılması ve hakkaniyetli olunması, vatandaşın sağlıkla ilgili beklentilerini karşılayacak düşük maliyetli ve kaliteli sağlık hizmetin sunulması gerekmektedir. Bu sayede sağlık hizmetlerinin amaçlarını gerçekleştirmek için gereken çabanın gösterildiğinden söz edilebilecektir (Demirbilek ve Çolak, 2008).

Bireylerin hastalık durumunda başvuracakları sağlık hizmetlerine güven duymaları önemlidir. Çünkü sağlık hizmetleri, bünyesinde hizmeti veren tarafın hizmeti alan tarafa göre daha güçlü olduğu bir ilişkiyi barındırır (Carter, 2009). Bu ilişki içinde, tedavi ve bakıma ihtiyaç duyan, bakım veren tarafa göre bilgi gücü bakımından yetersiz hastalar; sağlık hizmetleri sunumunda rolü olan her bir bileşene (sağlık profesyonelleri, sağlık kurumları ve sigorta kurumları) güvenmek ister, hizmeti sunanların dürüst davranmasına ve haklarını gözetmesine ihtiyaç duyarlar (Atıcı, 2007). Bu ihtiyaç, hizmeti sunan sağlık personeline bağımlılığı, incinebilirliği ve savunmasızlığı da beraberinde getirir. Bağımlılık, incinebilirlik ve savunmasızlık, bireylerin kendi sağlıkları hakkında kısıtlı bilgiye sahip olmaları, sağlık hizmetlerini sunan kurum ve personelden tedavilerinin tamamlanacağına dair pozitif beklenti içinde olmaları ve bu beklentinin karşılanamama riskinin bulunması ile ilişkilidir. Tüm bu yapısı nedeniyle sağlık hizmetlerine duyulan güven oldukça önemlidir. Hastaların kendilerini fiziksel açının yanı sıra manevi açıdan da güvende hissetmeleri; sağlıklı bir iletişimin sürdürülmesi için gereklidir. Bu yüzden sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında sağlık kurumları ve profesyonellerinin tutarlı olmaları, dürüst davranmaları ve hastalara gerekli sağlık hizmetini verebilecek yeterliliğe sahip olmaları gerekmektedir (Usta,2016).

Aşı, hastalık oluşturan bir enfeksiyöz ajana (patojen) karşı bağışıklık geliştirmek için kullanılan antijenik bir üründür. Kas içine (intramüsküler) veya cilt altına (subkutan) enjekte edilerek ya da mukozal olarak ağız içine (oral) veya burun içine (intranazal) verilerek uygulanabilir. İdeal bir aşının uzun süreli bağışıklık sağlaması, patojenin tüm çeşitlerine karşı koruması, patojenin bulaşıcılığını azaltması, plasental yoldan etkisini yenidoğana aktarabilmesi, insanlarda kullanmak için güvenilir olması, tüm yaş gruplarında etkili olması, üretiminin ucuz olması ve çoklu uygulama gerektirmemesi beklenir. Ancak mevcut aşıların çoğu bu kriterleri tamamen karşılayamamaktadır (Williams, 2012).

Aşılamanın önde gelen hedefi bireyi aşıyla önlenebilen enfeksiyöz hastalıktan korumaktır. Aşılar belirli hastalıkların tedavisi için kullanılan ilaçların tersine, genellikle hastalık gelişmeden önce sağlıklı bireylere uygulanır. Dolayısıyla, aşıların risk-yarar oranlarına baktığımızda güvenlik ve tolere edilebilme düzeylerinin ilaçlardan daha yüksek olması beklenir (Shaw ve Feinberg, 2008).

Diğer tıbbi müdahalelerin aksine, aşılama hem bireylere hem de topluma fayda sağlamaktadır. Aşılanan bireyler enfeksiyon ve hastalık gelişiminden korunurken, toplumdaki hastalığa yatkın bireylerin sayısını azaltmak enfeksiyöz ajanın yayılımını engeller (Abbas ve ark., 2015). Toplum bağışıklığı (herd immunity) denen bu olgu sonucunda aşı başarısızlığının etkisi düşük olmaktadır (Goldsby ve ark., 2002).

Günümüzde aşı karşıtı hareketlerin esas faaliyet gösterdikleri yer sanal ortamlardır. Aşı karşıtı yanlış bilgiler içeren çok sayıda ve farklı mecra bulunması,

çevrimiçi erişimin kolaylaşması ve yaygınlaşması aşı karşıtı hareketlerin hızını arttırmıştır (Hussain, 2018). Farmakolojik antropoloji açısından bakıldığında, aşıların olası riskleri hakkındaki bilimsel tartışmaların bireyde oluşturduğu kuşku kişisel deneyimlerle birleştirilerek sosyal gruplara iletilmekte ve bu şekilde bir yerel aşı kültürü oluşmaktadır. Bu yerel aşı kültürlerinin tutum ve inançları internetin küresel kullanımı sonucu hızla yaygınlaşabilmektedir (Kata, 2010).

## 2. Gereç ve Yöntem

### 2.1 Araştırma Türü ve Amacı

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma olarak planlanmış ve yürütülmüştür. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli Etik Kurul izni alınmıştır. Bu araştırmanın temel amacı Marmara Üniversitesi öğrencilerinin sağlık hizmetlerine duydukları güven düzeylerinin ölçülerek, üniversite öğrencilerinin aşılanma davranışları üzerindeki etkilerini belirlemektir. Ayrıca sağlık hizmetlerine duydukları güven düzeyi ve aşılanma davranışlarının, üniversite öğrencilerinin sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, aile gelir durumu, eğitim durumu vb.) ile olan ilişkisini ortaya koymakta bu çalışmanın amaçlarındandır.

### 2.2. Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak kullanılan anket araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Anketin oluşturulmasında konuya ilişkin literatüre taranarak anket formunda yer alan sorular oluşturulmuştur. Verilerin toplanmasında kullanılan anket 3 bölümden oluşmaktadır.

1. Demografik Bilgi Bölümü̈: Bu bölümde yer alan sorular ile öğrencilere ait cinsiyet, doğum yeri, aile gelir durumu, öğrenim gördüğü̈ bölüm, sınıf vb. bilgileri toplamaya yöneliktir.

2. Sağlık Hizmetine Duyulan Güveni Ölçmeye Yönelik Sorular: Bu bölümde yer alan sorular ile öğrencilerin sağlık hizmetine duydukları güven düzeyi ölçülmeye çalışılmıştır. İlgili literatür taraması sonucu bu çalışma ile ilgili yakından ilgili araştırmalar tespit edilmiş (Yazgan, 2009) ancak bu çalışmalarda kullanılan anket ve sorular olduğu gibi değil bu araştırma amaçlarına uygun olan sorular değiştirilerek düzenlenmiştir.

3. Aşı Düşünceleri Ölçeği: Bu bölümde yer alan sorular ile öğrencilerin aşı ile ilgili düşünceleri belirlemeye yöneliktir. İlgili literatür taraması sonucu bu çalışma ile ilgili yakından ilgili araştırmalar tespit edilmiş (Ertuğrul,2019) ancak bu çalışmalarda kullanılan anket ve sorular olduğu gibi değil bu araştırma amaçlarına uygun olan sorular değiştirilerek düzenlenmiştir.

Hazırlanan anket 1 Şubat 2022 – 15 Mart 2022 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde bulunan 5 bölümde (Sağlık Yönetimi, Hemşirelik, Ebelik, Beslenme ve Diyetetik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon) öğrenim gören lisans öğrencilerine dağıtılmış ve anketi doldurmaları istenmiştir.

### 2.3. Evren ve Örneklem

Araştırma, Marmara Üniversitesi bünyesindeki Başıbüyük Kampüsünde lisans düzeyinde eğitim veren Sağlık Bilimleri Fakültesinin 1,2,3 ve 4. sınıf öğrencileri arasında gerçekleştirilmiştir. Lisans eğitiminin sağlık hizmetlerine duyulan güven düzeyi ve aşılanma davranışları üzerindeki etkisinin de araştırılabilmesi hedefiyle araştırma evreni böyle belirlenmiştir. Bu bölümler; Sağlık Yönetimi, Hemşirelik, Ebelik, Beslenme ve Diyetetik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon 'dur. Gerekli örneklem büyüklüğü hesaplamasının yapılabilmesi için bu bölümlerde öğrenim gören öğrenci sayıları Marmara Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'ndan temin edilmiştir. Buna göre araştırma evreni (N) 2689 öğrenciden oluşmaktadır. Aşılama hizmetlerinden faydalanma ve sağlık hizmetlerine olan güven düzeyinin Sağlık Bilimleri Fakültesi Bölümlerinde eğitim alan öğrenciler arasında değişebileceği düşüncesi ile araştırma örnekleminin belirlenmesinde tabakalama örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklemde hangi bölümden ne kadar katılımcının olması gerektiğine karar vermede bölüm öğrenci sayısının toplam fakülte öğrenci sayısı içindeki oranları dikkate alınarak evrendeki birey sayısının bilindiği durumda kullanılan örnekleme formülü kullanılarak %95 güven düzeyinde 350 öğrencinin örnekleme alınması gerektiği hesaplanmıştır. Araştırma, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden öğrenciler arasında yürütülmüştür.

## 3. Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Tablo 1'de görüldüğü gibi katılımcıların önemli bir bölümü Kadın (%76,6) ve 2. sınıf (%34,3) olup Hemşirelik bölümünde (%37,7) eğitim görmektedir. Yaşları 20-21 aralığındadır (%24,6-%29,4). Katılımcıların büyük çoğunluğu (%65,4) aile gelir durumları konusunda "Gelir Gidere Eşit" cevabını vermiştir.

**Tablo 1.** Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri

| Demografik Özellikler | | Sayı | % |
|---|---|---|---|
| **Cinsiyetiniz** | Erkek | 82 | 23,4 |
| | Kadın | 268 | 76,6 |
| **Yaşınız** | 19 Yaş ve altı | 73 | 16,6 |
| | 20 | 86 | 24,6 |
| | 21 | 103 | 29,4 |
| | 22 | 58 | 16,6 |
| | 23 Yaş ve üstü | 30 | 8,6 |
| **Bölümünüz** | Sağlık Yönetimi | 47 | 20,9 |
| | Hemşirelik | 132 | 37,7 |
| | Ebelik | 48 | 13,7 |
| | Beslenme ve Diyetetik | 46 | 13,1 |
| | Fizyoterapi ve Rehabilitasyon | 77 | 22,0 |
| **Sınıfınız** | 1. sınıf | 91 | 26,0 |
| | 2. sınıf | 120 | 34,3 |
| | 3. sınıf | 79 | 22,6 |
| | 4. sınıf | 60 | 17,1 |
| **Aile Geliriniz** | Gelir giderden fazla | 73 | 20,9 |
| | Gelir gidere eşit | 229 | 65,4 |
| | Gelir giderden az | 48 | 13,7 |
| **Toplam** | | 350 | 100,0 |

Araştırmaya katılan öğrencilerin %44,9'u devlet hastanelerinde %51,4'ü üniversite hastanelerinde %44,3'ü ise özel hastanelerde sunulan sağlık hizmetinin kaliteli olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin %49,4'ü doktorlara, %48,9'u hemşirelere, %39,1'i sağlık bakanına %38,4'ü bilim insanlarına, %38'i uluslararası kuruluşlara güvendiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %28,6'sı geleneksel şifacılara güvenmediklerini belirtmişlerdir. Sunulan sağlık hizmetinin her hastanede aynı kalitede ve güvenli olduğunu düşünüyorum seçeneğine %36,6 oranında, sağlık hizmetinin hızlı ve zamanında verildiğini düşünüyorum seçeneğine %26,9 oranında katılmıyorum cevabı verilmiştir. sağlık hizmet sunumunda kullanılan bilgi teknoloji sistemlerinin güvenilir olduğunu düşünüyorum seçeneğine %45,7, aldığım sağlık hizmetinin, çalışanlar tarafından güven verici, güler yüzlü ve kibar şekilde sunulduğunu düşünüyorum seçeneğine %34,0, sağlık hizmeti sunumunda modern alet ve donanımların kullanıldığını düşünüyorum seçeneğine %39,7, sağlık hizmet kullanımında sevk zincirine uyarım seçeneğine %40,6 oranında katılıyorum cevabı verilmiştir. Araştırmamıza katılan öğrencilerin %44,9'u devlet hastanelerine, %39,1'i özel hastanelere güvendiğini bildirmiştir.

%42,9'u aşı yaptırmayı gerekli bulmaktadır ve %49,7'si aşının etkileri ve yan etkileri hakkında bilgi almanın önemli olduğunu belirtmektedir. Öğrencilerin

%43,4'ü aşı hakkında doğru bilginin doktordan alındığını ifade etmiştir. Araştırmamıza katılan öğrencilerin %71,1'i Türkiye'de uygulanan koronavirüs aşılarına güvendiğini belirtmiştir. %34,3'ü aşı sırası gelir gelmez koronavirüs aşısını yaptırdığını belirtmiştir.

Koronavirüs aşılarının içinde elektronik madde (çip vb.) olabileceğini düşünüyorum seçeneğine %40,6, koronavirüs diye bir virüs olduğuna inanmıyorum seçeneğine %44,6, covid 19 diye bir hastalığın olduğuna inanmıyorum seçeneğine %41,4, covid 19'a karşı aşı yaptırmayanları haklı buluyorum seçeneğine %28,0, covid 19'un dünya düzenini değiştirmek için kullanılan bir senaryo olduğuna inanıyorum seçeneğine %33,7 oranında katılmıyorum cevabı verilmiştir. Ayrıca araştırmaya katılanlar arasında koronvirüs aşısı yaptıranların oranı ise %89,4'dür. Araştırmaya katılanların sağlık hizmetlerine ve sağlık sistemine güven düzeyleri 17 farklı ifade ile ortaya konulmaya çalışılmıştır. Katılımcıların aşı yaptırma durumlarına göre sağlık hizmetlerine güven düzeyi ortalamaları iki ortalama arasındaki farkın önem kontrolü testi (t-testi) kullanılarak yapılmış ve sonuçlar Tablo 2'de gösterşilmiştir.

**Tablo 2.** Aşı Yaptırma Durumuna Göre sağlık Hizmetlerine Duyulan Güven

| Güven Boyutları | Aşı Yaptırma Durumu | n | Ort. | SS | SH | t |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Devlet hastanelerinde sunulan sağlık hizmetinin kaliteli olduğunu düşünüyorum. | Evet | 277 | 2.67 | .797 | .048 | 1.174 |
| | Hayır | 34 | 2.50 | .862 | .148 | |
| Üniversite hastanelerinde sunulan sağlık hizmetinin kaliteli olduğunu düşünüyorum. | Evet | 287 | 2.83 | .765 | .045 | 2.480*^ |
| | Hayır | 33 | 2.39 | .966 | .168 | |
| Özel hastanelerde sunulan sağlık hizmetinin kaliteli olduğunu düşünüyorum. | Evet | 274 | 2.83 | .871 | .053 | 1.376 |
| | Hayır | 33 | 2.61 | .933 | .162 | |
| Doktorlara güveniyorum. | Evet | 291 | 3.19 | .736 | .043 | 2.976* |
| | Hayır | 32 | 2.78 | .792 | .140 | |
| Hemşirelere güveniyorum. | Evet | 294 | 3.11 | .821 | .048 | 1.564 |
| | Hayır | 33 | 2.88 | .740 | .129 | |
| Sağlık Bakanına güveniyorum. | Evet | 268 | 2.93 | .913 | .056 | 2.380*^ |
| | Hayır | 32 | 2.44 | 1.134 | .200 | |
| Bilim insanlarına güveniyorum. | Evet | 270 | 3.16 | .823 | .050 | 1.985 |
| | Hayır | 30 | 2.73 | 1.143 | .209 | |
| Uluslararası Kuruluşlara güveniyorum. | Evet | 260 | 2.85 | .903 | .056 | 2.270* |
| | Hayır | 26 | 2.42 | 1.027 | .201 | |
| Geleneksel Şifacılara güveniyorum. | Evet | 226 | 1.90 | .923 | .061 | -2.933* |
| | Hayır | 29 | 2.45 | 1.088 | .202 | |
| Sunulan sağlık hizmetinin her hastanede aynı kalitede ve güvenli olduğunu düşünüyorum. | Evet | 262 | 1.81 | .888 | .055 | -1.443 |
| | Hayır | 28 | 2.07 | 1.016 | .192 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| sağlık hizmet sunumunda kullanılan bilgi teknoloji sistemlerinin güvenilir olduğunu düşünüyorum. | Evet | 266 | 2.79 | .828 | .051 | .995 |
| | Hayır | 30 | 2.63 | .890 | .162 | |
| Sağlık hizmetinin hızlı ve zamanında verildiğini düşünüyorum. | Evet | 248 | 2.20 | .880 | .056 | -2.066*^ |
| | Hayır | 27 | 2.67 | 1.144 | .220 | |
| Aldığım sağlık hizmetinin, çalışanlar tarafından güven verici, güler yüzlü ve kibar şekilde sunulduğunu düşünüyorum. | Evet | 259 | 2.38 | .917 | .057 | .926 |
| | Hayır | 32 | 2.22 | .941 | .166 | |
| Sağlık hizmeti sunumunda modern alet ve donanımların kullanıldığını düşünüyorum. | Evet | 272 | 2.75 | .936 | .057 | .491 |
| | Hayır | 29 | 2.66 | 1.078 | .200 | |
| Sağlık hizmet kullanımında sevk zinciri olduğuna inanmıyorum. | Evet | 242 | 2.89 | .850 | .055 | 1.224 |
| | Hayır | 33 | 2.64 | 1.141 | .199 | |
| Devlet hastanelerine güveniyorum. | Evet | 270 | 2.89 | .818 | .050 | 1.593 |
| | Hayır | 30 | 2.60 | .968 | .177 | |
| Özel hastanelere güveniyorum. | Evet | 267 | 2.61 | .870 | .053 | .315 |
| | Hayır | 20 | 2.55 | .999 | .223 | |

*: p < 0.05; *^: p < 0.05, Varyanslar homojen değil

Elde edilen sonuçlara göre koronavirüs aşısını yaptırdığını söyleyenler arasında üniversite hastanelerinde sunulan hizmetlerin kaliteli olduğu ve sağlık bakanına güven ortalamaları daha yüksek ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Ayrıca sağlık hizmetlerinin hızlı ve zamanında verildiğini düşünme ortalaması koronavirüs aşısı yaptırmayanlar arasında daha yüksek bulunmuştur (Tablo 2).

**Tablo 3. Aşı** Yaptırma Durumuna Göre Aşılara Yönelik Tutum

| **Aşıya Yönelik Tutum** | **Aşı Yaptırma Durumu** | **n** | **Ort.** | **SS** | **SH** | **t test** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Aşı yaptırmanın gerekli olduğunu düşünüyorum. | Evet | 287 | 3.17 | .805 | .048 | 2.866* |
| | Hayır | 26 | 2.50 | 1.175 | .230 | |
| Aşılama programlarının zorunlu olması gerektiğini düşünüyorum. | Evet | 246 | 2.72 | .994 | .063 | 2.329* |
| | Hayır | 30 | 2.27 | 1.015 | .185 | |
| Aşının etkileri ve yan etkileri konusunda ayrıntılı bilgi almak benim için önemlidir. | Evet | 293 | 3.42 | .716 | .042 | 1.414 |
| | Hayır | 33 | 3.18 | .950 | .165 | |
| Covid aşılarının yanı sıra diğer aşıların da önemli yan etkilerinin (alerji,felç) olduğunu düşünüyorum. | Evet | 240 | 2.73 | .930 | .060 | .957 |
| | Hayır | 32 | 2.56 | 1.076 | .190 | |
| Covid aşıları kısırlığa yol açabilir. | Evet | 214 | 1.95 | .851 | .058 | -1.908 |
| | Hayır | 21 | 2.43 | 1.121 | .245 | |
| Covid aşılarının yanı sıra diğer aşıların da gelecekte olumsuz etkilerinin görüleceğini düşündüğümden aşılara güvenmiyorum. | Evet | 228 | 1.93 | .802 | .053 | -3.371* |
| | Hayır | 30 | 2.63 | 1.098 | .200 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Aşı hakkında doğru bilgi doktor/aile hekiminden alinir. | Evet | 282 | 3.16 | .774 | .046 | 1.258 |
| | Hayır | 27 | 2.96 | .940 | .181 | |
| Aşı hakkındaki bilgilerin TV gazetede yayılması uygun değildir. | Evet | 242 | 2.26 | .949 | .061 | .166 |
| | Hayır | 30 | 2.23 | 1.135 | .207 | |
| Aşı hakkındaki bilgilerin internet sosyal medyada yayılması uygun değildir. | Evet | 246 | 2.27 | .936 | .060 | 1.683 |
| | Hayır | 30 | 1.97 | .964 | .176 | |
| Aşı hakkındaki olumsuz söylentiler fikirlerimi etkiler. | Evet | 250 | 2.29 | .904 | .057 | -.089 |
| | Hayır | 33 | 2.30 | .984 | .171 | |
| Aşının içeriklerini bilmemek beni tedirgin eder. | Evet | 265 | 2.93 | .941 | .058 | .458 |
| | Hayır | 33 | 2.85 | .972 | .169 | |
| Türkiye'de uygulanan koronavirus aşılarına güveniyorum. (Biontech, Sinovac) | Evet | 256 | 2.79 | .868 | .054 | 4.827* |
| | Hayır | 25 | 1.92 | .812 | .162 | |
| Türkiye'de uygulanmayıp diğer ülkelerde uygulanan koronavirus aşılarına güveniyorum. (Moderna, Sputnik) | Evet | 183 | 2.22 | .976 | .072 | 1.120 |
| | Hayır | 30 | 2.00 | 1.083 | .198 | |
| Aşı sıram gelir gelmez koronavirus aşımı oldum. | Evet | 290 | 2.98 | .950 | .056 | 4.159 |
| | Hayır | 36 | 2.28 | 1.031 | .172 | |
| Yerli asi (Turkovac) çıkar çıkmaz aşı olurum. | Evet | 190 | 1.88 | .941 | .068 | .567 |
| | Hayır | 32 | 1.78 | 1.008 | .178 | |
| Koronavirus aşılarının içinde elektronik madde (cip) olabileceğini düşünüyorum. | Evet | 246 | 1.67 | .881 | .056 | -2.546* |
| | Hayır | 27 | 2.30 | 1.235 | .238 | |
| Koronavirus diye bir virus olduğuna inanmıyorum. | Evet | 251 | 1.61 | .819 | .052 | -2.280* |
| | Hayır | 35 | 2.06 | 1.110 | .188 | |
| Covid 19 diye bir hastalığın olduğuna inanmıyorum. | Evet | 244 | 1.61 | .802 | .051 | -3.785* |
| | Hayır | 35 | 2.34 | 1.110 | .188 | |
| Covid 19a karşı aşı yaptırmayanları haklı buluyorum. | Evet | 221 | 1.94 | .915 | .062 | -3.368* |
| | Hayır | 31 | 2.65 | 1.112 | .200 | |
| Covid 19un dünya düzenini değiştirmek için kullanılan bir senaryo olduğuna inanıyorum. | Evet | 245 | 1.87 | .962 | .061 | -3.233* |
| | Hayır | 33 | 2.55 | 1.148 | .200 | |

*: $p < 0.05$

Aşı yaptırmanın gerekli olduğunu düşünme ortalaması koronavirüs aşısı yaptıranlar arasında daha yüksek bulunmuştur. Covid aşıları kısırlığa yol açabileceğini düşünme ve covid aşılarının yani sıra diğer aşıların da gelecekte olumsuz etkilerinin görüleceği düşünüldüğünden aşılara güvenmeme ortalaması koronavirüs aşısı yaptırmayanlar arasında daha yüksek bulunmuştur. Koronavirüs aşılarının içinde elektronik madde (cip) olabileceğini düşünme, koronavirüs diye bir virüs olduğuna inanmama, Covid 19 diye bir hastalığın olduğuna inanmama, Covid 19'a karşı aşı yaptırmayanları haklı bulma ve Covid 19'un dünya düzenini değiştirmek için kullanılan bir senaryo olduğuna inanma ortalaması koronavirüs aşısı yaptırmayanlar arasında daha yüksek bulunmuştur (Tablo 3).

**Tablo 4.** Aşılara Güvenme Durumuna Göre Sağlık Hizmetlerine Duyulan Güven

| Sağlık Hizmetlerine Güven Boyutları | Aşılara Güven | n | Ort. | SS | SH | t |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Devlet hastanelerinde sunulan sağlık hizmetinin kaliteli olduğunu düşünüyorum. | Evet | 223 | 2.73 | .817 | .055 | 2.645* |
| | Hayır | 87 | 2.46 | .744 | .080 | |
| Üniversite hastanelerinde sunulan sağlık hizmetinin kaliteli olduğunu düşünüyorum. | Evet | 231 | 2.84 | .781 | .051 | 2.321* |
| | Hayır | 88 | 2.61 | .823 | .088 | |
| Özel hastanelerde sunulan sağlık hizmetinin kaliteli olduğunu düşünüyorum. | Evet | 220 | 2.85 | .893 | .060 | 1.322 |
| | Hayır | 86 | 2.70 | .841 | .091 | |
| Doktorlara güveniyorum. | Evet | 235 | 3.24 | .712 | .046 | 3.434* |
| | Hayır | 87 | 2.92 | .810 | .087 | |
| Hemşirelere güveniyorum. | Evet | 235 | 3.15 | .780 | .051 | 2.299* |
| | Hayır | 91 | 2.92 | .885 | .093 | |
| Sağlık Bakanına güveniyorum. | Evet | 218 | 2.91 | .960 | .065 | .854 |
| | Hayır | 81 | 2.80 | .928 | .103 | |
| Bilim insanlarına güveniyorum. | Evet | 217 | 3.25 | .783 | .053 | 3.969* |
| | Hayır | 82 | 2.77 | .985 | .109 | |
| Uluslararası Kuruluşlara güveniyorum. | Evet | 205 | 2.92 | .854 | .060 | 3.059* |
| | Hayır | 80 | 2.53 | 1.031 | .115 | |
| Geleneksel şifacılara güveniyorum. | Evet | 173 | 1.90 | .959 | .073 | -1.773 |
| | Hayır | 81 | 2.12 | .941 | .105 | |
| Sunulan sağlık hizmetinin her hastanede ayni kalitede ve güvenli olduğunu düşünüyorum. | Evet | 207 | 1.84 | .908 | .063 | -.007 |
| | Hayır | 82 | 1.84 | .895 | .099 | |
| Sağlık hizmet sunumunda kullanılan bilgi teknoloji sistemlerinin güvenilir olduğunu düşünüyorum. | Evet | 214 | 2.81 | .835 | .057 | 1.231 |
| | Hayır | 81 | 2.68 | .834 | .093 | |
| Sağlık hizmetinin hızlı ve zamanında verildiğini düşünüyorum. | Evet | 192 | 2.32 | .908 | .066 | 1.814 |
| | Hayır | 81 | 2.10 | .917 | .102 | |
| Aldığım sağlık hizmetinin, çalışanlar tarafından güven verici, güler yüzlü ve kibar şekilde sunulduğunu düşünüyorum. | Evet | 201 | 2.42 | .930 | .066 | 1.573 |
| | Hayır | 88 | 2.24 | .884 | .094 | |
| Sağlık hizmeti sunumunda modern alet ve donanımların kullanıldığını düşünüyorum. | Evet | 217 | 2.82 | .928 | .063 | 2.229* |
| | Hayır | 82 | 2.55 | .971 | .107 | |
| Sağlık hizmet kullanımında sevk zinciri olduğuna inanmıyorum. | Evet | 196 | 2.93 | .811 | .058 | 1.933 |
| | Hayır | 77 | 2.68 | 1.057 | .120 | |
| Devlet hastanelerine güveniyorum. | Evet | 215 | 2.95 | .796 | .054 | 2.869* |
| | Hayır | 84 | 2.63 | .902 | .098 | |
| Özel hastanelere güveniyorum. | Evet | 213 | 2.65 | .859 | .059 | 1.455 |
| | Hayır | 73 | 2.48 | .930 | .109 | |

*: $p < 0.05$

Koronavirüs aşısına güvendiğini söyleyen katılımcılar arasında ise devlet ve üniversite hastanelerinde sunulan hizmetlerin daha kaliteli olduğunu düşünme, doktor ve hemşirelere güven düzeyi, bilim insanları ve uluslararası kuruluşlara güven düzeyi ve devlet hastanelerine güven düzeyi ortalamalarının daha yüksek olduğu ve koronovirüs aşısına güvenmeyenlerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür. Koronavirüs aşısına güvendiğini söyleyen katılımcılar sağlık hizmeti sunumunda modern alet ve donanımların kullanıldığını düşünmektedirler (Tablo 4).

**Tablo 5.** Aşılara Güvenme Durumuna Göre Aşılara Yönelik Tutum

| Aşıya Yönelik Tutum | Koronavirus aşılarına güveniyor musunuz? | n | Ort. | SS | SH | t test |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Aşı yaptırmanın gerekli olduğunu düşünüyorum. | Evet | 233 | 3.33 | .713 | .047 | 7.543* |
| | Hayır | 78 | 2.46 | .935 | .106 | |
| Aşılama programlarının zorunlu olması gerektiğini düşünüyorum. | Evet | 197 | 2.90 | .907 | .065 | 6.643* |
| | Hayır | 78 | 2.05 | .979 | .111 | |
| Aşının etkileri ve yan etkileri konusunda ayrıntılı bilgi almak benim için önemlidir. | Evet | 232 | 3.45 | .669 | .044 | 1.699 |
| | Hayır | 92 | 3.27 | .903 | .094 | |
| Covid aşılarının yanı sıra diğer aşıların da önemli yan etkilerinin (alerji,felç) olduğunu düşünüyorum. | Evet | 193 | 2.75 | .947 | .068 | .998 |
| | Hayır | 77 | 2.62 | .960 | .109 | |
| Covid aşıları kısırlığa yol açabilir. | Evet | 165 | 1.90 | .831 | .065 | -2.273* |
| | Hayır | 68 | 2.21 | .986 | .120 | |
| Covid aşılarının yanı sıra diğer aşıların da gelecekte olumsuz etkilerinin görüleceğini düşündüğümden aşılara güvenmiyorum. | Evet | 186 | 1.90 | .802 | .059 | -3.302* |
| | Hayır | 71 | 2.32 | .968 | .115 | |
| Aşı hakkında doğru bilgi doktor/aile hekiminden alınır. | Evet | 221 | 3.22 | .737 | .050 | 2.647* |
| | Hayır | 86 | 2.95 | .893 | .096 | |
| Aşı hakkındaki bilgilerin TV gazetede yayılması uygun değildir. | Evet | 202 | 2.27 | .966 | .068 | .262 |
| | Hayır | 69 | 2.23 | .987 | .119 | |
| Aşı hakkındaki bilgilerin internet sosyal medyada yayılması uygun değildir. | Evet | 206 | 2.27 | .943 | .066 | .930 |
| | Hayır | 69 | 2.14 | .944 | .114 | |
| Aşı hakkındaki olumsuz söylentiler fikirlerimi etkiler. | Evet | 199 | 2.24 | .911 | .065 | -1.246 |
| | Hayır | 82 | 2.39 | .913 | .101 | |
| Aşının içeriklerini bilmemek beni tedirgin eder. | Evet | 205 | 2.92 | .949 | .066 | .042 |
| | Hayır | 91 | 2.91 | .939 | .098 | |
| Türkiye'de uygulanan koronavirus aşılarına güveniyorum. (Biontech, Sinovac) | Evet | 208 | 2.92 | .783 | .054 | 6.567* |
| | Hayır | 72 | 2.11 | .943 | .111 | |
| Türkiye'de uygulanmayıp diğer ülkelerde uygulanan koronavirus aşılarına güveniyorum. (Moderna, Sputnik) | Evet | 142 | 2.35 | .991 | .083 | 3.500* |
| | Hayır | 70 | 1.86 | .921 | .110 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Aşı sıram gelir gelmez koronavirus aşımı oldum. | Evet | 234 | 3.12 | .876 | .057 | 6.402* |
| | Hayır | 91 | 2.34 | 1.024 | .107 | |
| Yerli asi (Turkovac) çıkar çıkmaz asi olurum. | Evet | 147 | 1.93 | .973 | .080 | 1.161 |
| | Hayır | 73 | 1.77 | .906 | .106 | |
| Koronavirus aşılarının içinde elektronik madde (cip) olabileceğini düşünüyorum. | Evet | 194 | 1.65 | .887 | .064 | -2.446* |
| | Hayır | 77 | 1.96 | 1.032 | .118 | |
| Koronavirus diye bir virus olduğuna inanmiyorum. | Evet | 202 | 1.60 | .811 | .057 | -1.985 |
| | Hayır | 82 | 1.83 | .991 | .109 | |
| Covid 19 diye bir hastalığın olduğuna inanmıyorum. | Evet | 195 | 1.65 | .857 | .061 | -1.692 |
| | Hayır | 82 | 1.84 | .923 | .102 | |
| Covid 19a karşı aşı yaptırmayanları haklı buluyorum. | Evet | 183 | 1.89 | .891 | .066 | -3.760* |
| | Hayır | 68 | 2.43 | 1.055 | .128 | |
| Covid 19un dunya duzenini değiştirmek için kullanılan bir senaryo olduğuna inanıyorum. | Evet | 195 | 1.77 | .938 | .067 | -4.870* |
| | Hayır | 82 | 2.39 | 1.039 | .115 | |

*: $p < 0.05$

Koronavirüs aşısına güvendiğini söyleyen katılımcılar arasında aşı yaptırmanın gerekli olduğunu düşünme, aşılama programlarının zorunlu olması gerektiğini düşünme ve aşı hakkında doğru bilginin doktordan alınacağını düşünme ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Koronavirüs aşısına güvenen katılımcılar Türkiye'de ve diğer ülkelerde uygulanan koronavirüs aşılarına güvenmekte ve aşı sıraları gelir gelmez koronavirüs aşılarını yaptırmaktadır.

Covid aşılarının kısırlığa yol açtığını düşünme, aşıların gelecekte yan etkilerinin çıkacağını düşündüğü için aşılara güvenmeme, aşı hakkındaki olumsuz söylentilerin fikirlerini etkilediğini düşünme ortalaması koronavirüs aşısına güvenmediğini söyleyen katılımcılar arasında daha yüksek bulunmuştur. Koronavirüs aşılarının içinde elektronik madde (cip) olabileceğini düşünme, koronavirüs diye bir virüs olduğuna inanmama, Covid 19 diye bir hastalığın olduğuna inanmama, Covid 19'a karşı aşı yaptırmayanları haklı bulma ve Covid 19'un dünya düzenini değiştirmek için kullanılan bir senaryo olduğuna inanma ortalaması koronavirüs aşısına güvenmeyenler arasında daha yüksek bulunmuştur.

## 4. Sonuç ve Öneriler

Yapılan bu araştırma sonucunda aşağıda sıralanan ve özet olarak verilen temel sonuçlara ulaşılmıştır:

- Korona virüs aşısını yaptırdığını söyleyenler arasında üniversite hastanelerinde sunulan hizmetlerin kaliteli olduğu ve sağlık bakanına güven ortalamaları daha yüksek ve istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur.

- Sağlık hizmetlerinin hızlı ve zamanında verildiğini düşünme ortalaması korona virüs aşısı yaptırmayanlar arasında daha yüksek bulunmuştur.

- Aşı yaptırmanın gerekli olduğunu düşünme ortalaması korona virüs aşısı yaptıranlar arasında daha yüksek bulunmuştur.

- Covid aşıları kısırlığa yol açabileceğini düşünme ve covid aşılarının yani sıra diğer aşıların da gelecekte olumsuz etkilerinin görüleceği düşünüldüğünden aşılara güvenmeme ortalaması korona virüs aşısı yaptırmayanlar arasında daha yüksek bulunmuştur.

- Korona virüs aşılarının içinde elektronik madde (cip) olabileceğini düşünme, korona virüs diye bir virüs olduğuna inanmama, Covid 19 diye bir hastalığın olduğuna inanmama, Covid 19'a karşı aşı yaptırmayanları haklı bulma ve Covid 19'un dünya düzenini değiştirmek için kullanılan bir senaryo olduğuna inanma ortalaması korona virüs aşısı yaptırmayanlar arasında daha yüksek bulunmuştur.

- Korona virüs aşısına güvendiğini söyleyen katılımcılar arasında ise devlet ve üniversite hastanelerinde sunulan hizmetlerin daha kaliteli olduğunu düşünme, doktor ve hemşirelere güven düzeyi, bilim insanları ve uluslararası kuruluşlara güven düzeyi ve devlet hastanelerine güven düzeyi ortalamalarının daha yüksek olduğu ve koron virüs aşısına güvenmeyenlerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür.

- Korona virüs aşısına güvendiğini söyleyen katılımcılar sağlık hizmeti sunumunda modern alet ve donanımların kullanıldığını düşünmektedirler.

Elde edilen bulgular, sağlık hizmetlerine duyulan güven düzeyi arttıkça aşılanma davranışlarının olumlu yönde etkilediği ve koronavirüs aşılarına olan güven düzeyini artırdığı yönünde tartışmaların yapılmasına olanak sağlamıştır. Önümüzdeki yıllarda da korona virüs benzeri virüsler yoluyla halk sağlığının önemli ölçüde tehdit edilebileceğine yönelik öngörüler vardır. Toplum ve sağlık sistemleri bu tür sürprizlere hazırlıklı olmalıdır. Sağlık hizmetlerine duyulan güven düzeyinin arıtılması alınacak olan önlemlere bireylerin uyumunu artıracaktır. Sosyal pazarlama araçlarının bundan sonraki halk sağlığını tehdit ettiği durumlarda daha etkili kullanılması ve bu yönde stratejilerin şimdiden geliştirilmesinde fayda vardır.

## Kaynakça


Abbas, AK., Lichtman, AH, Pillai, S., Cellular and Molecular Immunology. 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2015, p: 354-357.

Atıcı, E. (2007) Hasta-Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 33 (2), 91-96.

Carter, M. (2009) Trust, Power, and Vulnerability: A Discourse on Helping in Nursing. Nurs Clin N Am, 44, 393-405**.**

Demirbilek, S. ve M. Çolak (2008). Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Manisa İli Örneği. Kafkas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitü Dergisi; Sayı: 2

Goldsby RA, Kindt TJ, Osborne BA, Kuby J. Immunology. 5th ed. New York: W.H. Freeman & Company, 2002, p: 88, 418

Hussain A, Ali S, Ahmed M, Hussain S. The anti-vaccination movement: a regression in modern medicine. Cureus. 2018; 10(7): e2919.

Kata A. A postmodern Pandora's box: anti-vaccination misinformation on the Internet. Vaccine. 2010; 28: 1709-1716.

Nal, M. (2021). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Sistemine Güven. BANÜ Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 3(1), 1-10.

Shaw AR, Feinberg MB. Vaccines. In: Rich RR, ed. Clinical Immunology Principles and Practice. 3rd ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2008, p: 1353-1382.

Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., Işık, O. (2015). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel Yayıncılık.

Usta, D. (2016) Hastaların Sağlık Bakım Sistemine Duydukları Güven (Yüksek Lisans Tezi). Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi'nden edinilmiştir. (Tez no. 445353)

Williams AE. Immunology: Mucosal and Body Surface Defences. Chichester:Wiley-Blackwell; 2012, p: 342-343.

Yazgan, M, (2009) Sağlık İşletmelerinde, Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi'nden edinilmiştir. (Tez no. 242269)

# COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE UYGULAMAYA KONULAN MALİ TEDBİR VE TEŞVİKLERİN KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ: TÜRKİYE VE ALMANYA KARŞILAŞTIRMASI

Ferhat Baş [1], Erol Göral [2]

***Özet***

*Dünya Sağlık Örgütü ilk defa Çin'in Wuhan kentinde görülen ve damlacık yoluyla bulaşan Yeni Corona Virüs (Covid-19) hastalığını 11 Mart 2020 tarihinde pandemi olarak açıkladı. Tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 pandemisi nedeniyle ülkeler hem hastalığın bulaşını önlemek hem de sağlık sitemlerinin çökmemesi için bazı tedbirler almak zorunda kaldı. Bu çalışmada nüfus büyüklüğü ve sağlık sistemi açısından benzer olan Almanya ve Türkiye'nin Covid-19 kapsamında sağlık kuruluşlarına vermiş oldukları destekler karşılaştırılmaya çalışılmıştır. Alman hükümetinin Türk hükümetine oranla daha fazla maddi teşvik vermesine rağmen güçlü yapıya sahip sağlık sistemi ve özverili sağlık çalışanları sayesinde Türkiye'de Covid-19 hastalığına bağlı ölüm oranı Almanya'nın yaklaşık yarısı kadar olmuştur.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Mali Teşvikler, Mali Tedbirler, Covid-19 Pandemisi*

# COMPARATIVE ANALYSIS OF FINANCIAL MEASURES AND INCENTIVES IMPLEMENTED DURING THE COVID-19 PANDEMIC: COMPARISON OF TURKEY AND GERMANY

***Abstract***

*The World Health Organization declared the New Corona Virus (Covid-19) disease, which was first seen in Wuhan, China and transmitted through droplets, as a pandemic on March 11, 2020. Due to the Covid-19 pandemic, which has affected the whole world, countries have had to take some measures both to pre-*

1 Phd, Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, sidmaa@gmail.com

2 Sağlık Albay, Milli Savunma Bakanlığı, goralerol28@gmail.com

*vent the transmission of the disease and to prevent the collapse of their health systems. In this study, it has been tried to compare the support given to health institutions within the scope of covid-19 by Germany and Turkey, which are similar in terms of population size and health system. In the study, after giving information about the health systems and reimbursement models of both countries, the arrangements made by the countries to support the hospitals are mentioned. Despite the fact that the German government provides more financial incentives than the Turkish government, the death rate due to Covid-19 disease in Turkey has been about half that of Germany, thanks to its strong health system and devoted healthcare workers.*

***Key Words:*** *Financial Incentives, Fiscal Measures, The Pandemic of Covid19*

## 1.Giriş

İnsanlar hayatlarını kaliteli biçimde sürdürebilmek için sağlıklı olmak isterler. Sağlık; bedensel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir (WHO, 2009). İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25.maddesinde, *"herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir"* denilmektedir. Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi 35. Maddesi, "Herkes, ulusal yasalar ve uygulamalarda belirtilen şartlar çerçevesinde koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahiptir. Bütün Birlik politikaları ve faaliyetlerinin tanımlanmasında ve uygulanmasında yüksek düzeyde bir insan sağlığı koruması sağlanmalıdır" şeklinde düzenlenmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 56. maddesinde "Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir" denilerek sağlığın anayasal bir hak olduğu belirtilmiştir. Sağlığın evrensel bir insan hakkı olması devletlere de vatandaşlarına hakkaniyetli ve eşit sağlık hizmeti sunma ödevini yüklemektedir.

Devletler vatandaşları için optimal sağlık hizmeti sunma noktasında birbirinden farklı sağlık sitemleri yürütmektedir. Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık sistemlerinin asıl amacı sağlığı teşvik etmekle birlikte, sağlığını kaybetmiş bireylere sağlıklarını geri kazandırmak ve onları korumaktır (WHO, 2000).

Literatürde dünya genelindeki ülkelerin sağlık sistemleri farklı sınıflandırmalar altında tanımlanmaktadır ve en kabul gören Roomer tarafından yapılan sınıflandırmadır. Roomer sağlık sistemlerini "Girişimci ve Serbets", "Refah Yönelimli", "Kapsayıcı Evrensel" ve "Sosyalist" sistemler olmak üzere dört gruba ayırmıştır. Almanya ve Türkiye, Almaya Başbakanı Bismarck tarafından geliştirilen ve üyelerin ödedikleri prime bakılmaksızın sağlık hizmetinden eşit faydalandığı Refah Yönelimli sağlık sitemi içerisinde yer almaktadır (Roomer, 1991).

Corona pandemisi pek çok ülkede ciddi sıkıntıların yaşanmasına neden oldu. Salgının başından hastalığı tıbbi ve epidemiyolojik yönlerine odaklanıldı, ancak yavaş yavaş siyasi, ekonomik ve sosyal yönleri de dikkat çekti

Pandemi, insanların sınırlar arasında ve hatta ülkeler içinde serbest dolaşımına kısıtlamalar getirmesinin yanı sıra işletmelerin, otellerin, restoranların ve kültürel alanların kapatılmasını gibi tartışmalı önlemlere neden oldu (Busemeyer, 2021).

## 2. Yöntem

Covid-19 pandemisi ile mücadelede Türkiye ve Almanya'da uygulanan mali tedbir ve teşvik uygulamaları ortaya koymak için belge tarama yöntemi kullanılmıştır. Bu araştırmanın amacı Covid-19 sürecindeki Türkiye ve Almanya hükümetlerinin uyguladıkları mali tedbir ve teşvik uygulamalarını karşılaştırmalı olarak ortaya koymaktır. Çalışmanın birinci bölümünde her iki ülkenin sağlık sitemi hakkında kısa bilgiler verilmiştir, ikinci bölümde Türkiye ve Almanya'da Covid-19 kapsamında uygulamaya konulan mali teşvik uygulamaları karşılaştırılmıştır. Sonuç bölümünde ise her iki ülkedeki uygulamaların salgın hastalık üzerindeki sonuçları karşılaştırılmıştır.

## 3. Bulgular

### 3.1. Almanya Sağlık Sistemi

Almanya Anayasasına göre devlet ihtiyacı karşılama ilkesi (*Bedarfsdeckungsprinzip)* insan onuruna yakışır biçimde nüfusun ihtiyaç duyduğu asgari tıbbi bakımı, nitel ve nicelik bakımından uygun ölçütte ayaktan, yatarak sağlık hizmeti sunumu ile medikal ürünlerin dağıtımını yapmak zorundadır. Federal hükümet bunu kendisi yapabileceği gibi eyalet hükümetleri ve diğer kuruluşlar eliyle de bu hizmetleri sunabilir (Döring ve Paul, 2010).

Almanya sağlık sitemi merkezden taşraya doğru uzanan bir yapıdadır. Federal Sağlık Bakanlığı denetleme, düzenleme ve lisanslama faaliyetlerini yürütür. Sağlık hizmetinin sunumu eyaletlerin sorumluluğundadır. Eyaletler kendi bölgeleri içerisinde halk sağlığı ve koruyucu hekimlik hizmetleri ile hastane planlama ve yatırımlarını yürütür (Ataç & Sur, 2016).

Almanya sağlık sistemi temel olarak koruyucu hekimlik ve aile hekimliği sistemi üzerine oturtulmuştur. Hastanın tedavisinde primer sorumlu aile hekimidir. Aile hekimleri gerekli durumlarda hastayı sevk eder. Hasta kendi başına branş uzmanına ya da üniversiteye gidemez. Dolayısıyla sevk zinciri ''Aile Doktoru'' ile başlamaktadır (Gülsen, 2018).

Almanya'da hastane hizmetlerini ise 3 kategoride sunulmaktadır (Çevik & Yüksel, 2019). İlk kategoride, Federal Devletler tarafından işletilen hastaneler (Alman Asker Hastaneleri dahil) ile eyaletler, belediyeler, beldeler yada yerel yönetim birlikleri gibi tüzel kişilikler tarafından kurulup işletilen hastaneler yer almaktadır.

İkinci kategori *kamuya yararlı bağımsız hastanelerden* oluşmaktadır. Bu hastanelerin büyük çoğunluğu dini kuruluşlar ve kilise olmak üzere kamuya yararlı hayır kurum ve kuruluşları tarafından kurulup işletilmektedir. Bu hastaneler devletten bağımsız ve kâr amacı gütmeyen kuruluşlardır. Bu hastaneler tarafından verilen sağlık hizmeti karşılığından sosyal sigorta/özel sigorta geri ödemesi, hastalardan alınan katkılar ve yardım/bağışlar hastanelerin finansman kaynaklarıdır.

Özel hastaneler ise üçüncü kategoriyi oluşturmaktadır. Özel hastaneler kamu veya tüzel kişilerce işletilebilmektedir. Kâr amacı güden kuruluşlardır. Ruhsatlandırmada ve vergilendirmede ticari işletme olarak değerlendirilmektedir.

Almanya'daki hastanelerin önceliği yataklı sağlık hizmeti sunmaktadır. Ayaktan sağlık hizmeti daha çok sosyal sigortayla anlaşmalı hekimler ve tıp merkezleri vasıtasıyla sunulmaktadır. Eğer hekim hastanın yatarak tedavi olmasını gerektiğini düşünüyorsa, hastayı hastaneye sevk etmektedir. Almanya'da *"sevk zinciri"* uygulanmaktadır. Hastanelerin ayaktan tedavi hizmeti verebilmesi için (acil servis hariç) üç hekim ve üç sosyal sigorta üyesinden oluşan Ruhsat Komisyonunun izni gerekmektedir. Alman hastane yönetimleri tıbbi direktörlük, sağlık bakım direktörlüğü ve idare ve işletme direktörlüğü olmak üzere birbiriyle koordineli çalışan üç direktörlükten oluşmaktadır (Temel, 2010).

Sağlık sigorta şirketleri devlet kuruluşu olmamalarına rağmen devlet denetimine tabidir. Sigorta müstahakları 6 yılda bir sigorta birliğine danışma kurulu üyelerini seçerler. Bu kurul da sağlık sigortası şirketlerini kamusal alanda temsil eden bir yönetim kurulu seçer (Simon, (2010); Igl ve Welti, (2006).

### 3.2. Almanya Hastane Geri Ödeme Sitemi

Almanya'da sağlık hizmetinin sunumundan, planlanmasından ve finansmanından Ulusal Sağlık Sigortası Fonları Birliği, Alman Hastane Birliği, Federal Eyaletler (Almanya 16 eyaletten oluşmaktadır), Ulusal Yasal Sağlık Sigortası Hekimleri Birlikleri ve Özel Sağlık Sigortası Kurumları sorumludur. 1883'de çıkartılan Sağlık Sigortası Kanunu ile her Alman vatandaşının yüksek kalitede sağlık hizmeti alması amaçlanmıştır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016). Federal Almanya Cumhuriyeti Temel Yasasına ( *Grundgesetz )* göre devlet tüm vatandaşlara sosyal adaleti ve hastalık durumunda uygun tedaviyi *refah ilkesi* garanti etmesi gerekmektedir. Böylece genel olarak sağlık sistemi dayanışma ilkesi etrafında örgütlenmiştir ( *Solidarprinzip*). Ortalamanın altında kazanç gücüne veya ekonomik kaynaklara

sahip bireyler, diğerleriyle aynı kalite ve miktarda tıbbi bakım almalıdır (Döring ve Paul, 2010).

Almanya sağlık sistemin temeli sigorta primlerine dayanmaktadır. 2009 yılından beri Almanya Federal Cumhuriyetinde sabit ikametgâhı bulunan herkes hastalık sigortası yaptırmak zorundadır. Almanya'da kısa süre kalınacak olsa bile, hastalık sigortası yaptırmak gereklidir, aksi takdirde ilgili kişiye vize verilmez. Almanya, yasal hastalık sigortası (YHS) ve özel hastalık sigortası (ÖHS) olmak üzere ikili bir hastalık sigortası yapısına sahiptir. Yasal Hastalık Sigortası primlerinin miktarı sigortalının gelirine bağlıdır. Primlerin belirlenmesinde toplam brüt gelir esas alınır ve bundan yüzde 14,6'lık standart bir prim alınır. Bu miktarı sigortalı ve işveren yarı yarıya yüzde 7,3'lük oranlarda öder.

Yasal sağlık sigortası planı sosyal uzlaşmadır (Solidarausgleich). Ekonomik kaynaklarına bakılmaksızın tüm üyelerin gerekli tedavi ve yardımların masraflarını karşılanır, tüm yasal sağlık sigortası üyeleri, belirli bir gelir eşiğine kadar olanlar hariç, kazançlarının gelire bağlı bir yüzdesini öderler (Döring ve Paul, 2010). Yasal Hastalık Sigortasında çocuklar ve anne/babalar bir aile sigortası üzerinden ücretsiz olarak birlikte sigortalanabilir. YHS herkes tarafından zorunlu iken, yıllık olarak belirlenen miktarın (2021 yılı için 64.350 euro) üzerinde gelire sahip olanlar isterlerse özel sağlık sigortası yaptırabilirler. Özel sağlık sigortalarının katkı payı tutarı; sigortalının yaşı, mesleği ve sağlık durumu ve sigorta kapsamına bağlı olarak değişir ( WIKI**,** 2021). YHS programının gönüllü bir üyesi, ancak kazançları arka arkaya üç takvim yılı boyunca zorunlu sigorta eşiğinin üzerindeyse ÖKS sistemine geçebilir (Döring ve Paul, 2010).

Almanya'da genel hastane hizmetlerinin ücretlendirilmesinde tutarlı, performans odaklı ve sabit oranlı bir ücretlendirme sistemi geçerlidir. Vaka grupları ve ağırlık oranları ülke çapında belirlenir. Değerleme oranları, bir referans hizmet üzerindeki nispi ağırlıklar olarak tanımlanır. Değerleme oranlarındaki düzeltmeler, yalnızca vaka bazlı sabit ücretlendirme kapsamında yapılmaktadır (Gülsen, 2018).

Sosyal Sigortalar Yasasında hastaneler; hastalıkları, rahatsızlıkları veya fiziksel yaralanmaları teşhis etmek, iyileştirmek veya hafifletmek veya doğum sağlamak için tıbbi ve hemşirelik yardımının amaçlandığı ve bakılacak kişilerin barınabileceği ve beslenebileceği tesisler olarak tanımlanmaktadır. Almanya 2003 yılından bu yana tanıya dayalı ödeme sistemini (TİG) uygulamaktadır. Hastanelerde tanı kodlamada ICD-10-GM kullanılmaktadır. Hastalar 0-2 gün, 3-10 gün ve 10 gün üzeri yatışa göre değerlendirilir. Ameliyatlar için standart paket fiyat uygulanır (Krankenhausfinanzierungsgesetz, 2021).

Hastane sistemi iki ana kaynak tarafından finanse edilmektedir: sağlık sigortası primleri (hastanenin devam eden işletme maliyetlerini kapsar) ve vergi fonları

(yatırım harcamalarını kapsar). Mobilyaların değiştirilmesi gibi küçük ve orta ölçekli yatırımlar toplu ödemelerle karşılanır ve hastane planındaki her hastanenin bu tür finansmana yasal hakkı vardır. Buna karşılık, hastaneler, yeni binalar veya yenileme gibi daha büyük yatırım önlemlerinin finansmanı için hükümete başvurmalıdır. Hastanelerin büyük yatırımlarına bütçe durumuna göre karar verilir. Hastanelerin her birinin özelleştirilmiş bir bütçe hakkı vardır, sağlık sigortacıları ile genellikle bir sonraki takvim yılı için götürü bedel olarak müzakere edilir. Hastane planında yer almayan hastaneler, YHS sigortalılarını tedavi etme yetkisine sahip olmak için yasal sağlık sigortacılarının devlet birlikleriyle bireysel olarak bir hizmet sağlama sözleşmesi yapmak zorundadır (Döring ve Paul, 2010). .

Hastaneler, kalite güvence yükümlülüklerini yerine getirmiyorsa vaka başına sabit oran ve ek ücretlerden kesintiler yapılmaktadır. Hastaneler yapılan incelemede, Sosyal Kanununda belirtilen, hizmetlerin sağlanması ile ilgili yapısal özelliklerin asgari miktarlarını karşılamıyorsa o hizmet için ödeme alamaz. Üniversite klinikleri, asker hastaneleri ve devlet psikiyatri hastaneleri gibi sağlık tesislerini Eyalet hükümetleri doğrudan finanse eder (Döring ve Paul, 2010).

Sabit oranlı vaka olarak faturalandırılabilecek hastaların sağlık hizmetine hizmete bağlı bir komplikasyon nedeniyle kalış süresinin üst sınırı kalması şartıyla, sabit oranlı bir durum olarak yeniden sınıflandırması gerekir. Sabit ücretle geri ödenen hizmetler, hasta sevk edilmeden birden fazla hastane aracılığıyla sağlanırsa, sabit ücret, hastayı yatıran hastaneye ödenir. Hastaneler, sağlık sigortasının kapsamadığı durumlarda makul bir avans talep edebilir. Hastaneler, hastanede kalış süresinin sekizinci gününden itibaren, ödenmesi beklenen ücretlerin miktarı ile bağlantılı olarak daha önce verilen hizmetlere dayalı uygun bir avans ödemesi talep edebilir. Hastaneler, tedavi masraflarını kendi ödeyen hastayı veya yasal temsilcisini, olası ücretler hakkında en kısa sürede yazılı olarak bilgilendirmelidir**.** Ayrıca her hasta, fatura edilmesi muhtemel sabit oranlı vaka ücreti ve tutarı ile ödenmesi muhtemel ek ücretler konusunda herhangi bir yükümlülük altına girmeden bilgilendirilmelerini talep edebilir. Ücretli hasta kabul edildiğinde ücretler henüz kesin olarak belirlenmediyse, bu belirtilmelidir. Hastanın yatarak tedavisi sırasında yeni ücretin yürürlüğe girmesi halinde ödenecek ücretin arttığının ve beklenen artış miktarının bildirilmesi gerekir uygulanır (Krankenhausfinanzierungsgesetz, 2021).

Hastanelerin cepten ödeme yapan hastalara ait faturaları anlaşılır biçimde olmalıdır. Faturada; ilgili ücret kataloğundaki numaralandırma ve tam metinler, ilgili teşhis ve prosedür kodları ve vaka başına sabit oran olması durumunda etkin değerleme oranları ve eyalet bazında durum değeri ile birlikte vaka başına sabit oran ve ek ücretler gösterilmelidir. Teşhis ve prosedür kodları için ilgili metin versiyonları da belirtilmelidir. Diğer ücretler ve ek ücretler veya indirimler kısa, anlaşılır metinlerde açıklanmalıdır. Hemşirelik bakımını teşvik etmek için, yatan hastalardan hemşirelik ek ücreti alınmakta ve faturalarda gösterilmektedir. Hem-

şirelik ek ücretinin miktarı, hastanenin yıllık finansman tutarının, gelir bütçesinin kararlaştırılan dönemi için kararlaştırılan veya belirlenen yatan hasta sayısına ve gelir miktarına bölünmesiyle belirlenir. Hemşirelerin maliyetlerini finanse etmek için hemşirelik bütçesi ayrılmıştır. Bakım bütçesinin belirlenmesinde başlangıç noktası, ilgili hastane için bir önceki yılda yapılan hemşirelik personel giderlerinin toplamıdır (Krankenhausfinanzierungsgesetz, 2021).

### 3.3. Türkiye Sağlık Sistemi

Türkiye de sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden Sağlık Bakanlığı sorumludur. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin sunumunun yanı sıra; düzenleme, denetleme ve ruhsatlandırma faaliyetlerini yürütür. Türkiye'de 2003 yılından buyana Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaktadır. Uygulanan bu programla sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve personel ödemeleri konusunda önemli değişiklikler olmuştur. Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu tümüyle Sağlık Bakanlığının görevidir ve 2010 yılından itibaren tüm ülke genelinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Aile hekimi başına ortalama 3000 kişi olacak şekilde aile hekimliği birimleri planlanmış olup, kırsal bölgelerde de bu nüfus dikkate alınarak bir veya daha fazla aile hekimliği biriminden oluşan aile sağlığı merkezleri oluşturulmuştur. Hastaneye müracaatlarda aile hekiminin sevki zorunlu değildir dolayısıyla sevk zinciri uygulanmamaktadır.

Türkiye sağlık sistemi temel olarak tedavi edici hizmetler üzerine oturtulmuştur. Hastaneler ikinci ve üçüncü basamak hastaneler olarak sınıflandırılmıştır. Sağlık Bakanlığı kamu hastane yatırımlarının ve planlamaların yanı sıra özel sektör hasta planlamalarını da yapmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri çoğunlukla Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ile üniversite hastaneleri eliyle verilse de her geçen gün özel sektörün payı artmaktadır. Tüm kamu hastaneleri Sağlık Bakanlığına bağlı olarak hizmet vermektedir. Acil sağlık hizmetleri hem kamu hastanelerinde hem de özel hastanelerde ücretsiz olarak verilmektedir.

Türkiye sağlık sisteminde hastaneler devlet hastanesi, üniversite hastanesi ve özel hastane olarak üç kategoride sınıflandırılabilir. Devlet hastanelerinin tamamı kamuya ait iken üniversite hastanelerinin mülkiyeti kamu veya özel sektöre ait olabilir. Özel hastanelerin mülkiyeti tüzel kişiliklere aittir.

### 3.4. Türkiye Hastane Geri Ödeme Sistemi

Genel Sağlık Sigortası uygulaması getirilerek tüm vatandaşlar sağlık güvencesi altına alınması hedeflenmiştir. Özel sağlık sigortası için herhangi bir ön koşul getirilmemiştir, isteyen herkes özel sağlık sigortası yaptırabilmektedir.

Türkiye'de sürekli ikamet eden kişilere, temel teminat paketi ile belirlenen sağlık yardım ve hizmetlerinin sunulmasını sağlamak üzere, Genel Sağlık Sigortası Sistemini oluşturulmuştur. İş sözleşmesine göre çalışanlar ve devlet memurları kazancının %12,5'i (%5'i sigortalı, %7,5'i işveren payı) oranında genel sağlık sigortası primi öderler. Bağımsız çalışanlar ise prime esas alt ve üst kazanç arasından kendilerinin belirleyeceği bir tutar üzerinden alınan prim öderler. Prime esas kazancın alt sınırı asgari ücret, üst sınırı ise asgari ücretin 7,5 katıdır. Genel sağlık sigortasından sigortalının çalışmayan eş ve çocuklardan 18 yaşını, lise ve dengi öğrenim görmesi halinde 20 yaşını, yükseköğrenim yapması halinde 25 yaşını doldurmayanların ücretsiz olarak birlikte faydalanabilirler. Türkiye'de özel sağlık sigortası yaptırılabilmesi için herhangi bir ön şart getirilmemiştir (Resmi Gazete, 2006).

Sağlık Bakanlığı İle Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) arasında yıllık global bütçe anlaşması yapılmaktadır. Bu sayede giderleri gelirlerinden çok olan hastanelerin sübvanse edilmesi sağlanmaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde çalışanlara maaşlarına ilaveten performansa dayalı ödeme yapılmaktadır. Performansa dayalı ödeme de doktorların yapmış oldukları hizmetler puanlanmak ve hastane bazında aylık birim bağıl puan hesaplanmakta ve dağıtılacak olan parasal tutar bu bağıl değer üzerinden hesaplanmaktadır.

SGK yayınlamış olduğu Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) sağlık hizmet ve malzemelerin fiyatları belirtilmektedir. Kamu hastaneleri sigortalı müstahaklarına vermiş oldukları sağlık hizmetlerini Sağlık Uygulama Tebliği'nde belirtilen esaslar çerçevesinde SGK'na fatura etmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde sigortalılardan herhangi bir nedenle ücret talep edilmemektedir. Özel hastanelerde ise, SUT fiyatları üzerinde tavanı Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen oranda ek ücret talep edilebilmektedir.

Acil sağlık hizmetleri hizmet başına şeklinde faturalandırılırken diğer ayaktan sağlık hizmetleri vaka başı paket olarak faturalandırılmaktadır. Paket ücretleri SGK tarafından belirlenen rol grubuna göre değişiklik göstermektedir.

### 3.5. Covid-19 Sürecinde Almanya'nın Aldığı Tedbirler

Almanya'da İçişleri Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı yetkililerinden oluşan Covid-19 pandemisi Kriz Komitesi kuruldu. Robert Koch Enstitüsü (RKE) hükümete bilimsel danışmanlık yaparak bu salgında verilecek kriz yönetimi stratejilerini belirlemede ve krizin yönetilmesinde en etkin kurum olarak yer aldı. Robert Koch Enstitüsü'nün tehlikeli olarak sınıflandırdığı alanlarda yalnızca tehdit edici bulaşıcı bir hastalığın girişini belirlemek ve girişini önlemek için Enfeksiyondan Korunma Kanununda değişiklik yapmıştır. Yapılan değişikliğe göre Robert Koch Enstitüsü, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve enfeksiyonların yayılmasının erken tespiti ve önlenmesi için ulusal otorite olarak alınacak tedbirleri belirledi. Bu tedbirler;

1. Federal Almanya Cumhuriyeti'ne girmek isteyen veya girmiş olan ve bazı tehdit edici bulaşıcı hastalıklar nedeniyle muhtemelen yüksek enfeksiyon riskine maruz kalmış kişiler; kimliğini, seyahat güzergahını ve iletişim bilgilerini yetkili makama açıklamak, bulaşıcı hastalık tehdidine ilişkin aşı veya profilaksi belgesi ibraz etmek, sağlık durumları hakkında yetkili makama bilgi vermek, tehdit edici bulaşıcı hastalığın varlığına dair herhangi bir emare bulunmadığına dair sağlık raporu ibraz etmek zorundadır.

2. Demiryolu, otobüs, gemi veya hava yolu ile sınır ötesi yolcu taşımacılığı yapan firmalar, havalimanları, limanlar, yolcu ve otogar işletmecileri ile tur operatörleri; Alman vatandaşlarının evlerine dönebilmeleri hariç, belirli ülkelerden Federal Almanya Cumhuriyeti'ne nakliye yapmaktan kaçınmak, bulaşıcı hastalıkların tehlikeleri, korunma ve mücadele hakkında yolcuları bilgilendirmek ve bu kapsamda Federal Dışişleri Bakanlığının seyahat ve güvenlik bilgilerine başvurmak, hasta ve şüpheli kişilerin erken tespiti için gerekli bilgileri işlemek ve verileri iletmek, yolcu listelerini ve oturma planlarını yetkili makamlara sunmak, yolcuların tıbbi muayenelerinin yapılmasını sağlamak, hasta ve şüpheli kişilerin hastaneye veya uygun başka bir tesise nakledilmesini sağlamak zorundadır.

3. Federal Meclisin izni olmaksızın kanuni bir kararname yoluyla bu Kanun hükümlerine ve buna dayalı olarak; sağlık sistemindeki süreçleri sürdürmek, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve kontrolü, belirli tesislerde, şirketlerde ve kişilerde enfeksiyona karşı korunma ve gıda işlenirken personelin sağlık gereksinimleri ile ilgili olarak çıkarılan yasal düzenlemeleri yapabilir.

4. Federal Konseyin onayı olmaksızın bir kararname ile; tıbbi malzeme ve farmasötiklerin tedariğini sağlamaya yönelik tedbirlerin alınmasını, bu tür ürünlerin federal hükümet tarafından temini, tedariki, stoklanması, dağıtımı ve teslimi ile ilgili tedbirler almak, bildirim ve bildirim yükümlülüklerine ilişkin düzenlemeler yapılmasını, adı geçen ürünlerin emniyete alınması ve kullanılmasına ilişkin hükümlerin ve kamulaştırma bedellerinin belirlenmesi, bu ürünlerin satışının yasaklanması ve bu ürünlerin teslimat, fiyatlandırma, geri ödeme ve ücretlendirmeye ilişkin düzenlemeleri yapmak ile bu tür ürünleri üreten firmaların üretim tesislerini veya münferit işletme tesislerini muhafaza etme, dönüştürme, açma veya kapatma tedbirleri azaltmak ve bunun için uygun tazminata ilişkin düzenlemeler sağlamak yetkisi verilmiştir.

5. Madde 4'de belirtilen ürünlerle ilgili bir buluşun kamu yararı veya federal güvenlik çıkarları için kullanılması gerektiğini emretmek; Federal Sağlık Bakanlığı, bu emri vermek için bir alt makamı görevlendirebilir.

6. Federal Konseyin izni olmaksızın bir kanuni düzenleme ile ayakta tedavi muayenehanelerinde, eczanelerde, hastanelerde, laboratuvarlarda, rehabilitasyon tesislerinde ve diğer sağlık tesislerinde sağlık hizmetinin mevcut yasal gerekliliklerden farklı olarak sürdürülmesi için önlemler tasarlamak ve belirlemek.

7. Ayakta ve yatan hasta bakım tesislerinde mevcut yasal gerekliliklerden farklı olarak, Federal Konseyin onayı olmaksızın yasal bir talimatla ve özellikle hasta bakım tesislerinde hemşirelik bakımı sağlamak için önlemler tasarlamak, bakım tesisleri için federal veya sözleşme gerekliliklerini askıya almak veya değiştirmek, bakım kurumları, bakım sigortaları ve sağlık hizmetleri tarafından düzenli olarak yapılması gereken, vücutla ilgili bakım önlemlerinin ve bakıma muhtaç kişiler için ev temizliğine yardımcı olmanın ötesinde görevleri askıya almak veya sınırlamak yetkisi verilmiştir.

Ölen kişinin hasta olduğu, hasta olduğundan şüphelenildiği ortaya çıkarsa, yetkili makamlar gerekli koruyucu önlemleri alır. Bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek için gerekli olduğu ölçüde ve süre boyunca; bilhassa kişileri bulundukları yerden ayrılmamaya, umuma açık yerlere girmemeye ve belirli şartlara tabi olmaya zorlayabilir. Yetkili makam, olayları veya diğer insan toplantılarını kısıtlayabilir veya yasaklayabilir ve ortak kullanılan tesisleri veya bunların bölümlerini kapatabilir. Ayrıca Ulusal çapta bir salgın durumunda hemşirelerin ve sağlık görevlilerinin iyileştirici faaliyetlerde bulunmalarına izin verilebilir denilmiştir.

Çocukların okulları veya bakım tesisleri, bu Kanuna dayanarak enfeksiyonların veya bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemek için yetkili makam tarafından geçici olarak kapatılırsa veya girişleri yasaklanırsa; henüz oniki yaşını tamamlamamış, özürlü veya yardıma muhtaç çocuklara bu süre içinde başka bir makul bakım seçeneğini sağlayamanlar ve çocuklarına kendileri baktığı için kazanç kaybına uğrarlarsa parasal tazminat talebinde bulunabilirler. Talepte bulunma hakkına sahip olanlar, bu süre içinde çocuğa makul bakım sağlayamayacaklarını yetkili makama ve işverenin talebi üzerine işverene kanıtlamak zorundadır. Çocuğun Sosyal Güvenlik Kanunun 33. maddesine göre tam zamanlı bakımhaneye kabul edilmesi halinde, vasi yerine tazminat hakkı koruyucu aileye aittir. Çalışan vasinin kazanç kaybının yüzde 67'si en fazla altı hafta için; tam bir ay için maksimum 2.016 EURO verilir.

### 3.6. Covid-19 Sürecinde Türkiye'nin Aldığı Tedbirler

Türkiye'de ilk covid-19 vakası 10 Mart 2020 tarihinde görülmüştür. Türkiye'de covid-19 hastalığının görülmesi sonrasında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Koronavirüs Bilim Kurulu kurulmuştur. Bu bilim kurulunda alınan tavsiye kararları doğrultusunda Covid-19 hastalığı kapsamında alınan tedbirler Cumhurbaşkanlığı Genelgesi ve Kararları olarak yayınlanmıştır. Alınan tedbirler ise;

- ✓ Çin, İtalya, Güney Kore ve Irak ile Türkiye arasındaki tüm uçuşlar iptal edildi ve Türkiye-İran sınırı kapatıldı. Sonrasında tüm yurtdışı uçuşları yasaklandı, trenler durduruldu ve iller arası otobüsler valilik iznine bağlandı. Büyükşehir statüsündeki 30 il ile Zonguldak iline ulaşımı 15 gün için geçici olarak durdurmuştur ve ulaşımı şarta bağlamış ve 1 Ocak 2000 tarihinden sonra doğmuş olanların sokağa çıkmaları yasaklandı.

- ✓ Türkiye'nin maske, tulum, önlük, gözlük, cerrahi maske ve tıbbi eldiven ihracatı ön izne bağlandı. Ülke genelinde para ile maske satışı yapılması yasaklandı. Perakende ve toptan satışlara yönelik sebze, meyve ve ekmeğin poşette satılmasını zorunlu kılındı.

- ✓ Lise ve ilkokullarda eğitim ve öğretime ara vererek uzaktan eğitim yapılacağını açıkladı. Özel kreş, gündüz bakımevleri ile özel çocuk kulüpleri tatil ilan edildi.

- ✓ Kamu hizmetlerinin yürütülmesinde herhangi bir soruna sebebiyet verilmemesi amacıyla zorunlu haller dışında kamu görevlilerinin yurtdışına çıkışları durduruldu. Yurtdışında bulunan kamu görevlilerinin 14 gün karantinaya girmesi zorunluluğu getirildi. Sağlık Bakanlığı COVID-19 salgını süresince sağlık personellerinin izinlerini yeniden düzenledi ve dönemsel olarak sağlık çalışanlarının izinleri iptal edildi. Sağlık Bakanlığı tarafından hastanelere ziyaretçi yasağı ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından huzurevlerine ziyaretçi kısıtlaması getirildi.

- ✓ Kamu hizmetlerini aksatmayacak, salgınla mücadeleyi zayıflatmayacak ve ihtiyacı karşılayacak sayıda asgari personel bulundurma şartıyla, kamu kurum ve kuruluşlarında çalışanlarına esnek ve dönüşümlü çalışma sistemi getirildi. Hamileler, süt izni kullananlar, engelli çalışanlar ile Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği dezavantajlı kamu personeli idari izinli sayıldı. Kamu kurum ve kuruluşlarının çalışma saatleri azaltıldı. Tüm sağlık kuruluşlarına girişlerde vatandaşlara maske takma zorunluluğu getirildi.

- ✓ Hastalığın yayınlanmasını önlemek amacıyla ulusal ve uluslararası düzeyde yapılacak organizasyonlar ertelendi. Spor müsabakalarının seyircisiz olarak yapılmasına karar verildi. Camilere ve mescitlere girişler yasaklandı.

- ✓ Tüm spor müsabakaları, sivil toplum kuruluşlarının genel kurulları, eğitimleri, büyük çaplı organizasyonlar, insanları toplu olarak bir araya getiren her türlü toplantı ve faaliyetleri geçici olarak ertelendi. Ttiyatro, sinema, gösteri merkezi, konser salonu, nişan/düğün salonu, çalgılı/müzikli lokanta/kafe, gazino, birahane, taverna, kahvehane, kıraathane, kafeterya, kır bahçesi, nargile salonu, nargile kafe, internet salonu, internet kafe, her türlü oyun salonları, her türlü kapalı çocuk oyun alanları (AVM ve lokanta içindekiler

dahil), çay bahçesi, dernek lokalleri, lunapark, yüzme havuzu, hamam, sauna, kaplıca, masaj salonu, SPA ve spor merkezlerinin faaliyetleri geçici bir süreliğine durduruldu.

- ✓ Yurtdışından gelen vatandaşların ve virüsün yaygın olduğu ülkelerden ülkemize gelenlerin 14 gün boyunca karantina altında tutulacağı belirtildi.

- ✓ İlaç raporlarının süresi sonlanmış olanların açıklama yapılana kadar yeni rapor alınmasına gerek olmadan sigortalıların ilaçlarını alabilmelerine karar verildi. 65 yaş üstü vatandaşların ve ayrıca kronik rahatsızlığı olan vatandaşların sokağa çıkması yasaklandı. 30 Büyükşehir statüsündeki illere ve Zonguldak iline hafta sonları sokağa çıkma yasağı getirildi. 65 yaş üzeri ve 20 yaş altı kişilerin toplu taşıma araçlarına binmeleri yasaklandı.

- ✓ Tüm lokanta, restoranlar ile pastane ve benzeri iş yerlerinin sadece "paket servis" ve "gel-al" benzeri şeklinde müşterilerin oturmasına müsaade etmeden hizmet verebileceği açıklandı. Vatandaşların market, pazar, toplu olarak çalışılan işyerlerinde maske takılması ve sosyal mesafeyi koruyarak hareket etme zorunluluğu getirildi.

### 3.7. Covid-19 Sürecinde Almanya'nın Hastanelere Verdiği Destekler

Almanya; onaylı hastanelerin yeni tip koronavirüs SARS-CoV-2 ile enfekte hastaların bakımı için yatak kapasitelerini artırmaya yönelik planlı kabul, operasyon ve müdahaleleri ertelemesi veya askıya alması durumunda, 16 Mart 2020 tarihinden itibaren SARS-CoV-2 pandemisinin ortaya çıkmasından önce yatakların planlandığı gibi kullanılamamasından doğabilecek gelir kaybı için sağlık fonunun likidite rezervinden tazminat ödemeleri için 27 Mart 2020 tarihinde Hastaneler Ve Diğer Sağlık Tesisleri Üzerindeki Covıd-19 İle İlgili Mali Yükleri Tazmin Etmeye Dair Kanununu (COVID-19 Hastane Yardım Yasası) çıkartmıştır. Bu kanuna göre hastanelerin alacağı tazminat ödemeleri;

Onaylı hastaneler, yeni koronavirüs SARS-CoV-2 ile enfekte olmuş hastaların bakımı için yatak kapasitelerini artırmaya yönelik planlı kabulleri, operasyonları ve müdahaleleri erteledikleri veya askıya aldıkları için, sağlık fonunun likidite rezervinden tazminat ödemeleri alabilmişlerdir.

16 Mart 2020'den itibaren belirlenen günlük sabit oran 560 Euro'dur. 2019 yılı için yıllık ortalama olarak belirlenen günlük tam veya kısmi yatarak tedavi gören hasta sayısından (referans değer) düşerek hesaplanmıştır. Hastaneler takvim günlerine göre ayrıştırarak hesaplama sonucuna göre elde ettikleri tutarı, eyaletlerdeki hastaneler tarafından bildirilen tüm tutarları hastane planlamasından sorumlu devlet makamına, eyaletlerde bulunan hastanelerin bildirdikleri meblağların hesaplanması için, haftalık olarak bildirirler. Tazminat ödemeleri 30

Eylül 2020'ye kadar yapılmıştır ve tazminat ödemeleri Hastane Ücreti Yasası veya Federal Bakım Oranı Yönetmeliği uyarınca toplam tutara veya gelir tazminatına dahil edilmemiştir.

Hastaneler, 1 Mayıs 2020 - 31 Aralık 2020 döneminde tam veya kısmi yatarak tedavi için hastaneye başvuran hastalardan fatura tutarının yüzde 0,42'si oranında ek ücret alır, bu faturada ayrıca gösterilir. Gelir denkleştirmesi belirlenirken ek ücret dikkate alınmaz.

Hastane planlamasından sorumlu devlet mercilerinin onayı ile ek yoğun bakım tedavi kapasiteleri oluşturan onaylı hastaneler 30 Eylül 2020'ye kadar her bir yatak için sağlık fonunun likidite rezervinden bir defaya mahsus 50.000 Euro'luk bir miktarı temin etmişlerdir.

Yeni tip koronavirüs SARS-CoV-2'nin bir sonucu olarak özellikle kişisel koruyucu ekipman için fiyat ve hacim artışları nedeniyle toplu tazminat olarak onaylı hastanelere 1 Nisan 2020 ve 30 Haziran 2020 dahil olmak üzere hastanede yatan her hasta için 50 Euro ek ücret ödemişlerdir. Günlük hemşirelik hizmetleri 31 Mart 2020'ye kadar 146.55 Euro, 1 Nisan 2020'den 31 Aralık 2020'ye kadar 185 Euro ve 1 Ocak 2021'den itibaren 163.09 Euro olarak faturalandırılmaktadır.

Federal Sosyal Güvenlik Dairesi yasa uyarınca eyaletlere aktarılacak tutarı her ay Federal Maliye Bakanlığına bildirmiş ve bildirilen tutarlar bir hafta içinde hastanelere ödenmiştir. Federal Sosyal Güvenlik Dairesi tarafından ödemelerin tamamlanmasından sonra, bir sonraki takvim ayının sonuna kadar hastanelerle ilgili ödeneklerin bir listesini Federal Sağlık Bakanlığına gönderilmiştir. Federal Sağlık Bakanlığı, düzenlemelerin hastanelerin ekonomik durumu üzerindeki etkilerini gözden geçirmek için bu konuda özel deneyime sahip uzman çevrelerden temsilcilerden oluşan bir danışma kurulu oluşturmuştur. Diğer yandan Hastane Ücretleri Kanunu içerisinde yer alan sabit maliyet indirimini 2020 yılı için kaldırmıştır.

Hastaneler Sosyal Güvenlik Kanunu uyarınca elektronik hasta dosyasına hastane tedavisiyle ilgili verileri kaydettiği her yatan hasta için 5 Euro'luk ek ücret alma hakkı vardır. Yalnızca 2021'de, mevcut tedavi bağlamında elektronik hasta dosyasının ilk doldurulmasıyla yatan her hasta için 10 Euro'luk ek bir ek ücret alma hakkına sahiptir

Kanuni bir sağlık kuruluşunun toplam geliri bir önceki yılın aynı çeyreğine göre yüzde 10'dan fazla azalmışsa ve gelir azalışı; pandemi, salgın, endemik, doğal afet veya diğer büyük hasar olaylarına bağlı ise sağlık kuruluşuna tazminat ödemesi yapılmıştır. Tazminat ödemesi, hastalıkla ilgili toplam ücretin dışında ek yoğun bakım tedavi ve Yeni tip koronavirüs SARS-CoV-2'nin bir sonucu olarak özellikle kişisel koruyucu ekipman için fiyat ve hacim artışları için ücretlendirilen

hizmetlerle sınırlıdır. Tazminat ödemesi, sözleşmeli tıbbi hizmet sağlayıcının Enfeksiyondan Korunma Yasasına göre tazminat veya diğer hak taleplerine dayalı mali yardım aldığı miktar kadar azaltılacaktır. Tazminat ödemelerine ilişkin giderler, Kanuni Sağlık Sigortası Tabipler Birliği'ne zamanında geri ödenecektir. Yasal Sağlık Sigortası Hekimleri Derneği, sağlık sigortası şirketlerine geri ödeme için gerekli verileri sağlamalıdır.

### 3.8. Covid-19 Sürecinde Türkiye'nin Hastanelere Verdiği Destekler

Türkiye hükümeti Covid-19 hastalığının hastanelere getireceği ek maliyetin karşılanabilmesi amacıyla test kiti, maske ve diğer koruyu ekipmanların tedarikini merkezi bütçe kapsamında sağlayarak hastanelere dağıtımını yapmışlardır. Ayrıca devlet hastanesinde çalışan personele Nisan-Haziran 2020 döneminde tavandan ek ödeme yaparak sağlık personelinin motivasyonunu artırmıştır.

Koronavirüs (COVID-19) pandemisi nedeni ile sağlık hizmeti sunucuları tarafından sunulan sağlık hizmetleri ile birlikte faturalandırılacak bakım hizmetlerini 01/04/2020 tarihinden itibaren ödeme kapsamına alınmıştır. Servislerde yatarak tedavi gören hastalarda Covid-19 tanısı almış olan ya da Covid-19 şüphesi bulunan hastalar için "Pandemi Bakım Hizmeti" eklenmiş ve günlük 666,74.-TL ilave ödeme sağlanmıştır. Yoğun bakımlarda tedavi gören hastalar için Tanıya Dayalı Paket İşlem olarak "Pandemi Bakım Hizmet Bedeli" nin ilave edilmesiyle, pandemi süresi boyunca yoğun bakım hizmetinin bütün hastalarda 2 katı fatura edilmesi sağlanmıştır. Hasta başı günlük pandemi bakım hizmeti; 1. basamak yoğun bakımlar için 220,00 TL, 2. basamak yoğun bakımlar için 467,50 TL ve 3 basamak yoğun bakımlar için 880,61 TL olarak belirlenmiştir.

Sadece pandemi süresince pandemi olgularıyla sınırlı olmak üzere, immün plazma tedarik ve uygulaması hazırlama, uygulama, tüm tetkik ve malzemeler ile birlikte diğer işlemleri için 781,62 TL ödeme yapılmıştır.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ ile "pandemi süresince pandemi olgularına yönelik tanı ve tedavileri" acil hal tanımı kapsamına alınmıştır. Böylece, pandemi nedeniyle başvuran hastalarla ilgili olarak ilgili hastaneler SGK'ye yalnızca sağlık hizmet bedeli faturalandırabilecektir. Bunun yanı sıra, yapılan bir başka düzenleme ile "Pandemi süresince pandemi olgularının tanı ve tedavileri" ilave ücret alınamayacak işlemler listesine eklenmiştir. Bu düzenleme ile özel hastanelerde covid-19 tedavisi gören hastalar herhangi bir ek ödeme yapmak zorunda kalmamıştır. Resmi Gazete'de de yayımlanan tebliğ ile koronavirüs vakalarının tedavisi "acil hal" kapsamına alındı ve pandemi süresince özel hastanelerin tedavi boyunca katılım payı ve ilave ücret istemeyeceği duyuruldu.

## 4. Sonuç

Türkiye ve Almanya nüfus büyüklükleri açısından benzer ülkelerdir. Her iki ülkede Roomer'ın sağlık sınıflamasına göre Refah Yönelimli sağlık sistemi içerisinde yer almaktadır. Almanya sağlık sistemi temel sağlık hizmetlerini önceliklendirirken Türkiye sağlık sisteminde tedavi hizmetlerine ağırlık verilmektedir. Her iki ülkede nüfusun %99'u sağlık sigortası şemsiyesi altındadır (SGK İstatistik Yıllığı, 2021).

Almanya'da cari sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı %11,7 iken Türkiye'de %4,7'dir. 2019 yılı verilerine göre, Türkiye OECD ülkelerine kıyasla toplam sağlık harcaması kalemine GSYİH içinden en az payı ayıran ülke konumundadır (OECD, 2020). Almanya'da 1.000 kişiye düşen yatak sayısı 79,1 iken Türkiye'de 30'dur. Almanya'da 100.000 kişiye 439 hekim düşmekte iken Türkiye'de 205 hekim düşmektedir. Cepten sağlık harcamalarının cari sağlık harcamaları içindeki oranı Türkiye'de %17,2 iken Almanya'da %12,7'dir (Sağlık İstatistik Yıllığı, (2020). Almanya'da 1000 kişi başına hemşire sayısı 13,9 iken bu sayı Türkiye'de 2,4'tür (OECD, 2020).

Covid-19 salgını tüm önlemlere ve aşılama çalışmalarına rağmen küresel çapta 253 milyondan fazla insanın hastalığa yakalanmış ve hastalık nedeniyle 5,1 milyondan fazla insan yaşamını yitirmiştir. Almanya'da 2021 yılı Kasım ayına kadar 5 milyondan fazla insan hastalığa (nüfusun yaklaşık %6'sı) yakalanmış ve 95 binin civarında ölüm olayı gerçekleşmiştir. Almanya'da nüfusun %67'sinin tüm koronavirüs aşıları tamamlanmıştır (Johns Hopkins Üniversitesi, 2021). Türkiye'de Kasım 2021 tarihi itibariyle 8 milyonun üzerinde (yaklaşık nüfusun %9,6'sı) Covid-19 hastalığına yakalanmış ve 70 bin civarında insan Covid-19 hastalığı yüzünden hayatını kaybetmiştir. (Sağlık Bakanlığı, 2021). Türkiye'de nüfusunun %58'sinin tüm koronavirüs aşıları tamamlanmıştır (Johns Hopkins Üniversitesi, 2021). Kasım 2021 tarihinde dünya üzerinde Covid-19 vakası görülme sayısında Türkiye 6. sırada yer almakta iken Almanya 10. sırada yer almaktadır. Türkiye'de Covid-19 vakalarında ölüm oranı %0,84 iken Almanya'da bu oran %1,92'dir (Johns Hopkins Üniversitesi, 2021).

Bu makalede küresel bir salgın olan Covid-19 sürecinde Almanya ve Türkiye hükûmetlerinin almış oldu tedbirler ve sağlık hizmetlerine yapmış olduğu finansal destekler analiz edildi. Her iki ülkede virüsün ilk görüldüğü ve özellikle ivmesini artırdığı Mart 2020 tarihinden itibaren tedaviye ihtiyaç duyan tüm hastalarına gerekli tedavi ve bakımı sunmaktadır. Her Türkiye hem de Almanya'da salgın boyunca hiçbir dönemde sağlık sisteminde bir tıkanma yaşanmadı (Robert Koch Institute, 2020). Almanya sağlık hizmeti sunumunda hastanelerin yüklendikleri ağır finansal yükün altından kalkabilmeleri için hasta başına desteklerin yanı sıra hastane fatura incelemelerinin bir hafta içerisinde bitirilip hastanelere ödemelerin yapılması ve hastaneye doluluk oranına göre finansal kayıpların karşıla-

nabilmesi için parasal destekler sunmuştur. Türkiye'de sağlık hizmetinin ağırlıkla kamu eliyle yürütülmesi ve personel maaşlarının büyük oranda genel bütçeden ödenmesi nedeniyle diğer tıbbi malzemelerin giderleri için Covid-19 tanısıyla yatan hasta başına günlük paket ödeme yoluna gitmiştir. Hastanelerin ayaktan ve yatarak tedavi gören hastalarında azalma olması nedeniyle oluşan gelir kayıpları da global bütçe ödemesi yoluyla sübvanse edilmiştir.

Alman hükümetinin pandemiye bağlı hastane maliyet artışını karşılamak yada pandemi nedeniyle karşılaştığı zararı tazmin edebilmek için hasta ve hizmet bazlı teşvik ödemesi yapmıştır. Türk hükümeti pandemi nedeniyle yatan hasta başına hastanelerin hizmet sınıfına göre paket teşvik ödemesi yapsa da tanı test kitlerinin ve koruyucu ekipmanları genel bütçe kullanarak almış ve hastanelere bedelsiz devir yapmıştır.

Almanya'nın Covid-19 salgını sırasındaki performansı komşu ülkelerle karşılaştırıldığında, enfeksiyon sayıları (ve ölümlerin sayısı) ortalamanın altında kalmıştır. Karantinalara ve pandemi ile ilgili diğer önlemlere yönelik kamu desteği kriz boyunca nispeten yüksek kalırken, önlemlerin katılığı diğer Avrupa ülkelerine kıyasla daha az şiddetli olmuştur. Almanya Covid-19 vakalarında ölüm oranı Türkiye'nin iki katından daha fazladır. Türkiye sağlık çalışanlarının özverisi sayesinde ve nüfusun Almanya'ya kıyasla daha genç olmasının (65 yaş üstü nüfus Türkiye'de %9,5 iken Almanya'da %22) ölüm oranın düşük olmasında büyük etkisinin olduğu değerlendirilmektedir.

## Kaynakça


Ataç, Ö., Sur, H. (2016). Sağlık Sistemleri-1: Almanya ve Birleşik Krallık. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi,* 40(1), 60-65.

Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi, (2000). (Erişim:17.11.2021), https://www.avrupa.info.tr/tr/avrupa-birligi-temel-haklar-bildirgesi-708.

Busemeyer, M.R. (2021). Support For Health Care Spending During The Covid-19 Pandemic İn Germany. *Journal of European Public Policy, DOI:* 10.1080/13501763.2021.1977375

Çevik, N.K., Yüksel, O. (2019). Türkiye, Almanya ve Hindistan Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(16), 209-218.

Gülsen, A., (2018). Almanya'da Sağlık Sistemi. *Sağlık Bilimleri Dahili Bilimler*. Ankara: Akademisyen Yayınevi.

Döring, A., Paul, F. (2010). The German Healthcare System. *EPMA Journal,* 1, 535–547.

Igl G, Welti F. Sozialrecht. Ein Studienbuch. 8th ed. Werner; 2006.

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, (1948). (Erişim: 17.11.2021), https://tr.wikipedia.org/wiki/%C4%B0nsan_Haklar%C4%B1_Evrensel_Beyannamesi.

OECD *Data, (2020)* (Erişim:17.11.2021) https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm#indicator-chart

Robert Koch Institute, (2020). *Infectious Disease Epidemiology Annual Report* . Berlin: Robert Koch Institute.

Sağlık Bakanlığı, (2021). *COVID-19 Bilgilendirme Platformu.* Günlük Koronavisrüs Tablosu (Eri-

şim:15.11.2021) https://covid19.saglik.gov.tr.

Sağlık İstatistik Yıllığı, (2020). https://www.saglik.gov.tr/TR,89801/saglik-istatistikleri-yilligi-2020-yayinlanmistir.html (Erişim Tarihi: 14.09.2022).

SGK Sağlık İstatistik Yıllığı, (2021). https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e-59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4/ (Erişim Tarihi: 14.09.2022).

Johns Hopkins Üniversitesi, (2021). Koronavirüs Pandemisi (COVID-19) veriler (Erişim:15.11.2021) https://ourworldindata.org/coronavirus-data.

Krankenhausfinanzierungsgesetz (2003). Hastane Finansmanı Yasası, (Erişim:15.11.2021) https://www-gesetze--im--internet-de.translate.goog/khg.

Resmi Gazete (1982). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. (Erşim:18.11.2021), https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2709.pdf

Resmi Gazete (2006). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. (Erişim:14.11.2021) https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510.pdf .

Roemer, M.I. (1991). National Health System of the World: The Countries, Vol.1. New York: Oxford University Press.

Simon M. Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 3rd ed. Hans Huber; 2010.

Temel, E. (2010). Alman Sağlık Sisteminde Hastaneler ve Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, C. LXVIII, S.1-2, s. 245 – 274.

WHO (2000). The World Health Report 2000. Switzerland: Publications of the World Health Organizatio. (Erişim: 15.11.2021), https://www.who.int/whr/2000/en/

WHO (2009). Basic Documents. Switzerland: Publications of the World Health Organizatio. (Erişim: 10.11.2021), http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/basic-documents47-en.pdf

WIKI (2021). Sağlık Sigorta Merkezi. (Erişim: 14.11.2021), https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki.

# KAMU VE ÖZEL SAĞLIK KURUMLARINDA ÇALIŞANLARIN İŞ BECERİKLİLİĞİ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Selman Kızılkaya[1], Altuğ Çağatay [2], Figen Özşahin[3]

***Özet***

*Bu çalışma, kamu ve özel sağlık kurumlarında çalışanların iş becerikliliği düzeyleri ile demografik özellikler arasındaki farklılığın tespiti amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada bu doğrultuda veri toplama tekniklerinden anket yöntemine başvurulmuştur. Anket içerisinde katılımcıları tanımlayıcı özelliklerin yanısıra İş Becerikliliği Ölçeği yer almaktadır. Ölçek, görev becerikliliği, bilişsel beceriklilik ve ilişkisel beceriklilik alt boyutlarından oluşmaktadır. Trabzon ili örnekleminde gerçekleşen anket uygulaması sonucu elde edilen veriler SPSS 26 paket programı ile çözümlenmiştir. Elde edilen sonuçlarda, çalışılan sektör değişkenine göre sağlık çalışanlarının bilişsel ve ilişkisel beceriklilik düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılaştığı ve bu farklılıkta özel sağlık kurumlarında çalışanların bilişsel ve ilişkisel beceriklilik düzeylerinin kamuda çalışanlardan yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.*

***Anahtar Kelimeler:*** *İş Becerikliliği, Görev Becerikliliği, Bilişsel Beceriklilik*

# COMPARISON OF JOB CRAFTING LEVELS OF EMPLOYEES IN PUBLIC AND PRIVATE HEALTH INSTITUTIONS

***Abstract***

*This study was carried out to determine the difference between the job crafting levels of employees in public and private health institutions and demographic characteristics. In this direction, the survey method, one of the data collection techniques, was used in the study. In addition to the descriptive features of the participants, the Job Crafting Scale is included in the questionnaire. The*

1 Dr. Öğr. Üyesi, Dicle Üniversitesi, Sağlık Yönetimi, selman.kizilkaya@dicle.edu.tr

2 Dr. Öğr. Üyesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Büro Yönetimi ve Sekreterlik, altugcagatay@gop.edu.tr

3 Doktora Öğrencisi, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Sağlık Yönetimi, fgnpolat.58@hotmail.com

*scale consists of sub-dimensions of task crafting, cognitive crafting and relational crafting. The data obtained as a result of the questionnaire applied in the sample of Trabzon province were analyzed with the SPSS 26 package program. According to the results obtained, it was concluded that the cognitive and relational crafting levels of health care workers differed significantly according to the sector variable, and in this difference, the cognitive and relational crafting levels of those working in private health institutions were higher than those of public employees.*

***Key Words**: Job Crafting, Task Crafting, Cognitive Crafting*

## 1. Giriş

Günümüzde bir organizasyonun çevresel değişim ve dönüşüme uyum sağlayarak ayakta kalmasının, çalışanlarının performansına ve motivasyonuna bağlı olduğuna inanılmaktadır (de Beer vd., 2016). Çalışanların motivasyonunu ve organizasyonun rekabet avantajını elde etmesi, sadece fiziksel koşulların iyileştirilmesiyle değil aynı zamanda çalışanların durumuyla da ilişkilidir. Bundan ötürü, organizasyonun istenilen düzeye gelebilmesi için, çalışanların gerekli bilgi ve becerilere sahip olmaları gerektiği ifade edilmektedir (Gellatly vd., 2006).

İlk olarak Kulik (1987) tarafından ele alınan iş becerikliliği; bir çalışanın gününü, işini ve yaşamını oluşturan iş görevleri ve etkileşimleri, işi yapmak için kullandıkları hammadde olarak tanımlanmıştır (Wilzesniewski ve Dutton, 2001). İş becerikliliği, çalışanların iş becerilerini ve motivasyonunu arttırmak için fiziksel, bilişsel ve ilişkisel açıdan yapılan işlerin değiştirilmesini ve işin çalışanların kişisel özelliklerine uyumlu hale getirilmesini ifade eder (Ingusci vd., 2016; Wrzesniewski ve Dutton, 2001). Bu uyumun sağlandığı durumda, çalışan yaptığı işin kendisinin kontrolünde olduğunu hissedecek, çalışma ortamında aktif bir konumda olacaktır (Petrou vd., 2012). Slemp ve Vella-Brodrick'e (2013) göre ise iş becerikliliği, çalışanların işlerini kişisel çıkarları ve değerleri ile uyumlu hale getirmeye çalıştıkları informal bir durumu yansıtmaktadır. İş becerikliliğinin yüksek olduğu örgütlerde yöneticilerden ziyade çalışanlar daha ön planda olup aktif bir konumdadırlar. Buna göre, iş becerikliliğinin proaktif bir davranış yapısını yansıttığı ifade edilebilir (Berg vd., 2010; Grant ve Ashford, 2008).

### İş Becerikliliği Alanları

Slemp ve Vella-Brodrick (2013) iş becerikliliği alanlarını, görev becerikliliği, bilişsel beceriklilik ve ilişkisel beceriklilik olarak sınıflandırmaktadır. Görev becerikliliği, kişinin yeteneklerine uygun görevleri belirlemesi anlamına gelir (Slemp ve Vella-Brodrick (2013). Miller'e (2015) göre, çalışma hayatında ortaya konulan çabanın zamanını ve miktarını değiştirme faaliyetleri görev becerikliliğini gösterir. Buna göre, tükenmişlik yaşayan bir çalışanın daha az iş yapması veya farklı gö-

revlerde yer alması görev becerikliliğini yansıtır (Wrzesniewski ve Dutton, 2001). Çalışma ortamında, sevmediği işi yapmak zorunda olan çalışanların, kendilerine verilen görevler için daha az zaman ayırdığı veya bu işleri astlarına bıraktığı görülmektedir (Niessen vd., 2016). Görev becerikliliğinde, bu durumda olan çalışanın yaptığı görev ve faaliyetlerde değişiklikler ile bunların ilgi, ihtiyaç ve yeteneklerine uygun hale getirilmesi sağlanmaktadır (Slemp ve Vella-Brodrick, 2013).

Bilişsel beceriklilik, kişinin işini başkalarına yardım etmek için bir araç olarak görmesi anlamına gelir (Berg vd., 2008). Hastaneler açısından düşünüldüğünde, bir hasta bakıcısının kendisini, "hastaları koruyan" kişi olarak görmesi veya temizlik görevlisinin görevinin sadece temizlik olmadığını aynı zamanda hastaların iyileşmesinde yardımcı kişi olduğunu düşünmesi bilişsel beceriklilik kapsamında verilebilecek örneklerdendir (Mamak, 2018; Berg vd., 2013).

İlişkisel beceriklilik ise, diğer çalışanlarla olan ilişkiyi arttırmayı ifade eder (Niessen vd., 2016). İşyerlerinde çalışanın iyi anlaştığı kişilerle daha fazla yakınlık kurması buna karşın iyi anlaşamadığı kişilerle iletişim kurmaması veya iletişim kurmaktan kaçınması ilişkisel becerikliliği yansıtan durumlardır (Slemp ve Vella-Brodrick, 2013).

**Sağlık Çalışanlarında İş Becerikliliği**

Hizmet halitesi, sağlık hizmetlerinde önemli görülen alanlardan biridir. Sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesinin arzu edilen düzeye yükseltilmesi noktasında sağlık personeli, önemli misyona sahiptir (Talib vd., 2011). Sağlık Bakanlığı'nın 2018 yılında yayınladığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda da belirtildiği üzere sağlık hizmetlerinde personel azlığına karşın hizmete olan talep aşırı fazladır. Bundan ötürü de sağlık personelinden daha fazla performans beklenmektedir (Akçakanat ve Çarıkçı, 2016).

Marquis ve Houston'a (2015) göre, sağlık kuruluşları gibi hızlı uyum sağlaması ve değişime açık olması gereken kuruluşlarda, çalışanların iş becerikliliğine dönük attığı adımlar, kuruluşu rakiplerinden farklılaştırmakta ve müşteriler tarafından daha çok tercih edilmesini sağlamaktadır (Berg vd., 2013). Sağlık hizmetlerindeki yoğunluk ve hata kabul etmez bir yapıya sahip olmanın yanında çalışanların hasta ve yakınlarıyla iletişim halinde olunmasından ötürü çalışanlar açısından iş becerikliliği oldukça önem taşımaktadır (Demirel ve Derin, 2013). Örneğin, bir sağlık çalışanının görevi dışında hastayla kurduğu sağlıklı iletişim, çalışanın motivasyonunu ve iş tatminini artırmaktadır (Berg vd., 2013).

## 2. Yöntem

Çalışmanın bu kısmında, araştırmanın amacı ve hipotezleri ile araştırmanın modeli, evren ve örneklemi, veri toplama araçları ve verilerin analizi ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

### Araşırmanın Amacı ve Hipotezleri

Bu araştırmanın amacı, kamu ve özel sektörde çalışan sağlık çalışanlarının iş becerikliliği düzeyi ile demografik özellikler arasında anlamlı farklılığın tespit edilmesidir. Bu amaçla, araştırmada aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur:

$H_1$: İş becerikliliği ile çalışılan sektör arasında anlamlı bir farklılık vardır.

$H_2$: Kamu ve özel sektör çalışanlarının iş becerikliliği ile yaşları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

$H_3$: Kamu ve özel sektör çalışanlarının iş becerikliliği ile medeni durumları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

$H_4$: Kamu ve özel sektör çalışanlarının iş becerikliliği ile toplam çalışma süreleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

$H_5$: Kamu ve özel sektör çalışanlarının iş becerikliliği ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

$H_6$: Kamu ve özel sektör çalışanlarının iş becerikliliği ile idari görevi olma arasında anlamlı bir farklılık vardır.

$H_7$: Kamu ve özel sektör çalışanlarının iş becerikliliği ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

### Araştırmanın Modeli

Araştırma nicel desenli bir çalışma olup betimsel araştırma yöntemi kullanılmış ve tarama modeline uygun şekilde hazırlanmıştır. Tarama modellerinde, araştırmacının ele alınan konuya ilişkin geçmişte veya günümüzde var olan değişkenler üzerinde belirli kitlelerden veri toplanması amaçlanır (Karasar, 2012).

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2022 yılı itibariyle Trabzon ilindeki kamu ve özel hastanelerdeki sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi ise evren içerisinden tabakalı örnekleme yöntemi ile seçilenlerden oluşmaktadır. Tabakalı örnekleme yönteminde, örneklem hatasının azaltılarak evrenin daha iyi düzeyde temsil edilebilirliği sağlanır (Creswell ve Clark, 2016). Neuman ve Robson'a (2014) göre tabakalı örnekleme yöntemi, basit tesadüfi örneklemeye kıyasla daha küçük bir örneklem kitlesini, düşük maliyetle evreni daha iyi temsil etmektedir. Bernard'a (2011) göre tabakalı örnekleme yönteminin uygulanabilmesi için öncelikle evrenin tanımlayıcı bir değişkene göre birbirinden ayrışacak nitelikte ayrılması gerekmektedir. Bu kimi zaman cinsiyet, kimi zaman medeni durum kimi zaman da mesleki kıdem olabilmektedir (Cochran, 2007). Bu çalışmada, tabakalı örnekleme yöntemi için çalışılan sektör değişkeni baz alınmıştır.

Tabakalı örnekleme yöntemi, orantılı ve orantısız tabakalı örnekleme yöntemi olarak iki kısma ayrılmaktadır. Orantılı tabakalı örnekleme yönteminde her tabakadan, evren içerisindeki temsiliyeti nisbetinde örneklem seçilir (Bryman, 2007). Orantısız tabakalı örnekleme yönteminde ise, tabakaların evren içerisindeki temsiliyeti göz ardı edilerek eşit sayıda örneklem miktarı seçilir (Schmidt ve Hunter, 2014). Bu çalışmada orantısız tabakalı örnekleme yöntemi seçilmiştir. Araştırmaya 105 kamu, 105 özel sağlık kurumlarında olmak üzere toplam 210 kişi dahil edilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarını tanımlayıcı özellikler aşağıda sunulmuştur. Bu çalışma için Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulundan E-33490967-044-223829 sayılı 13. oturumunda 27. kararı ile etik kurul onayı alınmıştır.

**Tablo 1.** Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özellikleri

| | **Tüm Katılımcılar** | | **Kamu** | | **Özel** | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Yaş** | **Ort.** | **SS** | **Ort.** | **SS** | **Ort.** | **SS** |
| | 34,31 | 7,916 | 35,93 | 7,489 | 32,70 | 8,035 |
| **Cinsiyet** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| Erkek | 78 | 37,1 | 37 | 35,2 | 41 | 39,0 |
| Kadın | 132 | 62,9 | 68 | 64,8 | 64 | 61,0 |
| **Medeni Durum** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| Evli | 120 | 57,1 | 67 | 63,8 | 53 | 50,5 |
| Bekar | 90 | 42,9 | 38 | 36,2 | 52 | 49,5 |
| **Öğrenim Durumu** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| Önlisans | 42 | 20,0 | 18 | 17,1 | 24 | 22,9 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Lisans | 103 | 49,0 | 38 | 36,2 | 65 | 61,9 |
| Yüksek Lisans-Doktora | 65 | 31,0 | 49 | 46,7 | 16 | 15,2 |
| **Çalışma Süresi** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| 1-5 yıl | 46 | 21,9 | 26 | 24,8 | 20 | 19,0 |
| 6-10 yıl | 44 | 21,0 | 19 | 18,1 | 25 | 23,8 |
| 11-15 yıl | 47 | 22,4 | 22 | 21,0 | 25 | 23,8 |
| 16-20 yıl | 49 | 23,3 | 18 | 17,1 | 31 | 29,5 |
| 21 yıl ve üzeri | 24 | 11,4 | 20 | 19,0 | 4 | 3,8 |
| **İdari Görev** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| İdari görevim var | 36 | 17,1 | 14 | 13,3 | 22 | 21,0 |
| İdari görevim yok | 174 | 82,9 | 91 | 86,7 | 83 | 79,0 |

Araştırmaya katılan sağlık çalışanların kişisel özelliklerine bakıldığında, tüm katılımcıların yaş ortalamasının 34,31 olduğu görülmektedir. Yaş ortalaması kamuda çalışanlarda 35,93; özel sektörde çalışanlarda ise 32,70'dir. Katılımcıların cinsiyet dağılımlarında %37,1'inin erkek, %62,9'unun ise kadın olduğu görülmektedir. Kamuda çalışanların %35,2'sinin erkek, %64,8'inin kadın; özel sektörde çalışanların ise %39'unun erkek, %61'inin ise kadın olduğu görülmektedir. Katılımcıların medeni durum dağılımlarında %57,1'inin evli, %42,9'unun ise bekar olduğu görülmektedir. Kamuda çalışanların %63,8'inin evli, %36,2'inin bekar; özel sektörde çalışanların ise %50,5'inin evli, %49,5'inin ise bekar olduğu görülmektedir. Katılımcıların öğrenim durumu dağılımlarında %20'sinin önlisans mezunu olduğu, %49'unun lisans mezunu olduğu, %31'inin ise lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Kamuda çalışanların %17,1'inin önlisans mezunu olduğu, %36,2'sinin lisans mezunu olduğu, %46,7'sinin lisansüstü mezunu; özel sektörde çalışanların %22,9'unun önlisans mezunu olduğu, %61,9'unun lisans mezunu olduğu, %15,2'sinin lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların toplam çalışma süresi dağılımlarında %21,9'unun 1-5 yıl, %21'inin 6-10 yıl, %22,4'ünün 11-15 yıl, %23,3'ünün 16-20 yıl ve %11,4'ünün 21 yıl ve üzerinde çalışma süresine sahip olduğu görülmektedir. Kamuda çalışanların %24,89inin 1-5 yıl, %18,1'inin 6-10 yıl, %21'inin 11-15 yıl, %17,1'inin 16-20 yıl ve %19'unun 21 yıl ve üzerinde çalışma süresine sahip olduğu görülmektedir. Özel sektörde çalışanların ise %19'unun 1-5 yıl, %23,8'inin 6-10 yıl, %23,8'inin 11-15 yıl, %29,5'inin 16-20 yıl ve %3,8'inin 21 yıl ve üzerinde çalışma süresine sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların idari görev sahipliğine yönelik elde edilen sonuçlarda kamu ve özel sektörde çalışanların büyük çoğunluğunun idari görevinin olmadığı görülmektedir.

**Veri Toplama Araçları**

Araştırmada verilerin toplanması noktasında anket yöntemine başvurulmuştur. Anket içerisinde sağlık çalışanlarını tanımlayıcı nitelikte soruların yanında İş Becerikliliği Ölçeği yer almaktadır. İlk bölüm olan cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, toplam çalışma süresi, çalışılan sektör, meslek ve idari görev sahipliği ile ilgili sorular yer almaktadır. İş Becerikliliği Ölçeği ise, Slemp ve Vella-Brodrick (2013) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Kerse (2017) tarafından yapılmıştır. İş Becerikliliği içerisinde toplam 19 ifade yer almaktadır. Bu ifadeler görev becerikliliği (1,2,3,4,5,6, ve 7), bilişsel beceriklilik (8,9,10,11 ve 12) ve ilişkisel beceriklilik (13,14,15,16,17,18 ve 19) olmak üzere 3 alt boyuta karşılık gelmektedir. Ölçek, 1: Kesinlikle Katılmıyorum; 2: Katılmıyorum; 3: Kararsızım; 4: Katılıyorum ve 5: Kesinlikle Katılıyorum tarzında yapılandırılmıştır. Ölçeğe yapılan güvenilirlik analizinde cronbach alfa katsayısı görev becerikliliğinde 0,76; bilişsel beceriklilikte 0,86; ilişkisel beceriklilikte 0,84 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada söz konusu değerler sırasıyla 0,78; 0,84 ve 0,88 olarak tespit edilmiştir.

**Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler**

Bu çalışmada elde edilen verilerin güvenilirliklerinin tespiti noktasında Cronbach's Alpha katsayısına başvurulacaktır. Araştırmada elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk anlamlılık değerlerine bakılmıştır. Elde edilen değerin 0,05'ten küçük olması durumunda verilerin normal dağılıma uygun olmadığı; büyük olması durumunda ise verilerin normal dağılıma uygun olduğu kabul edilmiştir. Çalışmada verilerin normal dağılıma uygunluğu sağlanmadığından ötürü ikili karşılaştırmalarda Mann-Whitney U Testi, ikiden fazla değişkenin karşılaştırılmasında ise Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine ait tanımlayıcı istatistiklerde frekans dağılımına yer verilmiştir. Ölçek ve alt boyutlarının tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama ve standart sapma değerlerine yer verilmiştir.

## 3. Bulgular

Çalışmanın bu kısmında, kamu ve özel sektörde çalışanlardan elde edilen bulgular yer almaktadır. Bu kısımda ilk olarak verilerin normallik dağılımına yer verilmiş sonrasında görev becerikliliği, bilişsel beceriklilik ve ilişkisel beceriklilik düzeyine ait ortalama ve standart sapma değerlerine yer verilmiştir. Bölüm sonunda ise araştırmanın amacı kapsamında oluşturulan hipotez test sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 2.** Normallik Test Sonuçları

| | Tüm Katılımcılar | | | | | | Kamu | | | | | | Özel | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Kolmogorov-Smirnov | | | Shapiro-Wilk | | | Kolmogorov-Smirnov | | | Shapiro-Wilk | | | Kolmogorov-Smirnov | | | Shapiro-Wilk | | |
| | İstatistik | df | p | İstatistik | df | P | İstatistik | df | p | İstatistik | df | p | İstatistik | df | p | İstatistik | df | p |
| **Görev Becerikliliği** | ,114 | 210 | ,00 | ,950 | 210 | ,00 | ,118 | 105 | ,00 | ,942 | 105 | ,00 | ,117 | 105 | ,001 | ,946 | 105 | ,00 |
| **Bilişsel Beceriklilik** | ,137 | 210 | ,00 | ,935 | 210 | ,00 | ,123 | 105 | ,00 | ,946 | 105 | ,00 | ,150 | 105 | ,000 | ,914 | 105 | ,00 |
| **İlişkisel Beceriklilik** | ,123 | 210 | ,00 | ,940 | 210 | ,00 | ,126 | 105 | ,00 | ,929 | 105 | ,00 | ,119 | 105 | ,001 | ,937 | 105 | ,00 |

Anket uygulaması sonucu elde edilen verilerin normallik test sonuçlarına bakıldığında p anlamlılık düzeyinin 0,05'ten küçük olduğu görülmektedir. Bu değer, verilerin normal dağılıma uygun olmadığını göstermektedir. Bundan ötürü, çalışmada parametrik olmayan test yöntemleri kullanılmıştır.

**Tablo 3.** İş Becerikliliği Düzeyine Yönelik Elde Edilen Betimsel İstatistikler

| | Tüm Katılımcılar | | Kamu | | Özel | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Ort. | SS | Ort. | SS | Ort. | SS |
| **Görev Becerikliliği** | 3,78 | ,630 | 3,72 | ,613 | 3,85 | ,643 |
| **Bilişsel Beceriklilik** | 4,05 | ,684 | 3,91 | ,679 | 4,19 | ,664 |
| **İlişkisel Beceriklilik** | 3,97 | ,687 | 3,85 | ,694 | 4,08 | ,663 |

Yukarıdaki tabloda, görev becerikliliği, bilişsel beceriklilik ve ilişkisel becerikliliğe ait ortalama ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Tüm katılımcı grupları için görev becerikliliğinin ortalamasının 3,78; bilişsel becerikliliğin ortalamasının 4,05; ilişkisel becerikliliğinin ortalamasının ise 3,97 olduğu görülmektedir. Kamuda çalışanlarda görev becerikliliğinin ortalamasının 3,72; bilişsel becerikliliğin ortalamasının 3,91; ilişkisel becerikliliğinin ortalamasının ise 3,85 olduğu görülmektedir. Özel sektörde çalışanlarda görev becerikliliğinin ortalamasının 3,85; bilişsel becerikliliğin ortalamasının 4,19; ilişkisel becerikliliğinin ortalamasının ise 4,08 olduğu görülmektedir. Buna göre, tüm değişkenler bağlamında özel sektörde çalışanların iş beceriklilik düzeyinin daha yüksek olduğu ifade edilebilir.

### Araştırma Kapsamında Oluşturulan Hipotez Test Sonuçları

Bu kısımda, araştırmanın amacı doğrultusunda oluşturulan hipotez test sonuçları yer almaktadır.

**Tablo 4.** Çalışılan Sektöre Göre İş Becerikliliği Düzeyinin Karşılaştırma Sonuçları

| | Çalışılan Sektör | N | Sıralı Ort. | Sıralar Toplamı | Mann-Whitney U | P |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Görev Becerikliliği** | Kamu | 105 | 98,41 | 10333,50 | 4768,500 | ,09 |
| | Özel | 105 | 112,59 | 11821,50 | | |
| | Toplam | 210 | | | | |
| **Bilişsel Beceriklilik** | Kamu | 105 | 92,12 | 9673,00 | 4108,000 | ,00 |
| | Özel | 105 | 118,88 | 12482,00 | | |
| | Toplam | 210 | | | | |
| **İlişkisel Beceriklilik** | Kamu | 105 | 94,50 | 9922,00 | | |
| | Özel | 105 | 116,50 | 12233,00 | 4357,000 | ,01 |
| | Toplam | 210 | | | | |

Çalışılan sektöre göre iş becerikliliği düzeyinin karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında, görev becerikliliğinin anlamlı düzeyde farklılaşmadığı buna karşın bilişsel beceriklilik ve ilişkisel becerikliliğin anlamlı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir. Özel sektörde çalışanların bilişsel ve ilişkisel becerikliliklerinin kamuda çalışanlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 5.** Yaş ile İş Becerikliliği Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi Sonuçları

| | **Kamu** | **Özel** |
|---|---|---|
| **Görev Becerikliliği** | ,041 | ,066 |
| **Bilişsel Beceriklilik** | ,076 | ,021 |
| **İlişkisel Beceriklilik** | ,237* | ,034 |

* Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Yaş ile görev becerikliliği, bilişsel beceriklilik ve ilişkisel beceriklilik arasındaki korelasyon analizi sonuçlarında bakıldığında sadece kamuda çalışanlarda yaş ile ilişkisel beceriklilik arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

**Tablo 6.** Cinsiyete Göre İş Becerikliliği Düzeyinin Karşılaştırma Sonuçları

| | Kamu | | | | | | Özel | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Cinsiyet** | **N** | **Sıralı Ort.** | **Sıralar Toplamı** | **Mann-Whitney U** | **p** | **Cinsiyet** | **N** | **Sıralı Ort.** | **Sıralar Toplamı** | **Mann-Whitney U** | **p** |
| **Görev Becerikliliği** | Erkek | 37 | 57,03 | 2110,00 | 1109,000 | ,32 | Erkek | 41 | 56,62 | 2321,50 | 1163,500 | ,33 |
| | Kadın | 68 | 50,81 | 3455,00 | | | Kadın | 64 | 50,68 | 3243,50 | | |
| | Toplam | 105 | | | | | Toplam | 105 | | | | |
| **Bilişsel Beceriklilik** | Erkek | 37 | 55,96 | 2070,50 | 1148,500 | ,46 | Erkek | 41 | 58,90 | 2415,00 | 1070,000 | ,11 |
| | Kadın | 68 | 51,39 | 3494,50 | | | Kadın | 64 | 49,22 | 3150,00 | | |
| | Toplam | 105 | | | | | Toplam | 105 | | | | |
| **İlişkisel Beceriklilik** | Erkek | 37 | 56,05 | 2074,00 | 1145,000 | ,45 | Erkek | 41 | 57,28 | 2348,50 | 1136,500 | ,25 |
| | Kadın | 68 | 51,34 | 3491,00 | | | Kadın | 64 | 50,26 | 3216,50 | | |
| | Toplam | 105 | | | | | Toplam | 105 | | | | |

Cinsiyet ile iş becerikliliği düzeyinin karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında, kamuda ve özel sektörde çalışanlar bağlamında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

**Tablo 7.** Medeni Duruma Göre İş Becerikliliği Düzeyinin Karşılaştırma Sonuçları

| | Kamu | | | | | | Özel | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Medeni Durum** | **N** | **Sıralı Ort.** | **Sıralar Toplamı** | **Mann-Whitney U** | **p** | **Medeni Durum** | **N** | **Sıralı Ort.** | **Sıralar Toplamı** | **Mann-Whitney U** | **p** |
| **Görev Becerikliliği** | Evli | 67 | 51,21 | 3431,00 | 1153,000 | ,42 | Evli | 53 | 56,54 | 2996,50 | 1190,500 | ,23 |
| | Bekar | 38 | 56,16 | 2134,00 | | | Bekar | 52 | 49,39 | 2568,50 | | |
| | Toplam | 105 | | | | | Toplam | 105 | | | | |
| **Bilişsel Beceriklilik** | Evli | 67 | 52,63 | 3526,50 | 1248,500 | ,87 | Evli | 53 | 54,56 | 2891,50 | 1295,500 | ,59 |
| | Bekar | 38 | 63,64 | 2038,50 | | | Bekar | 52 | 51,41 | 2673,50 | | |
| | Toplam | 105 | | | | | Toplam | 105 | | | | |
| **İlişkisel Beceriklilik** | Evli | 67 | 56,13 | 3760,50 | 1063,500 | ,16 | Evli | 53 | 54,11 | 2868,00 | 1319,00 | ,70 |
| | Bekar | 38 | 47,49 | 1804,50 | | | Bekar | 52 | 51,87 | 2697,00 | | |
| | Toplam | 105 | | | | | Toplam | 105 | | | | |

Medeni durum ile iş becerikliliği düzeyinin karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında, kamuda ve özel sektörde çalışanlar bağlamında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

**Tablo 8.** Öğrenim Durumuna Göre İş Becerikliliği Düzeyinin Karşılaştırma Sonuçları

| | Öğrenim Durumu | N | Sıralı Ort. | Kruskal-Wallis H | p | Öğrenim Durumu | N | Sıralı Ort. | Kruskal-Wallis H | p | Fark |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Görev Becerikliliği** | **Ön lisans** | **18** | **54,03** | **5,659** | **,06** | **Ön lisans** | **24** | **55,52** | **5,996** | **,05** | **Lisans mezunu-Yüksek Lisans/ Doktora** |
| | Lisans | 38 | 44,03 | | | Lisans | 65 | 48,23 | | | |
| | Yüksek Lisans-Doktora | 49 | 59,58 | | | Yüksek Lisans-Doktora | 16 | 68,59 | | | |
| | Toplam | 105 | | | | Toplam | 105 | | | | |
| **Bilişsel Beceriklilik** | Ön lisans | 18 | 54,22 | ,803 | ,67 | Ön lisans | 24 | 51,04 | 1,914 | ,38 | |
| | Lisans | 38 | 49,53 | | | Lisans | 65 | 51,36 | | | |
| | Yüksek Lisans-Doktora | 49 | 55,24 | | | Yüksek Lisans-Doktora | 16 | 62,59 | | | |
| | Toplam | 105 | | | | Toplam | 105 | | | | |
| **İlişkisel Beceriklilik** | Ön lisans | 18 | 57,78 | ,759 | ,68 | Ön lisans | 24 | 51,48 | ,362 | ,83 | |
| | Lisans | 38 | 50,30 | | | Lisans | 65 | 52,56 | | | |
| | Yüksek Lisans-Doktora | 49 | 53,34 | | | Yüksek Lisans-Doktora | 16 | 57,06 | | | |
| | Toplam | 105 | | | | Toplam | 105 | | | | |

Öğrenim durumu ile iş becerikliliği düzeyinin karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında, sadece özel sektörde çalışanlar bağlamında görev becerikliliğinin anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Bu kısımda ortaya çıkan farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun tespiti amacıyla başvurulan LSD çoklu karşılaştırma test sonuçlarına bakıldığında ise lisans mezunu olanların görev becerikliliği ile yüksek lisans-doktora mezunu olanların görev becerikliliği arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir.

**Tablo 9.** Çalışma Süresine Göre İş Becerikliliği Düzeyinin Karşılaştırma Sonuçları

| | Kamu | | | | | Özel | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Çalışma Süresi** | **N** | **Sıralı Ort.** | **Kruskal-Wallis H** | **p** | **Çalışma Süresi** | **N** | **Sıralı Ort.** | **Kruskal-Wallis H** | **p** |
| **Görev Becerikliliği** | 1-5 yıl | 26 | 55,77 | 1,353 | ,85 | 1-5 yıl | 20 | 49,85 | ,955 | ,81 |
| | 6-10 yıl | 19 | 47,42 | | | 6-10 yıl | 25 | 57,92 | | |
| | 11-15 yıl | 22 | 52,59 | | | 11-15 yıl | 25 | 52,60 | | |
| | 16-20 yıl | 18 | 57,56 | | | 16 yıl ve üzeri | 35 | 51,57 | | |
| | 21 yıl ve üzeri | 20 | 51,05 | | | Toplam | 105 | | | |
| | Toplam | 105 | | | | | | | | |
| **Bilişsel Beceriklilik** | 1-5 yıl | 26 | 59,42 | 8,062 | ,09 | 1-5 yıl | 20 | 50,30 | 5,998 | ,11 |
| | 6-10 yıl | 19 | 38,11 | | | 6-10 yıl | 25 | 59,82 | | |
| | 11-15 yıl | 22 | 58,27 | | | 11-15 yıl | 25 | 41,50 | | |
| | 16-20 yıl | 18 | 46,47 | | | 16 yıl ve üzeri | 35 | 57,89 | | |
| | 21 yıl ve üzeri | 20 | 58,88 | | | Toplam | 105 | | | |
| | Toplam | 105 | | | | | | | | |
| **İlişkisel Beceriklilik** | 1-5 yıl | 26 | 51,38 | 7,531 | ,11 | 1-5 yıl | 20 | 50,00 | 3,177 | ,37 |
| | 6-10 yıl | 19 | 38,37 | | | 6-10 yıl | 25 | 57,98 | | |
| | 11-15 yıl | 22 | 63,02 | | | 11-15 yıl | 25 | 45,02 | | |
| | 16-20 yıl | 18 | 52,83 | | | 16 yıl ve üzeri | 35 | 56,86 | | |
| | 21 yıl ve üzeri | 20 | 58,13 | | | Toplam | 105 | | | |
| | Toplam | 105 | | | | | | | | |

Toplam çalışma süresi ile iş becerikliliği düzeyinin karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında, kamuda ve özel sektörde çalışanlar bağlamında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

**Tablo 10.** İdari Görev Sahipliğine Göre İş Becerikliliği Düzeyinin Karşılaştırma Sonuçları

| | Kamu | | | | | | Özel | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **İdari Görev Sahipliği** | **N** | **Sıralı Ort.** | **Sıralar Toplamı** | **Mann-Whitney U** | **p** | **İdari Görev Sahipliği** | **N** | **Sıralı Ort.** | **Sıralar Toplamı** | **Mann-Whitney U** | **p** |
| **Görev Becerikliliği** | İdari görevim var | 14 | 60,04 | 840,50 | 538,500 | ,35 | İdari görevim var | 22 | 59,82 | 1316,00 | 763,000 | ,24 |
| | İdari görevim yok | 91 | 51,92 | 4724,50 | | | İdari görevim yok | 83 | 51,19 | 4249,00 | | |
| | Toplam | 105 | | | | | Toplam | 105 | | | | |
| **Bilişsel Beceriklilik** | İdari görevim var | 14 | 67,71 | 948,00 | 431,000 | ,05 | İdari görevim var | 22 | 57,61 | 1267,50 | 811,500 | ,42 |
| | İdari görevim yok | 91 | 50,74 | 4617,00 | | | İdari görevim yok | 83 | 51,78 | 4297,50 | | |
| | Toplam | 105 | | | | | Toplam | 105 | | | | |
| **İlişkisel Beceriklilik** | İdari görevim var | 14 | 74,43 | 1042,00 | 337,000 | ,00 | İdari görevim var | 22 | 64,55 | 1420,00 | 659,000 | ,04 |
| | İdari görevim yok | 91 | 49,70 | 4523,00 | | | İdari görevim yok | 83 | 49,94 | 4145,00 | | |
| | Toplam | 105 | | | | | Toplam | 105 | | | | |

İdari görev sahipliği değişkenine göre yapılan karşılaştırma sonucuna bakıldığında, kamuda çalışanlar bağlamında bilişsel beceriklilik ve ilişkisel becerikliliğin anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir. Bu kısımda, idari görevi olanların görev beceriklilik düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. İlişkisel beceriklilik düzeyinde de benzer şekilde idari görevi olanların ilişkisel beceriklilik düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Özel sektör bağlamında ise sadece ilişkisel beceriklilik düzeyinin anlamlı düzeyde farklılaştığı ve bu farklılıkta idari görevi olanların ilişkisel becerikliliklerinin daha yüksek olduğu görülmektedir.

## 4. Tartışma ve Sonuç

Trabzon ilindeki kamu ve özel hastanelerdeki sağlık çalışanlarının iş becerikliliği düzeylerinin karşılaştırıldığı bu çalışmada, araştırma sonuçlarının bazı değişkenler açısından literatürü desteklediği bazı değişkenler açısından ise farklı bulgular ortaya koyduğu görülmüştür. Çalışmada, çalışma süresi ile iş becerikliliği düzeyinin karşılaştırma sonuçlarında, kamuda ve özel sektörde çalışanlar bağlamında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Benzer olarak Aslan ve Güzel(2020)'in 700 sağlık çalışanı üzerinde yapmış olduğu araştırmada cinsiyet, medeni durum ve çalışma süresi değişkenleri açısından iş becerikliliği arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışmada, yaş ile iş becerikliliği arasındaki ilişkinin tespitine yönelik elde edilen sonuçlarda, kamuda çalışanlar bağlamında yaş ile ilişkisel beceriklilik arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Aslan ve Güzel (2020)'in çalışmasında ise yaşa göre iş becerikliliğinin tüm alanlarında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Çalışmada elde edilen bulguda, cinsiyet ile iş becerikliliği arasında anlamlı farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, sağlık çalışanlarının kadın veya erkek olmalarına bakılmaksızın iş becerikliliği düzeylerinin birbirine yakın olduğu ifade edilebilir. Elde edilen bu sonuç, Aslan ve Güzel (2020)'in çalışmasında elde edilenlerle benzerlik göstermektedir. Çevik Tekin(2021)'in sanayi sektöründe 416 çalışan ile yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların iş becerikliliği puanlarının cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada, erkeklerin iş becerikliliği düzeyleri kadınlardan istatistiki olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Çevik Tekin(2021)'nin çalışmasında diğer bir bulgu ise, medeni duruma göre katılımcıların iş becerikliliği istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği raporlanmıştır. Bekâr katılımcıların iş becerikliliği algıları evlilerden istatistiki olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Ancak yaş ve eğitim durumuna göre

ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Nazari (2020) ve Aydın'ın (2020) yaptıkları çalışmada iş becerikliliği ile cinsiyet, yaş ve medeni durum arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Sonuç olarak bu çalışmada sağlık çalışanlarının cinsiyet, medeni durum, toplam çalışma süresi bakımından iş beceriklilik düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. Bununla beraber, yaş ile ilişkisel beceriklilik arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu ve kamuda çalışanlar açısından idari görevi olanların ilişkisel ve bilişsel becerikliliğin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaşa göre kamuda çalışanlar özel sektörde çalışanlara göre ilişkisel becerileri pozitif yönde anlamlı çıkmıştır.

Araştırma sonuçları iş becerikliliğinin demografik değişkenlere göre literatürü bazı noktalarda desteklerken bazı noktalarda farklı bulgular ortaya koymuştur. Öğrenim durumu bakımından sağlık çalışanlarının eğitim düzeyine göre görev becerikliliğinin anlamlı olmasından dolayı, sağlık çalışanlarının daha iyi eğitim ve daha fazla uygulamalar yapması önerilir. Bu bağlamda iş becerikliliğinin yüksek olması sağlık çalışanlarının daha iyi performanslı, etkin ve verimli çalışmasının sağlanacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bunlardan biri olarak, araştırmanın sadece Trabzon ilindeki kamu ve özel sağlık kurumlarında gerçekleştiği göz önüne alındığında, gelecekteki araştırmalarda farklı illerde yeni çalışmalar yapılabilir. Son olarak, iş becerikliliğini kamu ve özel sektör bağlamında ele alan çalışmaların sayıca az olduğu göz önüne alındığında, bu alanda daha çok çalışmanın yapılması önerilmektedir.

## Kaynakça


Akçakanat, T., ve Çarıkçı, İ.H. (2016). Sağlık kurumlarında performansa dayalı ödeme sistemi: üniversite hastanelerinde çalışan öğretim üyeleri üzerine bir araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 21(3), 865-892.

Aslan, Ş., & Güzel, Ş. (2020). İş Becerikliliği, Çalışmaya Tutkunluk, Örgütsel Erdemlilik, Duygusal Öz Yeterlik Ve Duygusal Zekâ Değişkenlerinin Sosyo-Demografik Açıdan Farklılıkları. *Ekev Akademi Dergisi*, (82), 435-462.

Aydın, K.(2020). İş becerikliliğinin iş tatmininin üzerindeki etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Bahçeşehir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Berg JM, Dutton JE, Wrzesniewski A, 2013. Job crafting and meaningful work. B. J. Dik, Z. S. Byrne ve M. F. Steger (Der.). Purpose and meaning in the workplace, Washington, DC: American Psychological Association, 81-104.

Berg, J.M., Wrzesniewski, A., ve Dutton, J.E. (2010). Perceiving and responding to challengesin job crafting at different ranks: When proactivity requires adaptivity. *Journal of Organizational Behavior*, 31, 158-186.

Bernard, H. R. (2011). Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches. New York: Rowman Altamira.

Bryman, A. (2007). Barriers to Integrating Quantitative and Qualitative Research. Journal of Mixed

Methods Research, 1(1), 8-22.

Cochran, W. G. (2007). Sampling Techniques. New York: John Wiley & Sons.

Creswell, J. W. & Clark, V. L. P. (2016). Designing and Conducting Mixed Methods Research. New York: Sage.

Çevik Tekin, İ. (2021). İş Becerikliliğine Kişi-Örgüt Uyumunun Etkisi: Konya Organize Sanayi Bölgesi Örneği. Pearson Journal Of Socıal.6(11), 403-414.

De Beer, L.T., Tims, M., ve Bakker, A.B.(2016). Job crafting and its impact on work engagement and job satisfaction in mining and manufacturing. *South African Journal of Economic and Management Sciences*, 19(3), 400-412.

Demirel, E.T., Derin, N. (2013). Sağlık hizmetlerinde kalitenin göstergesi olan hasta memnuniyetine yönelik ölçek geliştirme çalışması. *International Journal of Social Science*, 6(2), 1111-1130.

Gellatly, I.R. Meyer, J.P., Luchak, A.A.(2006). Combined effects of the three commitment components on focal and discretionary behaviors: A test of Meyer and Herscovitch's propositions. *Journal of Vocational Behavior*, 69(2), 331-345.

Grant, A.M.,ve Ashford, S.J., (2008). The dynamics of proactivity at work. *Research in Organizational Behavior*, 28, 3-34.

Ingusci, E., Callea, A., Chirumbolo, A., ve Urbini, F.(2016). Job crafting and job satisfaction in a sample of Italian teachers: the mediating role of perceived organizational support. *Electronic Journal of Applied Statistical Analysis*, 9(4), 675-687.

Karasar, N. (2012). Bilimsel Araştırma Yöntemleri, Nobel Yayınları, Ankara.

Kerse, G.(2017). İş Becerikliliği (Job Crafting) Ölçeğini Türkçe'ye uyarlama ve duygusal tükenme ile ilişkisini belirleme. İşletme Araştırmaları Dergisi, 9(4), 283-304.

Mamak YB, 2018. Proaktif kişiliğin iş becerikliği, iş performansı ve duygusal bağlılık üzerindeki etkileri. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Marquis BL, Huston CL, 2015. Leadership roles and management functions in nursing (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Miller ML, 2015. Relationships between job design, job crafting, idiosyncratic deals, and psychological empowerment. Walden University, College of Management and Technology, Minneapolis.

Nazarı, A. R. (2020). İş Becerikliliği Ve Tatmini Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli.

Neuman, W. L. & Robson, K. (2014). Basics Of Social Research. Toronto: Pearson Canada.

Niessen C, Weseler D, Kostova P, 2016. When and why do individuals craft their jobs? The role of individual motivation and work characteristics for job crafting. Human Relations, 69(6), 1287-1313.

Petrou, P., Demerouti, E., ve Xanthopoulo, D. (2016). Regular versus cutback-related change: The role of employee job crafting in organizational change contexts of different nature. *International Journal of Stress Management*, 24, 62-85.

Schmidt, F. L. & Hunter, J. E. (2014). Methods Of Meta-Analysis: Correcting Error And Bias In Research Findings. New York: Sage.

Slemp, G.R., ve Vella-Brodrick, D.A.(2013). The job crafting questionnaire: a new scale to measure the extent to which employees engage in job crafting. *International Journal of Wellbeing*, 3(2), 126-146.

Talib, F., Rahman, Z., Azam, M. (2011). Best practices of total quality management ımplementation in health care settings. Health Marketing Quarterly, 28, 232-252.

Wrzesniewski, A.,ve Dutton, J.E.(2001). Crafting a job: As active employees revisioning crafters of their work. *Academy of Management Review*, 26(2), 179-201.

# BİREYLERİN HASTA HAKLARI KULLANIM TUTUMLARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

Hasan Fehmi Demirci [1], Polat Tunçer [2]

***Özet***

*Bu çalışmanın amacı bireylerin hasta hakları kullanma tutumlarının demografik değişkenlere göre incelenmesidir. Araştırmada nicel araştırma deseni kullanılmış olup Türkiye'de yaşayan 18-65 yaş aralığındaki 396 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak sosyodemografik bilgi formu ve Erbil (2009) tarafından geliştirilen Hasta Haklarını Kullanma Tutumu Ölçeği kullanılmıştır. Veriler online anket yöntemi kullanılarak toplanmış ve elde edilen verilerin analizinde parametrik testlerden Bağımsız Örneklem T Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi) testi uygulanmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre bireylerin cinsiyet, yaş ve meslek durumu ile hasta haklarını kullanma tutumu arasında fark vardır. Kadınların, 18-27 ve 28-36 yaş grubunda olanların ve sağlık sektörü çalışanlarının hasta haklarını kullanma tutum puanı daha yüksektir. Katılımcıların medeni durum, gelir durumu, eğitim durumu ve sağlık durumu ile hasta hakları kullanma tutumları arasında bir fark yoktur. Araştırmada kullanılan ölçeğe ilişkin toplam puan ortalamaları 117,17±15,28'dir. Sonuç olarak bireylerin hasta haklarını kullanma tutumlarının yüksek düzeyde olduğu ve bazı demografik değişkenlere göre farklılaştığı tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda bireylerin hasta hakları kullanım tutumları arasındaki cinsiyet, yaş ve meslek değişkenlerinden kaynaklanan farkın toplumsal açıdan ortadan kaldırılması için çalışmalar yürütülmesi önerilmektedir.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Hasta Hakları, Tutum, Demografik Değişken*

1 Arş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, hasanfehmi.*demirci*@omu.edu.tr

2 Doç. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, polat.tuncer@omu.edu.tr

# A STUDY ON DETERMINING INDIVIDUALS' ATTITUDES TO USE OF PATIENT RIGHTS


***Abstract***

*This study aims to examine the attitudes of individuals to use patient rights according to demographic variables. A quantitative research design was used in the study and 396 participants between the ages of 18-65 living in Turkey were included in the study. The sociodemographic information form and Patient Attitudes to Use the Rights Scale developed by Erbil (2009) were used as data collection tools. The data were collected using the online survey method and the Independent Sample T-Test and One-Way ANOVA test, which are parametric tests, were applied in the analysis of the obtained data. According to the findings obtained from the research, there is a difference between the gender, age and occupational status of individuals and their attitudes to use patient rights. The attitude score of women, 18-27 and 28-36 age group and health sector workers to use patient rights is higher. There is no difference between the participant's marital status, income status, educational status and health status and their attitudes to using patient rights. The total mean score of the scale used in the study was 117.17±15.28. As a result, it has been determined that the attitudes of individuals to use patient rights are at a high level and differ according to some demographic variables. As a result of the research, it is suggested that studies should be carried out to eliminate the difference between the patient's rights usage attitudes of individuals due to gender, age, and occupation variables from a social point of view.*



***Key Words:*** *Patient Rights, Attitude, Demographic Variable*


## 1. Giriş

İnsan haklarının, herhangi bir önyargı olmaksızın bu dünyadaki her insanın doğuştan itibaren kazandığı hak ve özgürlükler olduğuna inanılmaktadır (Puttaraj vd., 2020). Kuşkusuz hasta hakları da bu hakların içerisinde en önemli ve vazgeçilmez haklardandır. Hasta hakları, temel sağlık hakkının ayrılmaz bir parçası olup hastanın tedavi sürecinde ihtiyaç duyduğu bakımı, tedaviyi, desteği ve hizmeti alma hakkı olarak ifade edilebilir (Roth-Cohen vd., 2021). Geniş anlamda hasta hakları, tanımlanmış insan haklarının özel bir durumudur. Hastanın tedavi sürecinden neler bekleyebileceğini ve sağlık sistemi ile olan teması esnasındaki durumunu belirler (Kiełbasa & Niedzielski, 2015).

Hasta hakları, iyi bir sağlık düzeyi için hem hastanın hem de sağlık çalışanlarının dikkatle üzerinde durması gereken konularından biridir (Özer vd., 2009: 20). Bireylerin sağlıklı bir şekilde yaşamını sürdürmesi, sağlıklarını korumaları ve

sağlık düzeylerinin yükseltilmesi için gerekli çalışmaların yapılması temel hakları arasında yer alır. Hasta hakları yaşama hakkı ile bağlantılıdır. Bu haklar, insan olmanın getirdiği özelliklerden dolayı kazanılmakta ve başkasına devredilememektedir (Soysal ve Mahanoğlu, 2018: 139). Dolayısıyla hasta hakları, sağlık sistemi kullanımı esnasında, iyi bir sağlık düzeyine ulaşılmasında ve bu sağlık düzeyinin korunmasında önemli olan ve bireylerin bu hakkı kullanmaları yönünde olumlu bir tutum geliştirmesi gereken özel haklar arasında yer almaktadır.

Townand ve arkadaşları (2016) hasta haklarına ilişkin beş kategori belirlemiştir. Birincisi *bireysel haklar* olarak ifade edilmekte ve bireye sunulan özgürlükleri içermektedir. İkincisi *tüketiciye dayalı haklar*dır ve bunlar ekonomik ilişkileri ifade etmektedir. Üçüncüsü *sosyal haklar olup* devlet ve vatandaş arasındaki sözleşmeden doğan haklardır. Dördüncüsü *prosedürel hasta hakları*, beşincisi ise *bilgilendirici hasta hakları*dır. Son iki kategori kesişmekte ve ilk üç hasta hakları kategorisinin uygulanmasına yardımcı olmaktadır. Sonuç itibarıyla hasta hakları, bireysel haklardan, tüketiciye dayalı haklardan, ekonomik haklardan ve sosyal haklardan bağımsız olarak düşünülemez. Sağlık teknolojileri alanında yaşanan değişim ve gelişim, sağlık hizmetlerinin sunumunda ortaya çıkan değişiklikler hasta haklarında yeniliklerin yaşanmasına sebep olmuştur (Önal ve Civaner, 2005). Türkiye'de de hasta haklarına ilgi artmış ve bu konuda mevzuat hazırlanmış, Sağlık Bakanlığı bünyesinde birimler oluşturulmuştur.

Sağlık profesyonelleri, sağlık hizmetleri sunumunda üzerine düşen sorumlulukları yerine getirmek, güvenilir hizmet sunmak ve hizmet sunum sürecinde hastaların isteklerini ve haklarını göz önünde bulundurmak zorundadır (Soysal ve Mahanoğlu, 2018: 140). Sağlık hizmeti sunan profesyonellerin hasta haklarına yönelik tutumları kadar bireylerin de hasta haklarına yönelik anlayışları ve sağlık hizmetleri kullanımları sırasında hangi haklara sahip olduğunu bilmeleri, bu konudaki tutum ve davranışları da önemlidir (Erbil, 2009: 828). Dolayısıyla hasta haklarının korunması ve buna yönelik güvenli hizmet alınması hem sağlık hizmet sunucusunun hem de hastaların ortak sorumluluğundadır. Hasta güvenliği açısından geleneksel hiyerarşik bir ilişkide, hastalar sağlık hizmeti sağlayıcıları ile açık iletişim kurmaktan kaçınabilir veya sağlık hizmeti sağlayıcıları, bakım arayan kişilere derinlemesine bilgi vermeyebilir. Bu açık iletişim eksikliği, hastaları sağlık hizmetiyle ilgili hataların önlenmesi ile ilgili davranış sergilemekten vazgeçirebilir ve bu durum hasta güvenliği üzerinde olumsuz etkide bulunabilir (Putturaj vd., 2020: 2). Bu noktada, hasta güvenliğinin olumsuz bir şekilde etkilenmemesi için hasta ve sağlık hizmeti sağlayıcısı arasında etkin bir iletişim şarttır. Kurulacak olan bu iletişim esnasında bireyin haklarının farkında olması kaliteli bir iletişimin sağlanmasına katkıda bulunması bakımından önem arz eden bir konudur. Ayrıca etkin bir iletişim hastaların haklarının ihmal edilmesini önlemektedir.

Sağlık hizmeti kullanım sürecinde hastalar birçok yönden etkilenebilmektedir. Sağlık hizmetlerinin kimi durumlarda maliyeti yüksek olabilir. Hastalar bazı

durumlarda fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik anlamda çeşitli zorluklarla karşılaşabilmektedir (Öztaş ve İyigün, 2016: 257). Bu tip durumlar, hastalarda strese neden olmakta ve hastaların kendileri için iyi olanı seçememelerine, sağlık hizmetini kullanımlarından dolayı ortaya çıkan haklarını kullanamamalarına neden olabilmektedir (Özer vd., 2009: 21). Diğer taraftan hastaların kendi haklarının farkında olmaları; karar alma sorumluluklarına hekimle birlikte katılmalarını sağlayarak, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma, maliyetleri azaltma, tedavi süresini ve hastanede kalınan süreyi kısaltma noktasında birçok olumlu sonucun ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Nematollahi & Fesharaki, 2000: 62; Mohammed vd., 2018: 146). Dolayısıyla bireylerin sağlık hizmeti kullanımı esnasında haklarının ne olduğunun bilincinde olmaları önem arz eden konulardandır. Bu nedenle, çalışmada bireylerin hasta hakları kullanma konusunda sahip oldukları tutumun değerlendirilmesi ve bu tutumun demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

## 2. Gereç ve Yöntem

### 2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada 18 yaş ve üzeri bireylerin hasta hakları kullanma tutumlarının bazı demografik değişkenlere göre incelenmesi amaçlanmaktadır.

### 2.2. Veri Toplama Araçları

Çalışma kapsamında veri toplama aracı olarak sosyodemografik bilgi formu ve Erbil'in (2009) geliştirdiği "Hasta Haklarını Kullanma Tutumu Ölçeği (HHKTÖ)" kullanılmıştır. 5'li Likert tipinde olan ölçek, 7 alt boyut ve 29 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısının 0,88 olduğu belirlenmiştir (Erbil, 2009).

**Tablo 1.** Araştırmada Kullanılan Ölçeğe İlişkin Güvenilirlik Analizi

| Ölçek | Madde Sayısı | Cronbach's Alpha |
|---|---|---|
| HHKTÖ | 29 | 0,901 |

Tablo 1'e göre HHKTÖ'nün Cronbach's Alpha Katsayısı 0,901 olarak bulunmuştur. Bu değer ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısının oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir.

### 2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye'de yaşayan 18-65 yaş aralığındaki bireyler oluşturmaktadır. Örneklem seçiminde kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Al-

tunışık ve diğerlerine (2012) göre 100.000 ve üzeri her evren büyüklüğü için 384 örneklem büyüklüğü yeterli olmaktadır. Bu nedenle, çalışmada örneklem sayısı 384 olarak belirlenmiş ve 396 katılımcıya ulaşılmıştır. Veriler Mayıs 2022-Ağustos 2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

### 2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizinde SPSS 25.0 paket programından faydalanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ilk aşamada normalliğe bakılmıştır. Verilerin normal dağılması neticesinde parametrik testlerden Bağımsız Örneklem T Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi testinden faydalanılmıştır. Ayrıca tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir.

### 2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma 18-65 yaş aralığındaki 396 kişiden elde edilen verilerle sınırlıdır. Bu nedenle sonuçlar Türkiye genelindeki 18-65 yaş aralığındaki kişilere genellenemez. Veriler, araştırmada kullanılan ölçekteki sorularla ve analizde kullanılan istatistiksel analizlerle sınırlıdır.

### 2.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma kapsamında gerekli olan etik izin alınmıştır. Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'nun 29.04.2022 tarihli ve 2022-384 sayılı etik izni kapsamında gerçekleştirilmiştir

## 3. Bulgular

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen analizler sonucunda elde edilen bulgular aşağıda tablolar halinde sunulmuştur.

**Tablo 2.** Tanımlayıcı İstatistikler

| Ölçek | Minimum | Maximum | Ort/Ss. |
|---|---|---|---|
| HHKTÖ | 2,17 | 5,00 | 4,04±·,52 |

Araştırmaya katılan bireylerin ölçekten aldıkları puanlara ait istatistikler tablo 2'de sunulmuştur. HHKTÖ'de ortalama puan 4,04±0,52, minimum değer 2,17, maksimum değer ise 5 olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 3.** Demografik Bulgular

| Özellikler (n=396) | | n | Yüzde |
|---|---|---|---|
| **Cinsiyet** | Kadın | 258 | 65,2 |
| | Erkek | 138 | 34,8 |
| **Yaş** | 18-27 | 150 | 37,9 |
| | 28-36 | 118 | 29,8 |
| | 37-45 | 60 | 15,2 |
| | ≥46 | 68 | 17,2 |
| **Medeni Durum** | Evli | 190 | 48,0 |
| | Bekar | 206 | 52,0 |
| **Meslek** | Akademisyen | 102 | 25,8 |
| | Öğretmen | 41 | 10,4 |
| | Sağlık Sektörü Çalışanı | 31 | 7,8 |
| | Beyaz Yaka | 74 | 18,7 |
| | Mavi Yaka | 43 | 10,9 |
| | Öğrenci | 60 | 15,2 |
| | Ev hanımı | 28 | 7,1 |
| | Diğer (Emekli, Çalışmıyor) | 17 | 4,3 |
| **Gelir Durumu** | ≤5500 ₺ | 126 | 31,8 |
| | 5501-11000 ₺ | 146 | 36,9 |
| | ≥11001 ₺ | 124 | 31,3 |
| **Eğitim Durumu** | Lisans Öncesi | 78 | 19,7 |
| | Lisans | 136 | 34,3 |
| | Lisansüstü | 182 | 46,0 |
| **Sağlık Durumu** | Kötü | 12 | 3,0 |
| | Orta | 124 | 31,3 |
| | İyi | 224 | 56,6 |
| | Çok İyi | 36 | 9,1 |

Tablo 3'de araştırmaya katılanların demografik bilgileri gösterilmektedir. Katılımcıların %65,2'si kadın, %52'si bekar, %37,9'u 18-27 yaş aralığındadır. Katılımcıların %25,8'i akademisyen, %36,9'u 5501-11000 ₺ gelire sahiptir. Katılımcıların %46'sı lisansüstü eğitim derecesine sahip olup %56'6'sı sağlığını iyi olarak değerlendirmektedir.

**Tablo 4.** Bireylerin Hasta Haklarını Kullanma Tutumlarının Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi

| Özellikler (n=396) | | n | Ort.±Ss. | Test değeri | p değeri | Anlamlılık |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Cinsiyet*** | Kadın | 258 | 4,09±0,51 | t= 2,800 | **0,005** | |
| | Erkek | 138 | 3,94±0,54 | | | |
| **Yaş**** | 18-27[a] | 150 | 4,13±0,47 | F=7,227 | **0,000** | a,b>d*** |
| | 28-36[b] | 118 | 4,07±0,53 | | | |
| | 37-45[c] | 60 | 4,01±0,58 | | | |
| | ≥46[d] | 68 | 3,79±0,51 | | | |
| **Medeni Durum*** | Evli | 190 | 4,04±0,55 | t=0,225 | 0,822 | |
| | Bekar | 206 | 4,03±0,49 | | | |
| **Meslek**** | Akademisyen[a] | 102 | 3,97±0,55 | F=3,148 | **0,003** | a,b<c*** c>e,f*** |
| | Öğretmen[b] | 41 | 3,97±0,55 | | | |
| | Sağlık Sektörü Çalışanı[c] | 31 | 4,42±0,48 | | | |
| | Beyaz Yaka[d] | 74 | 4,09±0,51 | | | |
| | Mavi Yaka[e] | 43 | 3,95±0,48 | | | |
| | Öğrenci[f] | 60 | 3,97±0,49 | | | |
| | Ev hanımı[g] | 28 | 4,07±0,39 | | | |
| | Diğer (Emekli, Çalışmıyor)[h] | 17 | 4,06±0,58 | | | |
| **Gelir Durumu**** | ≤5500 ₺ | 126 | 4,01±0,49 | F=0,805 | 0,448 | |
| | 5501-11000 ₺ | 146 | 4,08±0,52 | | | |
| | ≥11001 ₺ | 124 | 4,01±0,56 | | | |
| **Eğitim Durumu**** | Lisans Öncesi | 78 | 4,04±0,49 | F= 2,129 | 0,120 | |
| | Lisans | 136 | 4,10±0,47 | | | |
| | Lisansüstü | 182 | 3,98±0,57 | | | |
| **Sağlık Durumu**** | Kötü | 124 | 4,12±0,35 | F=2,443 | 0,064 | |
| | Orta | 224 | 3,96±0,54 | | | |
| | İyi | 12 | 4,05±0,53 | | | |
| | Çok İyi | 36 | 4,21±0,43 | | | |

*Bağımsız Örneklem T Testi

**Tek Yönlü Varyans Analizi

***Post-Hoc Testleri: Tukey HSD

Araştırmaya katılan bireylerin hasta haklarını kullanma tutumları ile demografik değişkenlerin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tablo 4'te sunulmuştur. Bağımsız Örneklem t Testi sonucuna göre katılımcıların cinsiyeti ile hasta hakları kullanım tutumları arasında anlamlı bir fark varken ($p<0,05$); medeni durum değişkeni ile hasta haklarını kullanma tutumu arasında istatistiksel anlamda farklılık bulgulanmamıştır ($p>0,05$). Tek Yönlü Varyans Analizi sonucuna göre, yaş ve mesleğe göre katılımcıların hasta haklarını kullanma tutumlarında istatistiksel anlamda fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Gelir, eğitim ve sağlık durumuna göre katılımcıların hasta haklarını kullanma tutumlarında ise anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

## 4. Tartışma ve Sonuç

Bu araştırmada bireylerin hasta haklarını kullanma tutumlarının demografik değişkenlere göre incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç kapsamında 396 katılımcıya HHKTÖ uygulanmıştır. Çalışma kapsamında gerçekleştirilen istatistiksel analiz sonuçlarına göre cinsiyet, yaş ve meslek durumu ile hasta hakları kullanma tutumu arasında farklılık saptanmıştır. Buna göre kadınların, 18-27 ve 28-36 yaş grubunda olanların ve sağlık sektörü çalışanlarının hasta haklarını kullanma tutum puanı daha yüksektir. Kadınların sağlık hizmetlerini daha çok kullanmalarının (İlhan vd., 2006); genç yaş grubunda ki kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksek olmasının (Demirli, 2018) ve teknolojiye erişim konusunda daha avantajlı olmalarının; sağlık sektörü çalışanlarının yaptıkları işin doğası gereği hasta hakları ile ilgili olarak bilgi sahibi olmasının bu bulgulara ulaşılmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Araştırmada elde edilen diğer bulgulara göre ise katılımcıların medeni durum, gelir durumu, eğitim durumu ve sağlık durumu ile hasta hakları kullanma tutumları arasında bir farklılık yoktur. Araştırmada kullanılan ölçeğe ilişkin toplam puan ortalamaları 117,17±15,28'dir. Bireylerin ölçekten aldıkları en düşük puan 63 iken, en yüksek puan 145'dir. Ölçekten alınan puanın artması hasta hakları kullanma tutumunun da arttığını göstermektedir. Dolayısıyla çalışmamızda ölçek puanın yüksek olması bireylerin hasta haklarını kullanma yönünde bir tutum geliştirdiklerini göstermektedir.

Literatürde hasta haklarının kullanım durumlarının belirlenmesine yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Araştırmamızın bu çalışmalarla benzer ve farklı sonuçlar içerdiği söylenebilir. Erzincanlı ve Zaybak'ın (2015) çalışmasında bireylerin hasta haklarını kullanma tutumları ile cinsiyet ve eğitim durumları arasında bir farklılık belirlenmemiştir. Ayrıca hastaların HHKYÖ toplam puan ortalamaları 125,61±16,19'dur. Çelik ve Taşhan'ın (2014) çalışmalarında yaş, cinsiyet, medeni durum ve gelir durumu değişkenlerine göre hasta hakları kullanma tutumlarında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Aynı çalışmada üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip katılımcıların HHKTÖ'den yüksek puan aldıkları belirlenmiştir. Ayrıca çalışan katılımcıların, çalışmayanlara göre daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiş olup, farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Hastaların HHKYÖ

toplam puan ortalamaları ise 118,07±14,55 olarak tespit edilmiştir. Benzer bir çalışmada katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim, meslek ve gelir durumları ile hasta hakları kullanma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Buna göre kadınların, 18-25 ve 26-35 yaş grubunda olanların, lise ve üniversite eğitim seviyesine sahip olanların ve gelirleri yüksek olanların hasta hakları kullanma tutum puanları yüksektir. Ayrıca toplam puan ortalamaları 115,61±19,42 olarak bulgulanmıştır (Kalaycı ve Duruk, 2020). Hasta hakları algısı ile bazı demografik değişkenlerin ilişkisinin incelendiği bir araştırmada, hastane türü ve eğitim durumunun katılımcıların hasta hakları uygulamaları ile ilgili algıları üzerinde anlamlı olarak etkide bulunduğu belirlenmiştir (Mahanoğlu ve Soysal, 2020). Oktay ve diğerlerinin (2021) çalışmalarında da cinsiyet, eğitim durumu, yaş grubu, ekonomik durum ile hasta hakları kullanım tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Ayrıca toplam puan ortalamaları 122,09±14,82'dir. Üniversite personelinin hasta hakları kullanma tutumlarının belirlenmesine yönelik bir çalışmada bireylerin cinsiyet, yaş ve eğitim durumu ile hasta hakları kullanım tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. Evli olan bireylerin ise hasta hakları kullanım tutum puanı daha yüksektir (Yener, 2019).

Sonuç olarak literatürdeki çalışmaların bir kısmı çalışmamızla benzer şekilde demografik değişkenlerle hasta hakları kullanım tutumlarının farklılığına odaklanmaktadır. Çalışmamız literatürdeki bazı çalışmaların bulgularını desteklerken, bazı sonuçlarla farklılıklar içermektedir. Araştırma sonucunda bireylerin hasta hakları kullanım tutumları arasındaki cinsiyet, yaş ve meslek değişkenlerinden kaynaklanan farkın toplumsal açıdan ortadan kaldırılması için çalışmalar yürütülmesi önerilmektedir. Ayrıca hasta haklarını kullanma tutumlarına yönelik, farklı örneklem grupları ile çalışmalar yapılabilir. Hasta haklarını kullanım tutumlarına yönelik sadece nicel çalışmalar değil, konuyla ilgili derinlemesine görüşmelere imkan tanıyan nitel araştırmaların sayısı artırılabilir.

## Kaynakça


Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S., Yıldırım, E. (2012). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı*. Sakarya Yayıncılık.

Çelik, H., & Taşhan, S. T. (2014). Bireylerin Hasta Haklarını Kullanma Tutumlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Düşüncesiyle İlişkisinin Belirlenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 1*(2), 89-98.

Erbil, N. (2009). Hasta Haklarını Kullanma Tutumu Ölçeğinin geliştirilmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 6*(1), 825-838.

Erzincanlı, S., & Zaybak, A. (2015). Hastaların Hasta Haklarını Kullanma Tutumunun İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *31*(1), 39-51.

Demirli, P. (2019). *Bireylerin sağlık okuryazarlığı üzerine bir araştırma: Edirne ili örneği* (Master›s thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).

İlhan, M. N., Tüzün, H., Aycan, S., Aksakal, F. N., & Özkan, S. (2006). Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle

değişimi: sağlık reformu öncesi son saptamalar. *Toplum Hekimliği Bülteni*, *25*(3), 33-41.

Kalaycı, F., & Duruk, N. (2020). Evaluatıon Of Patıents'attıtudes Towards Usıng Patıent Rıghts. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*, *14*(4), 621-632.

Kiełbasa, S., & Niedzielski, A. (2015). Świadomość społeczna związana z prawami pacjenta oraz wiedza dotycząca możliwych działań w sytuacji ich naruszenia wśród osób do 30 roku życia [Social awareness related to the rights of the patient and knowledge of the possible actions in case of a breach of those under 30 years old]. *Polski merkuriusz lekarski : organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, *38*(228), 320–325.

Mahanoğlu, E. & Soysal, A. (2020). Hasta Hakları Algısının, Bazı Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 8*(3), 779-801.

Mohammed, E. S., Seedhom, A. E., & Ghazawy, E. R. (2018). Awareness and practice of patient rights from a patient perspective: an insight from Upper Egypt. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, *30*(2), 145–151.

Nematollahi, M., & Fesharaki, M. (2000). Toufighi Sh.[Comparison of patient rights laws in Iran with Patient Rights Charter and survey of physicians of Shiraz University of Medical Sciences about patient rights]. *Teb va Tazkieh*, *36*, 59-62.

Oktay, A. A., Taş, F., Gülpak, M. & Yel, F. (2021). Bir Üniversite Hastanesinde Hastaların Hasta Haklarını Kullanma Tutumunun İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 37*(2), 131-139.

Önal, G., & Civaner, M. (2005). Hasta Hakları Uygulama Yönergesi: Türkiye'de hasta haklarının yaşama geçirilmesi için bir adım. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics,* 13, 203-208.

Özer, N., Özlü, Z. K., Sarıtaş, S. (2009). Cerrahi kliniklerde tedavi gören hastalar haklarını biliyorlar mı*? Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 12*(4), 19-28.

Öztaş, B., & İyigün, E. (2016). Kalp-damar cerrahisi geçirmiş hastaların hasta hakları kullanma tutumlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi, 58*(3), 256-260.

Putturaj, M., Van Belle, S., Criel, B., Engel, N., Krumeich, A., Nagendrappa, P. B., & Prashanth, N. S. (2020). Towards a multilevel governance framework on the implementation of patient rights in health facilities: a protocol for a systematic scoping review. *BMJ open*, *10*(10), e038927.

Roth-Cohen, O., Levy, S., & Zigdon, A. (2021). The Mediated Role of Credibility on Information Sources and Patient Awareness toward Patient Rights. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(16), 8628.

Soysal, A., Mahanoğlu, E. (2018). Hastaların Hasta Haklarını Kullanma Tutumlarının Belirlenmesi: Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Bir Araştırma: (Hatay İli Örneği). *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* (30), 138-158.

Townand, D., Clemens, T., & Shaw, D. (2016). *Patient's rights in the European Union, A mapping exercise*. Luxembourg: European Union.

Yener, A. (2019). *Üniversite Çalışanlarının Hasta Hakları ile İlgili Tutumlarının Değerlendirilmesi* (Master›s thesis, Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).

# ÖZEL HASTANELERİN WEB SİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hasan Fehmi Demirci [1], Gizem Zevde Aydın [2]

***Özet***

*Tanımlayıcı nitelikte olan bu kesitsel çalışmada, 2022 yılı Eylül ayı içerisinde faaliyette bulunan altı özel hastanenin web sitesinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini Samsun il merkezinde faaliyette bulunan altı özel hastane oluşturmaktadır. Çalışma kapsamında altı özel hastanenin web siteleri incelenmiş, böylelikle evreninin tümüne ulaşılmıştır. Web sitelerinin değerlendirilmesi için Maifredi ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde frekans analizinden faydalanılmış olup, veriler SPSS paket programı ile analiz edilmiştir. Aynı zamanda 5 boyuta ilişkin genel bir değerlendirme yapabilmek için Kaya ve Filiz'in (2018) çalışmasında kullandıkları standardize işleminden faydalanılmıştır. Standardize işleminin ardından hastanelerin web sitelerinde dış faaliyetler alt boyutuna ilişkin kriterlerin en düşük (%21,79); interaktif çevrimiçi hizmetler alt boyutuna ilişkin kriterlerin ise en yüksek (%90) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışma sonucunda kullanımı kolay tasarıma sahip, yabancı dil alternatifi olan, ödemeler ve maliyetler konusunda bilgi sağlayan, kalite konusundaki bilgilerin ve sertifikaların paylaşıldığı web sitelerinin özel sağlık kuruluşları açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Çalışma kapsamında incelenen özel hastanelerin web sitelerini özellikle düşük performans gösterdikleri noktaları dikkate alarak geliştirmeleri önerilebilir.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Web Site, Özel Hastane, Hastane Web Sitesi, Değerlendirme*

1 Arş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, hasanfehmi.demirci@omu.edu.tr

2 Arş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, gizemzevde.aydin@omu.edu.tr

# EVALUATION OF WEBSITES OF PRIVATE HOSPITALS


***Abstract***

*This descriptive cross-sectional study aimed to examine the websites of six private hospitals operating in September 2022. The research universe consists of six private hospitals operating in the city center of Samsun. Within the scope of the study, the websites of six private hospitals were examined, thus reaching the entire universe. The scale developed by Maifredi et al. (2010) was used to evaluate websites. Frequency analysis was used to evaluate the data, and the data were analyzed with the SPSS package program. At the same time, the standardization process used by Kaya and Filiz (2018) was used to make a general evaluation of the five dimensions. Following the standardization process, the lowest (21.79%) of the criteria for the sub-dimension of external activities on the websites of hospitals; was concluded that the criteria for the interactive online services sub-dimension were the highest (90%). As a result of the study, websites with easy-to-use designs, which are alternative to foreign languages, provide information about payments and costs, and are shared with quality information and certificates, are essential for private health institutions. Private hospitals examined within the scope of the study can be recommended to develop websites, especially by considering the low points they perform.*



***Keywords:*** *Website, Private Hospital, Hospital Website, Evaluation*


## 1. Giriş

Teknolojinin hakim olduğu ve bilgiye erişimin oldukça kolaylaştığı bir çağda, insanların kendi sağlıkları hakkında karar vermek için kullanabilecekleri sağlıkla ilgili bilgiler, çevrimiçi ortamlarda yaygınlaşmaktadır. Pek çok kişi sağlıkla ilgili bilgilere erişmek için interneti kullanır hale gelmiştir (Meppelink vd., 2017: 2012). Teknolojinin gelişmesi ve internet kullanıcı sayısının artışı, hastaneleri çevrimiçi ortamlarda daha fazla aktif olmaya yöneltmiş ve kendi web varlıklarını geliştirmelerini sağlamıştır. Hastane web siteleri, halka yönelik hastane hizmetlerini geliştirmek için etkili web kaynakları ve etkileşimli iletişim araçları olarak kullanılabilmektedir (Salarvand, 2016: 130). Sağlık kurumları, web sitelerinde sundukları hizmetler ve bunlara nasıl erişileceği hakkında büyük miktarda bilgiyi insanlarla paylaşarak kullanıcıların dikkatini kendilerine çekmeye çalışmaktadır. Bu nedenle, iyi yapılandırılmış bir web sitesi hasta güvenini kazanmanın, sağlık hizmetleri sektöründe iletişimi kolaylaştırmanın ve halkın sağlık bilgisi ihtiyaçlarını karşılamanın en etkili yollarından biri haline gelmiştir (Kim ve Chang, 2007: 791; Maifredi ve vd., 2010: 2). Dolayısıyla sağlık bilgilerine yönelik talebi karşılamada etkin rol oynayan internetin, sağlık kurumları tarafından nasıl kullanıldığı, sağlık kurumlarının web site kapasite ve yeteneklerinin belirlenmesi önem arz

etmektedir. Bu nedenle, çalışmada özel hastanelerin web sitelerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda özel hastanelerin web sitelerini değerlendirmek için Maifredi ve diğerleri (2010) tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır. Maifredi ve diğerlerinin (2010) geliştirmiş oldukları ölçeğin sağlık kurumlarının web sitelerini değerlendirmek için hem ulusal hem de uluslararası alanyazında sıklıkla kullanıldığı görülmektedir. Özyurt (2022), sağlık turizmi yetki belgesine sahip sağlık kurumlarının web sitelerini Maifredi ve diğerleri (2010) tarafından geliştirilmiş ölçeği kullanarak değerlendirmiştir. Mesci ve Sağlık (2020) tarafından JCI akreditasyon belgesini almış hastanelerin web sitelerinin incelendiği çalışmada, sağlık kuruluşlarının web siteleri Maifredi ve diğerleri (2010) tarafından oluşturulan ölçek kullanılarak analiz edilmiştir. Alhuwail ve diğerleri (2018), 2017 yılında Kuveyt'teki hastane web sitelerini değerlendirmek için ilgili ölçeği kullanmıştır. Moghavvemi ve diğerleri (2017), Hindistan, Malezya ve Tayland'daki özel hastanelerin web sitelerini medikal turistler açısından değerlendirdikleri araştırmalarında Maifredi ve diğerlerinin (2010) ölçeğini kullanmıştır. Özsarı ve diğerleri (2016), JCI akreditasyonu sertifikasına sahip Türkiye, Hindistan ve İrlanda'daki hastanelerin web sitelerini halkla ilişkiler ve tanıtım açısından ilgili ölçeği kullanarak değerlendirmiştir. Salarvand ve diğerleri (2016) Tahran'daki 59 hastanenin web sitesini ilgili ölçek yardımıyla analiz etmiştir. Birdir ve Buzcu (2014) da, JCI akreditasyon sertifikasına sahip sağlık kuruluşlarının web sitelerini medikal turizm açısından değerlendirmek amacıyla Maifredi ve diğerlerinin (2010) geliştirdiği ölçekten faydalanmıştır. Kullanılan ölçeğe ilişkin bilgiler gereç ve yöntem başlığı altında ele alınmıştır.

## 2. Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı nitelikte olan bu kesitsel çalışmada, 2022 yılı Eylül ayı içerisinde faaliyette bulunan altı özel hastanenin web sitesinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini Samsun il merkezinde faaliyette bulunan altı özel hastane oluşturmaktadır. Çalışma kapsamında altı özel hastanenin web siteleri incelenmiş, böylelikle evreninin tümüne ulaşılmıştır. Web sitelerinin değerlendirilmesi için Maifredi ve diğerleri (2010) tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır. Ölçek "Teknik Faktörler, Hastane Bilgileri ve Hizmetleri, Hasta Kabul ve Sağlık Hizmetleri, İnteraktif Çevrimiçi Hizmetler ve Dış Faaliyetler" olmak üzere 5 boyut ve her boyuta dahil edilen ifadelerle toplam 89 sorudan oluşmaktadır. Bazı sorular Türkiye koşullarına uygun olmadığından değerlendirmeye alınmamış, 81 ifade üzerinden çalışma gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde frekans analizinden faydalanılmış olup veriler SPSS paket programı ile analiz edilmiştir. Aynı zamanda 5 boyuta ilişkin genel bir değerlendirme yapabilmek için Kaya ve Filiz'in (2018) çalışmasında kullandıkları standardize işleminden faydalanılmıştır. Buna göre hastane sayısı ve toplam soru sayısı çarpılarak her bir boyutta alınabilecek en yüksek değer hesaplanmıştır. Daha sonra en yüksek değer 100'e bö-

lünerek birim başı değer hesaplanmıştır. Birim başı değer hesaplandıktan sonra, her bir boyutta "var" olarak cevaplandırılan soru sayısı toplamı birim başı değer ile çarpılarak web sitelerine ilişkin incelenen boyutların standardize edilmiş gösterimine ulaşılmıştır. Tablo 6'da standardize gösterime ilişkin bilgiler, grafik 1'de ise gösterim sonuçları verilmiştir.

## 3. Bulgular

Araştırma kapsamında Samsun il merkezinde bulunan 6 özel hastanenin web siteleri incelenmiştir. Çalışma kapsamı gereği etik kurul onayı gerektirmemektedir. Değerlendirmede Maifredi ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır. 89 maddeden oluşan ölçekteki 8 madde Türkiye koşullarına uygun olmadığından değerlendirme kapsamı dışında bırakılmış, 81 madde üzerinden bir değerlendirme gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda 1-15. maddeler "Teknik Faktörler", 16-35. maddeler "Hastane Bilgileri ve Hizmetleri", 36-58. maddeler "Hasta Kabul ve Sağlık Hizmetleri", 59-68. maddeler "İnteraktif Çevrimiçi Hizmetler" ve 69-81. maddeler "Dış Faaliyetler" alt boyutunu temsil etmektedir. Her bir alt boyutta yer alan maddeler ve değerlendirmeler tablolar halinde bu başlık altında sunulmuştur.

**Tablo 1.** Teknik Faktörler Alt Boyutuna İlişkin Değerlendirmeler

| **Teknik Faktörler** | | |
|---|---|---|
| 1-Tarayıcı başlık çubuğunda site adının görünmesi | | |
| | n | % |
| Var | 6 | 100,0 |
| 2-Tarayıcı başlık çubuğunda sitenin aktif bir bölümünün görünmesi | | |
| | n | % |
| Var | 6 | 100,0 |
| 3-Hastane adının web sitesinin üst bölümünde görünmesi | | |
| | n | % |
| Var | 6 | 100,0 |
| 4-Hastane logosunun web sitesinin üst bölümünde görünmesi | | |
| | n | % |
| Var | 6 | 100,0 |
| 5- Web siteye sayfa açıldığında görsel veya animasyondan sonra girilebilmesi | | |
| | n | % |
| Yok | 6 | 100,0 |
| 6- Yabancı dillerde web siteye erişimin bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 3 | 50,0 |
| Yok | 3 | 50,0 |

| | | |
|---|---|---|
| Toplam | 6 | 100,0 |
| 7- Web site haritasının bulunması | | |
| | n | % |
| Yok | 6 | 100,0 |
| 8- Site içi aramanın bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 4 | 66,7 |
| Yok | 2 | 33,3 |
| Toplam | 6 | 100,0 |
| 9- Web sitesinin son güncelleme tarihinin belirtilmesi | | |
| | n | % |
| Var | 3 | 50,0 |
| Yok | 3 | 50,0 |
| Toplam | 6 | 100,0 |
| 10- Diğer faydalı web sitelere link sağlanması (Hastaneler, bilimsel dernekler, kurumlar) | | |
| | n | % |
| Var | 4 | 66,7 |
| Yok | 2 | 33,3 |
| Toplam | 6 | 100,0 |
| 11 - Genel yasal uyarının bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 6 | 100,0 |
| 12- Telif hakkı bildiriminin bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 4 | 66,7 |
| Yok | 2 | 33,3 |
| Toplam | 6 | 100,0 |
| 13 -Web sitesini ziyaret eden kişi sayısı bilgilerinin bulunması | | |
| | n | % |
| Yok | 6 | 100,0 |
| 14- Web sitesi sayfalarının yazdırılabilmesi | | |
| | n | % |
| Yok | 6 | 100,0 |
| 15- Sosyal medya hesaplarından en az birine ait bağlantı linkinin bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 4 | 66,7 |
| Yok | 2 | 33,3 |
| Toplam | 6 | 100,0 |

Tablo 1 incelendiğinde değerlendirilen 6 özel hastanenin; web sitesinde sayfa açıldığında görsel veya animasyondan sonra girme, web site haritası, ziyaret

eden kişi sayısına ilişkin bilgi, web sitesi yazdırma özelliklerinin yer almadığı görülmektedir. Bunun yanı sıra, hastane web sitelerinin üçünde yabancı dilde erişim seçeneği bulunurken diğer üçünde bulunmamaktadır. Dört hastane web sitesinde site içi arama bulunmasına karşın iki hastanenin web sitesinde site içi arama yer almamaktadır. Hastanelerden dördünün sosyal medya hesaplarına ilişkin bağlantı linklerini web sitelerinde paylaştığı sonucuna ulaşılmıştır.

**Tablo 2.** Hastane Bilgileri ve Hizmetleri Alt Boyutuna İlişkin Değerlendirmeler

| **Hastane Bilgileri ve Hizmetleri** | | |
|---|---|---|
| 16- Hastanenin tarihçesinin bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 5 | 83,3 |
| Yok | 1 | 16,7 |
| Toplam | 6 | 100,0 |
| 17- Ana sayfada ya da linkler yoluyla ulaşılabilen iletişim bilgilerinin bulunması: Hastane posta adresi | | |
| | n | % |
| Var | 6 | 100,0 |
| 18- Ana sayfada ya da linkler yoluyla ulaşılabilen iletişim bilgilerinin bulunması: Telefon ve faks numarası | | |
| | n | % |
| Var | 6 | 100,0 |
| 19- Ana sayfada ya da linkler yoluyla ulaşılabilen iletişim bilgilerinin bulunması: eposta adresi | | |
| | n | % |
| Var | 6 | 100,0 |
| 20- Misyon açıklamasının bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 6 | 100,0 |
| 21- Ana sayfada ISO sertifikasının bulunması | | |
| | n | % |
| Yok | 6 | 100,0 |
| 22- Organizasyon şemasının bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 2 | 33,3 |
| Yok | 4 | 66,7 |
| Toplam | 6 | 100,0 |
| 23- Hasta gizliliği konusunda bilgilendirmenin bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 6 | 100,0 |
| 24- Hastaneye ulaşım yolları ile ilgili bilginin bulunması: Araba, toplu taşıma | | |
| | n | % |
| Yok | 6 | 100,0 |

25- Hastane haritasının bulunması

| | n | % |
|---|---|---|
| Var | 4 | 66,7 |
| Yok | 2 | 33,3 |
| Toplam | 6 | 100,0 |

26- Hastane sanal turunun bulunması

| | n | % |
|---|---|---|
| Yok | 6 | 100,0 |

27- Halkla İlişkiler Bölümü: Çalışma saatlerinin bulunması

| | n | % |
|---|---|---|
| Yok | 6 | 100,0 |

28- Halkla İlişkiler Bölümü: Konum bilgisinin bulunması

| | n | % |
|---|---|---|
| Yok | 6 | 100,0 |

29- Halkla İlişkiler Bölümü: Telefon ve/veya faks numarasının bulunması

| | n | % |
|---|---|---|
| Yok | 6 | 100,0 |

30- Halkla İlişkiler Bölümü: E-posta adresinin bulunması

| | n | % |
|---|---|---|
| Yok | 6 | 100,0 |

31- Hasta hakları ve sorumlulukları konusunda bilginin bulunması

| | n | % |
|---|---|---|
| Var | 4 | 66,7 |
| Yok | 2 | 33,3 |
| Toplam | 6 | 100,0 |

32- Hasta memnuniyeti hakkında yapılan anket sonuçlarının bulunması

| | n | % |
|---|---|---|
| Yok | 6 | 100,0 |

33- Pratisyen Hekimlere ait bilgilerin bulunması

| | n | % |
|---|---|---|
| Yok | 6 | 100,0 |

34- Yabancı uyruklular için bilgilendirmenin bulunması

| | n | % |
|---|---|---|
| Var | 3 | 50,0 |
| Yok | 3 | 50,0 |
| Toplam | 6 | 100,0 |

35- Ek hizmetlerin bulunması (Basılı yayın, kafeterya, televizyon, telefon)

| | n | % |
|---|---|---|
| Yok | 6 | 100,0 |

Tablo 2 incelendiğinde hastane web sitelerinin hiçbirinin ana sayfasında ISO sertifikasının bulunmadığı görülmüştür. Ayrıca hastane sanal turu, hastaneye araç ya da toplu taşıma ulaşım yolları, pratisyen hekim bilgileri, hasta memnuniyeti anket sonuçları, ek hizmetlere ilişkin bilgiler ve halkla ilişkiler departmanına ilişkin detaylı bilgilerin yer almadığı sonucuna ulaşılmıştır.

**Tablo 3.** Hasta Kabul ve Sağlık Hizmetleri Alt Boyutuna İlişkin Değerlendirmeler

| **Hasta Kabul ve Sağlık Hizmetleri** | | |
|---|---|---|
| 36- Farklı hasta kabul prosedürleri ile ilgili bilgilendirmenin bulunması (anlaşmalı özel kurumlar, dernekler, SGK vb.) | | |
| | n | % |
| Var | 6 | 100,0 |
| 37- Hasta kabul sürecinde uyulması gereken kurallara dair bilgilendirmenin bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 5 | 83,3 |
| Yok | 1 | 16,7 |
| Toplam | 6 | 100,0 |
| 38- Hastanede kalış sürecince uyulması gereken kurallara dair bilgilendirmenin bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 5 | 83,3 |
| Yok | 1 | 16,7 |
| Toplam | 6 | 100,0 |
| 39- Hastaneden taburcu süresince uyulması gereken kurallara dair bilgilendirmenin bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 5 | 83,3 |
| Yok | 1 | 16,7 |
| Toplam | 6 | 100,0 |
| 40- Ziyaretçilerin uyması gereken kurallara dair bilgilendirmenin bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 5 | 83,3 |
| Yok | 1 | 16,7 |
| Toplam | 6 | 100,0 |
| 41- Tıbbi kayıtların nüshalarının temin edilmesine dair kural ve prosedürlerin belirtilmesi | | |
| | n | % |
| Var | 5 | 83,3 |
| Yok | 1 | 16,7 |
| Toplam | 6 | 100,0 |
| 42- Reçete ve hizmet bedellerinin nasıl ödeneceğine dair bilgilendirmenin bulunması | | |

| | n | % |
|---|---|---|
| Yok | 6 | 100,0 |

43- Kullanıcı hizmetleri sağlayan bölümler veya birimler: Tüm liste

| | n | % |
|---|---|---|
| Var | 6 | 100,0 |

44- Kullanıcı hizmetleri sağlayan bölümler veya birimler: Konum bilgisinin bulunması

| | n | % |
|---|---|---|
| Yok | 6 | 100,0 |

45- Kullanıcı hizmetleri sağlayan bölümler veya birimler: Telefon ve/veya faks numarası ve/veya e-posta adresinin bulunması

| | n | % |
|---|---|---|
| Yok | 6 | 100,0 |

46- Sunulan ayakta tedavi hizmetlerine yönelik detaylı listenin bulunması (Konsültasyon, teşhis, muayene vb.)

| | n | % |
|---|---|---|
| Yok | 6 | 100,0 |

47- Hastane yatak sayısının belirtilmesi

| | n | % |
|---|---|---|
| Var | 3 | 50,0 |
| Yok | 3 | 50,0 |
| Toplam | 6 | 100,0 |

48- Geçmiş yıllara ait hasta kabul sayılarının bulunması

| | n | % |
|---|---|---|
| Yok | 6 | 100,0 |

49- Hekimlerin özgeçmişlerinin bulunması

| | n | % |
|---|---|---|
| Var | 5 | 83,3 |
| Yok | 1 | 16,7 |
| Toplam | 6 | 100,0 |

50- Hastane kalite göstergeleri: Hastane enfeksiyonu oranı bilgisinin bulunması

| | n | % |
|---|---|---|
| Yok | 6 | 100,0 |

51- Hastane kalite göstergeleri: Yatan hasta ölüm oranı bilgisinin bulunması

| | n | % |
|---|---|---|
| Yok | 6 | 100,0 |

52- Hastane kalite göstergeleri: Cerrahi ölüm oranı bilgisinin bulunması

| | n | % |
|---|---|---|
| Yok | 6 | 100,0 |
| 53- Hastane kalite göstergeleri: Diğer | | |
| | n | % |
| Yok | 6 | 100,0 |
| 54- Hizmet veren hekimlerin alfabetik sıralı listesi | | |
| | n | % |
| Var | 4 | 66,7 |
| Yok | 2 | 33,3 |
| Toplam | 6 | 100,0 |
| 55- Hizmet veren hekimlerin branşlarına göre sıralı listesi | | |
| | n | % |
| Var | 6 | 100,0 |
| 56- Özel muayene hizmetlerine ve ücretlerine dair bilgilerin bulunması | | |
| | n | % |
| Yok | 6 | 100,0 |
| 57- Muayene hizmetlerine ve ücretlerine dair bilgilerin bulunması | | |
| | n | % |
| Yok | 6 | 100,0 |
| 58- Muayene hizmetlerinin maliyetine dair bilgilerin bulunması | | |
| | n | % |
| Yok | 6 | 100,0 |

Tablo 3 incelendiğinde ise, hastanelerin web sitelerinde reçete ve hizmet bedellerinin nasıl ödeneceğine dair bilgilendirmenin, kullanıcı hizmetleri sağlayan birimlere ilişkin konum ve iletişim bilgilerinin, sunulan ayakta tedavi hizmetlerine yönelik detaylı listenin, geçmiş yıllara ait hasta kabul sayılarının, hastane kalite göstergelerine ilişkin bilgilerin ve muayene hizmetlerine ilişkin ücret ve maliyetlere yönelik bilgilerin yer almadığı görülmektedir. Aksine, hastanelerin web sitelerinin tamamında farklı hasta kabul prosedürleri ile ilgili bilgilendirme, hizmet veren hekimlerin branşlarına göre sıralı liste ve kullanıcı hizmetleri sağlayan birimlerin listesinin bulunduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.** İnteraktif Çevrimiçi Hizmetler Alt Boyutuna İlişkin Değerlendirmeler

| İnteraktif Çevrimiçi Hizmetler | | |
|---|---|---|
| 59- İnternet aracılığıyla muayene randevusu alma olanağının bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 6 | 100,0 |
| 60- İnternet aracılığıyla tetkik randevusu alma olanağının bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 6 | 100,0 |
| 61- İnternet aracılığı ile diğer hizmetlere erişilebilirlik (Sonuç görüntüleme, belgeleme) | | |
| | n | % |
| Var | 6 | 100,0 |
| 62- Muayene, tetkik ve diğer hizmetler için randevu ekranının ana sayfada yer alması | | |
| | n | % |
| Var | 6 | 100,0 |
| 63- Web site veya e-posta aracılığı ile hastaneyle iletişim kurma imkânının bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 6 | 100,0 |
| 64- Web site veya e-posta aracılığı ile hekime sağlıkla ilgili soru sorabilme imkânının bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 4 | 66,7 |
| Yok | 2 | 33,3 |
| Toplam | 6 | 100,0 |
| 65- Web site veya e-posta aracılığı ile bilgi talebi formlarının bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 5 | 83,3 |
| Yok | 1 | 16,7 |
| Toplam | 6 | 100,0 |
| 66- Web site veya e-posta aracılığı ile dilek, şikâyet formlarının bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 5 | 83,3 |
| Yok | 1 | 16,7 |
| Toplam | 6 | 100,0 |
| 67- Hastane gazetesi, haber bülteni için üyelik imkânının bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 4 | 66,7 |
| Yok | 2 | 33,3 |
| Toplam | 6 | 100,0 |
| 68- Sağlık ile ilgili blog ve forumların bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 6 | 100,0 |

İnteraktif çevrimiçi hizmetlere ilişkin maddeler değerlendirildiğinde hastane web sitelerinin tamamında internet aracılığıyla muayene/tetkik randevusu ve sonuç alma olanağının bulunduğu, ilgili randevu alanının ana sayfada yer aldığı, web site ya da e-posta aracılığıyla hastaneyle iletişim kurma imkânının olduğu ve sağlıkla ilgili blog ve forum bulunduğu görülmektedir.

**Tablo 5.** Dış Faaliyetler Alt Boyutuna İlişkin Değerlendirmeler

| **Dış Faaliyetler** | | |
|---|---|---|
| 69- Sağlık ile ilgili kitapçıkları çevrimiçi okuma veya indirme imkânı | | |
| | n | % |
| Var | 4 | 66,7 |
| Yok | 2 | 33,3 |
| Toplam | 6 | 100,0 |
| 70- Tıbbi terimler sözlüğünün bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 4 | 66,7 |
| Yok | 2 | 33,3 |
| Toplam | 6 | 100,0 |
| 71- Hastanenin desteklediği ya da yürüttüğü bilimsel çalışmalar | | |
| | n | % |
| Yok | 6 | 100,0 |
| 72- Hastanede verilen lisans ya da lisansüstü derslerin bulunması | | |
| | n | % |
| Yok | 6 | 100,0 |
| 73- Kütüphanenin bulunması | | |
| | n | % |
| Yok | 6 | 100,0 |
| 74- Hastane tarafından düzenlenen aktivitelerin programının bulunması: Kurs, kongre, konferans, kutlama, seminer) | | |
| | n | % |
| Var | 3 | 50,0 |
| Yok | 3 | 50,0 |
| Toplam | 6 | 100,0 |
| 75- Hastanenin kendi yayınlarının bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 1 | 16,7 |
| Yok | 5 | 83,3 |
| Toplam | 6 | 100,0 |
| 76- Hastane iş fırsatlarına ait detayların bulunması | | |
| | n | % |
| Var | 4 | 66,7 |

| | | |
|---|---|---|
| Yok | 2 | 33,3 |
| Toplam | 6 | 100,0 |
| 77- Hastanede çalışan dernekler/kurumlar: Gönüllü dernekler | | |
| | n | % |
| Yok | 6 | 100,0 |
| 78- Hastanede çalışan dernekler/kurumlar: Hasta dernekleri | | |
| | n | % |
| Yok | 6 | 100,0 |
| 79- Hastanede çalışan dernekler/kurumlar: Hasta haklarının korunmasına yönelik dernekler | | |
| | n | % |
| Yok | 6 | 100,0 |
| 80- Hastaneye nasıl bağış yapılacağının bilgisinin bulunması | | |
| | n | % |
| Yok | 6 | 100,0 |
| 81- Medyada hastanenin yeri: Basın özeti (Medyada biz) | | |
| | n | % |
| Var | 1 | 16,7 |
| Yok | 5 | 83,3 |
| Toplam | 6 | 100,0 |

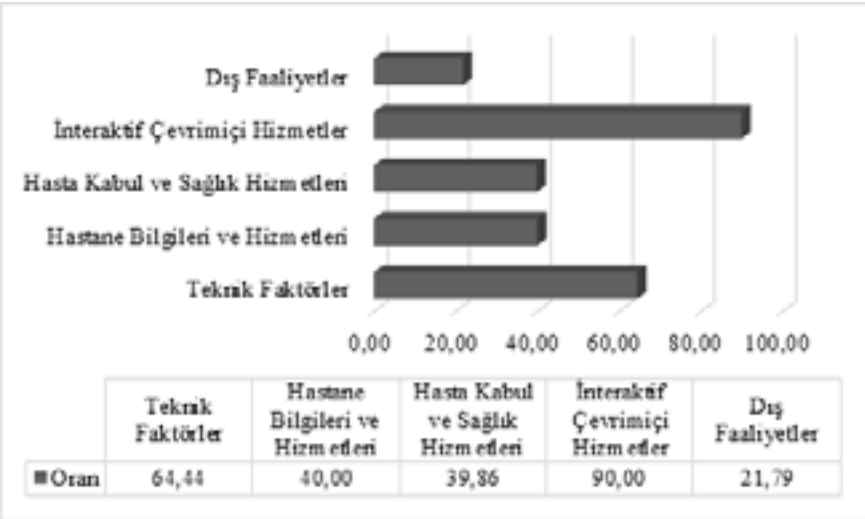
Dış faaliyetler alt boyutu maddelerinin değerlendirildiği Tablo 5 incelendiğinde hastanelerin desteklediği ya da yürüttüğü bilimsel çalışmalara ve hastanede verilen derslere ilişkin bilgileri web sitelerinde kullanıcılarla paylaşmadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanı sıra hastanede çalışan dernek ya da kurumlarla ilgili bilgiler ve hastaneye nasıl bağış yapılacağı bilgisi de web sitelerinde yer almamaktadır.

5 boyuta yönelik tek bir değerlendirme yapabilmek amacıyla Kaya ve Filiz'in (2018) çalışmasında kullandıkları standardize işlemi uygulanmıştır. Bu doğrultuda Tablo 6'da verilen hesaplamalar yardımıyla standardize gösterim sonuçları elde edilmiştir.

**Tablo 6.** Alt Boyutlar ve Standardize Gösterim

| Alt Boyut | Hesaplama | Oran |
|---|---|---|
| Teknik Faktörler (1-15. Sorular) | (100/90)*58 | 64,44 |
| Hastane Bilgileri ve Hizmetleri (16-35. Sorular) | (100/120)*48 | 40 |
| Hasta Kabul ve Sağlık Hizmetleri (36-58. Sorular) | (100/138)*55 | 39,86 |
| İnteraktif Çevrimiçi Hizmetler (٦٨-٥٩. Sorular) | (100/60)*54 | 90 |
| Dış Faaliyetler (69-81. Sorular) | (100/78)*17 | 21,79 |

Standardize gösterim sonuçları incelendiğinde değerlendirmeye alınan hastanelerin web sitelerinde interaktif çevrimiçi hizmetlere ilişkin maddelerin en yüksek oranda yer aldığı görülmektedir. Standardize gösterim sonuçlarının görselleştirilmesi amacıyla Grafik 1 oluşturulmuştur.




**Grafik 1.** Web Sitelerine İlişkin İncelenen Boyutların Standardize Edilmiş Gösterimi

## 4. Sonuç ve Öneriler

İşlevsel, etkileşimli ve iyi tasarlanmış bir web sitesi, hastanenin güvenilirliği artırmasının yanında hasta güveni sağlamanın en etkili araçlarından biridir. Sağlık kurumlarının web siteleri, yalnızca hastalar açısından değil, politika yapıcıları ve hizmet sunucuları için de önem arz etmektedir (Bach vd., 2019: 65). Özel hastane web siteleri, sunulan uzmanlık ve hizmetler hakkında kullanıcıların farkındalığını artırabilir. Hastane web siteleri hem ulusal hem de uluslararası hastaları çekmek için önemli pazarlama araçları olarak hizmet edebilir (Huang ve Chang, 2012, Mason ve Wright, 2011, Mira vd., 2006).

Bu çalışmada 6 özel hastanenin web siteleri incelenmiştir. Hastanelerin web sitelerinde dış faaliyetler alt boyutuna ilişkin kriterlerin en düşük (%21,79); interaktif çevrimiçi hizmetler alt boyutuna ilişkin kriterlerin ise en yüksek (%90) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu kapsamda hastanelerin dış faaliyetleriyle ilgili (bilimsel çalışmaları destekleme, seminer, konferans, kongre vb.) bilgileri web sitelerinde paylaşmalarının ve bu oranın artırılmasının sağlık hizmeti kullanıcılarının görüş elde edebilmesi için faydalı olacağı düşünülmektedir. Bunun yanı sıra içinde bulunduğumuz çağda dijitalleşme ve çevrimiçi hizmetler ön plana çıkmaktadır. Covid-19 pandemisiyle online konsültasyon, sonuç alma gibi işlemler

sağlık hizmeti kullanıcılarına kolaylık sağlaması nedeniyle önemli hale gelmiştir. Bu doğrultuda hastanelerin web sitelerinde sundukları çevrimiçi hizmetlere ilişkin bilgilerini paylaşmalarının en yüksek oranda olmasının şaşırtıcı bir sonuç olmadığı düşünülmektedir. Çalışma, özel hastane web sitelerinin temel işlemlerini oluşturan unsurları vurgulayan kriterleri sağlamada genellikle göreceli olarak iyi performans gösterdiğini ortaya koymuştur.

Kullanımı kolay tasarıma sahip, yabancı dil alternatifi olan, ödemeler ve maliyetler konusunda yasal çerçevede bilgi sağlayan, kalite konusundaki bilgilerin ve sertifikaların paylaşıldığı, detaylı iletişim ve ulaşım bilgilerinin yer aldığı web sitelerinin özel sağlık kuruluşları açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Hastane web sitelerinin iyi tasarlanmasının sağlık hizmeti kullanıcıları açısından da fayda sağlayacağı açıktır. Çalışma kapsamında incelenen özel hastanelerin web sitelerini özellikle düşük performans gösterdikleri noktaları dikkate alarak geliştirmeleri önerilebilir.

## 5. Sınırlılıklar

Çalışma kapsamında yalnızca Samsun il merkezinde faaliyet gösteren 6 özel hastane değerlendirmeye alınmıştır. Bu nedenle sonuçların tüm özel hastanelere genellenmesi uygun değildir. Bunun yanı sıra çalışma 2022 yılının Eylül ayında gerçekleştirilmiştir. Farklı zamanlarda aynı örneklemle gerçekleştirilecek değerlendirmelerin farklılık göstermesi muhtemeldir.

## Kaynakça


Alhuwail, D., AlMeraj, Z., & Boujarwah, F. (2018). Evaluating hospital websites in Kuwait to improve consumer engagement and access to health information: a cross-sectional analytical study. *BMC medical informatics and decision making*, *18*(1), 1-11.

Bach, M. P., Seljan, S., Jaković, B., Buljan, A., & Zoroja, J. (2019). Hospital websites: from the information repository to interactive channel. *Procedia computer science*, *164*, 64-71.

Birdir, K., & Buzcu, Z. (2014). JCI akreditasyon belgesine sahip olan sağlık kuruluşlarının web sitelerinin medikal turizm açısından değerlendirilmesi. Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, *11*(1), 1-19.

Huang, E., & Chang, C.-C. A. (2012). Patient-Oriented Interactive E-health Tools on U.S. Hospital Web Sites. *Health Marketing Quarterly, 29*(4), 329–345.

Kaya, M., Filiz, M. (2018). Şehir Hastanelerinin Mevcut Web Sitelerinin İncelenmesi. *Türk Akademik Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, *1*(1), 40-45.

Kım, D., & Chang, H. (2007). Key Functional Characteristics in Designing and Operating Health Information Websites for User Satisfaction: An Application of The Extended Technology Acceptance Model. *International Journal of Medical Informatics*, 76, 790-800.

Maifredi, G., Orizio, G., Bressanelli, M., Domenighini, S., Gasparotti, C., Perini, E., ... & Gelatti, U. (2010). Italian hospitals on the web: a cross-sectional analysis of official websites. *BMC medical informatics and decision making*, *10*(1), 1-13.

Mason, A., & Wright, K. B. (2011). Framing Medical Tourism: An Examination of Appeal, Risk, Convalescence, Accreditation, and Interactivity in Medical Tourism Web Sites. *Journal of He-*

*alth Communication, 16*(2), 163–177.

Meppelink, C. S., Van Weert, J. C., Brosıus, A. and Smit, E. G., (2017). *Dutch Health Websites and Their Ability to Inform People With Low Health Literacy*. *Patient Education and Counseling*, 100, 2012-2019.

Mesci, G., & Sağlık, E. (2020). Sağlık turizminde dijital iletişim: JCI akreditasyon belgesini almış hastaneler üzerinde bir araştırma. *Journal of Hospitality and Tourism Issues*, *2*(1), 74-90.

Mira, V. (2006). L'espace modelé par le souffle. *Reperes, cahier de danse*, (2), 23-25.

Moghavvemi, S., Ormond, M., Musa, G., Isa, C. R. M., Thirumoorthi, T., Mustapha, M. Z. B., & Chandy, J. J. C. (2017). Connecting with prospective medical tourists online: A cross-sectional analysis of private hospital websites promoting medical tourism in India, Malaysia and Thailand. *Tourism management*, *58*, 154-163.

Özsarı, S. H., Hoşgör, H., & Hoşgör, D. G. (2016). Hastane web site performanslarının halkla ilişkiler ve tanıtım açısından incelenmesi: Türkiye, Hindistan ve İrlanda örnekleri. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 209-217.

Özyurt, M. (2022). Sağlık Turizmi Yetki Belgesine Sahip Sağlık Tesislerinin Web Sitelerinin İncelenmesi: Güneydoğu Anadolu Bölgesi Hastaneleri Üzerine Bir Araştırma. *Bilgi Yönetimi*, *5*(1), 180-198.

Salarvand, S., Samadbeik, M., Tarrahi, M. J., & Salarvand, H. (2016). Quality of Public Hospitals Websites: A Cross-Sectional Analytical Study in Iran. *Acta informatica medica : AIM : journal of the Society for Medical Informatics of Bosnia & Herzegovina : casopis Drustva za medicinsku informatiku BiH*, *24*(2), 130–133.

# ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN PERSPEKTİFİNDEN DİJİTAL SAĞLIK ORTAMINDA VERİ YÖNETİMİ: GEDİZ SHMYO ÖRNEĞİ

Yaşar Demir [1], Erhan Dağ [2], Sinan Darcan [3]

***Özet***

*Dijital sağlık hizmetlerinde kalitenin önemli bir itici gücü olarak giderek daha fazla önem kazanmaya başlamıştır. Teletıp, elektronik sağlık kayıtları, klinik karar destek sistemleri, elektronik reçete sistemleri ve web tabanlı hastane yönetim sistemi gibi dijital sağlık sistemleri sağlık hizmetleri kalitesini iyileştirmektedir. Bu sebeple çalışmanın amacı üniversite öğrencilerinin dijital sağlık ortamında veri yönetimi algılarını ortaya çıkarmaktır. Bu amaçla kesitsel olarak yapılan bu çalışmanın evrenini Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gediz Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda öğrenim gören öğrenciler oluşturmaktadır. Çalışma da örneklem seçimine gidilmemiş çalışmaya katılmayı kabul eden tüm öğrencilere anket formu doldurtulmuştur. Çalışma sonucunda öğrencilerin dijital sağlık ortamında veri yönetimi algılarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ölçek ile cinsiyet ve en çok kullanılan sosyal medya hesabına arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Dijital sağlık, Veri yönetimi, Üniversite Öğrencileri*

# DATA MANAGEMENT IN A DIGITAL HEALTH ENVIRONMENT FROM THE PERSPECTIVE OF UNIVERSITY STUDENTS: THE CASE OF GEDIZ SHMYO

***Abstract***

*It has started to gain more and more importance as an important driver of quality in digital health services. Digital health systems such as telemedicine, electronic health records, clinical decision support systems, electronic prescrip-*

1 Doktora Öğrencisi, Sağlık Bakanlığı, mszydsimal@gmail.com

2 Öğr. Gör. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, erhan.dag@ksbu.edu.tr

3 Dr.Öğr.Üyesi Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, sinan.darcan@ksbu.edu.tr

*tion systems and web-based hospital management system improve the quality of health services. For this reason, the aim of the study is to reveal the data management perceptions of university students in the digital health environment. For this purpose, the population of this cross-sectional study consists of students studying at Kütahya Health Sciences University Gediz Health Services Vocational School. Sample selection was not made in the study, and all students who agreed to participate in the study were asked to fill out a questionnaire. As a result of the study, it was determined that the students' perceptions of data management in the digital health environment were high. A statistically significant difference was found between the scale and gender and the most used social media account*.

***Key Words**: Digital health, Data management, University Students*

## 1. Giriş

Dijital sağlık, hastalıkları ve sağlık risklerini yönetmek ve sağlığı geliştirmek için sağlık hizmetlerinde bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımını ifade etmektedir. Dijital sağlığın oldukça geniş bir kapsamı vardır ve bu kapsam mobil sağlık, tele sağlık, giyilebilir cihazlar, yutulabilen cihazlar, hastane bilgi sistemleri vb. sistemleri içermektedir (Marwaha, vd., 2022; Ronquillo, 2022; Uysal ve Ulusinan, 2020; Yayla ve Çizmeci, 2022; Alami, vd., 2017). Dijital sağlık sistemlerin ivme kazanmasının amaçlarını şu şekilde sıralayabilir (Olu, vd., 2019; Ronquillo, 2022;WHO,2016);

- Sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak,
- Sağlık sistemlerinde etkinliği ve verimliliği artırmak,
- Sağlık bakım kalitesini artırmak,
- Sağlık hizmetini maliyetlerini düşürmek,
- Hastalar için daha kişiselleştirilmiş sağlık bakımı sağlamak.

Dijital sağlık sistemlerinin kullanımının hastaların kendi sağlık ve zindeliklerini daha iyi takip etmelerine olanak tanıdığını gösteren birçok veri bulunmaktadır. Örneğin, akıllı cep telefonları ve akıllı saatler iletişim kurmanın yanında kan basıncının takibi, kan şekerinin takibi, nabız takibi, ilaç alım zamanının uyarılması, fiziksel aktivite süresinin ve miktarının izlenmesi gibi birçok uygulamanın yapılması için yardımcı olmaktadır (Woods, vd., 2018; Sun, vd.,2018; Tran, 2018; Mather, 2018).

Dijital sağlık sistemlerinin yukarıda sayılan faydalarının yanında önemli dezavantajları da bulunmaktadır. Gizlilik ve mahremiyet sağlık hizmetlerinin en öneli özelliklerindendir. Daha önceleri mahremiyet sadece bedensel olarak algılanırken gelişen ve değişen dünya düzeninde bu durum kişisel tüm bilgileri içermektedir. Dijital sağlık sistemleri de beraberinde birçok etik sorunu da göz önüne sermektedir. Bu nedenle dijital sağlık sistemleri geliştirilirken bilgi güvenliğinin oluşturulması, bilgi sistemlerinde verimlilik, erişilebilirlik, gizlilik gibi temel güvenlik bileşenlerinin sağlanması da gerekmektedir. Dahası kişisel bilgilerin hangilerinin ve ne kadar bilginin hangi koşullarda ve ne şekilde açıklanacağı konusunda sağlık otoriteleri arasında büyük tartışma konusudur. Bunun yanında siber saldırı sonucunda kişisel verilerin üçüncü şahısların eline geçmesi de önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır ( Demirci, 2021; Kemp, vd., 2021; Fadahunsi, vd., 2021; Claborn, vd., 2022; Ahmadpour, vd., 2022). Tüm bu durumlar göz önüne alındığında bireylerin dijital sağlık ortamına gönderilen verilerin gizlilik, mahremiyet, kullanım, güvenlik, fayda ve memnuniyet ile ilgili olarak görüşlerinin ve algılarının bilinmesi önem arz etmektedir. Bu nedenle bu çalışmanın amacı üniversite öğrencilerinin dijital sağlık ortamında veri yönetimi algı düzeylerinin belirlemesidir. Bu sebeple bu çalışmada;

- "Üniversite öğrencilerinin dijital sağlık ortamında veri yönetimi algı düzeyleri nedir ve bu durum hangi bağımsız değişkenler ile farklı algılanmaktadır?" sorusuna cevap aranmaktadır.

## 2. Yöntem

Kesitsel olarak yapılan çalışmanın verileri 01.03.2022-31.05.2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın evrenini Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gediz Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda öğrenim gören üniversitesi öğrencileri oluşturmaktadır (N:578). Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş çalışmaya katılmayı kabul eden tüm öğrencilere anket formu verilmiştir. Çalışma sonucunda eksiksiz ve hatalı olmayan 312 anket formu analize tabi tutulmuştur.

Araştırma verileri; öğrencilerin kişisel özelliklerini belirlemeye ilişkin "Kişisel tanıtım Fomu" ve "Dijital Sağlık Ortamında Veri Yönetimi Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır.

*Kişisel Tanıtım Formu:* Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini ortaya çıkarmayı amaçlayan ve yazarlar tarafından oluşturulmuş 11 ifadeden oluşmaktadır.

*Dijital Sağlık Ortamında Veri Yönetimi Ölçeği:* Demirci ve Dikmetaş Yardan (2021) tarafından geliştirilen ve 20 ifade ve 5 alt boyuttan oluşan ölçektir. 1-7.nci ifadeler "fayda ve memnuniyet"; 8-11.nci ifadeler "güvenlik"; 12-14.ncü ifadeler "paylaşım"; 15-17.nci ifadeler "gizlilik"; 18-20.nci ifadeler "kullanım" alt boyutunu oluşturmaktadır. Ölçek 5'li Likert tipi "1-Kesinlikle Katılmıyorum; 5-Kesinlikle

Katılıyorum" şeklinde ölçeklendirilmiştir. Ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Ölçek alt boyutlarından alınacak puan 1-5 arasında değişmekte olup düşük puan algının düşük olduğunu yüksek puan ise algının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,856 bulunmuş olup bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı 0,779 olarak tespit edilmiştir. Veriler SPSS 25.00 programı ile analiz edilmiştir.

## 3. Bulgular

Tablo 1'de çalışmaya katılan katılımcıların sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 20.65±1.7181; %72,4'ü kadın, %58'i Tıbbı Dokümantasyon ve Sekreterlik Bölümünde öğrenim görmekte; %72,1'i sigara kullanmıyor, %91'i alkol kullanmıyor, %100'ü sosyal medya kullanıcısı, %84,9'u en çok Instagram kullanıyor, %51,9'u günde 2-4 saat aralığında sosyal medyada zaman harcıyor, %93,6'sı e-alış veriş yapıyor ve %80,8'i ise e-alış verişten en çok giyim ürünleri satın almaktadır. (Tablo 1).

**Tablo 1.** Katılımcıların Demografik Özellikleri

| | n | % |
|---|---|---|
| **Yaşınız** | 312 | 20.65±1.7181 |
| **Cinsiyetiniz** | | |
| Kadın | 226 | 72,4 |
| Erkek | 86 | 27,60 |
| **Bölümünüz** | | |
| Tıbbı Dokümantasyon Ve Sekreterlik | 181 | 58,0 |
| Eczane Hizmetleri | 40 | 12,8 |
| İlk Ve Acil Yardım | 87 | 27,9 |
| Çocuk Gelişimi | 4 | 1,3 |
| **Ailenizin ekonomik durumu nasıldır?** | | |
| Gelir giderden az | 137 | 43,9 |
| Gelir gidere denk | 156 | 50,0 |
| Gelir giderden fazla | 19 | 6,1 |
| **Sigara Kullanıyor musun?** | | |
| Evet | 87 | 27,9 |
| Hayır | 225 | 72,1 |
| **Alkol Kullanıyor musun?** | | |
| Evet | 28 | 9,0 |
| Hayır | 284 | 91,0 |
| **Sosyal Medya Kullanıyor musunuz?** | | |
| Evet | 312 | 100 |
| Hayır | 0 | 0 |

| | | |
|---|---|---|
| **Hangi sosyal medyayı daha çok kullanıyorsunuz?** | | |
| Twitter | 24 | 7,7 |
| Instagram | 265 | 84,9 |
| Facebook | 5 | 1,6 |
| Tiktok | 18 | 5,8 |
| **Sosyal Medyada günlük ne kadar vakit geçiriyorsunuz?** | | |
| 0-1 saat | 27 | 8,7 |
| 2-4 saat | 162 | 51,9 |
| 4 saat ve üstü | 123 | 39,4 |
| **e- alış veriş yapar mısınız?** | | |
| Evet | 292 | 93,6 |
| Hayır | 20 | 6,4 |
| **e- alış verişte en çok ne satın alırsınız?** | | |
| Giyim Ürünleri | 252 | 80,8 |
| Kitap Vb. | 28 | 9,0 |
| Gıda Ürünleri | 5 | 1,6 |
| Teknolojik Ürünler | 27 | 8,7 |

0,56 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 2' de katılımcıların dijital sağlık ortamında veri yönetimi ölçeği ortalama puanları gösterilmektedir. Tabloya göre; fayda ve memnuniyet alt boyut puan ortalaması 3.99±0,68; güvenlik alt boyut puan ortalaması 3.76±0,74; paylaşım alt boyut puan ortalaması 3.01±0,96; gizlilik alt boyut puan ortalaması 4.21±0,73 ve kullanım alt boyut puan ortalaması 3.39±0,79 ve ölçek ortalaması 3,74± 0,56 olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 2.** Dijital Sağlık Ortamında Veri Yönetimi Ölçeği ve Alt boyutları Puan Ortalaması

| **Alt boyut** | **X̄** | **Ss** |
|---|---|---|
| Fayda ve memnuniyet | 3.99 | 0.68 |
| Güvenlik | 3.76 | 0.74 |
| Paylaşım | 3.01 | 0.96 |
| Gizlilik | 4.21 | 0.73 |
| Kullanım | 3.39 | 0.79 |
| Toplam puan | 3.74 | 0.56 |

Tablo 3 incelendiğinde; cinsiyet değişkeni ve en çok kullanılan sosyal medya hesabı ile dijital sağlık ortamında veri yönetimi ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kadınların fayda ve memnuniyet ve gizlilik ortalama puanları erkeklere göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Erkeklerin ise güvenlik, paylaşım, kullanım ve toplam ölçek puan ortalamaları kadınlara

göre daha yüksektir. Twitter kullananların güvenlik ve toplam ölçek puanları; tiktok kullananların fayda ve memnuniyet, paylaşım, gizlilik ve kullanım alt boyut puan ortalamaları diğerlerine göre daha yüksektir (Tablo 3).

**Tablo 3.** Dijital Sağlık Ortamında Veri Yönetimi Ölçeği Puanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerle Karşılaştırılması

| **Ölçek ve Alt Boyutlar** | | **Fayda ve Memnuniyet** | | **Güvenlik** | | **Paylaşım** | | **Gizlilik** | | **Kullanım** | | **Toplam Ölçek** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n | X | Ss | X | Ss | X | Ss | X | Ss | X | Ss | X | Ss |
| Cinsiyetiniz | | | | | | | | | | | | | |
| Kadın | 226 | 4,03 | 0,63 | 3,74 | 0,41 | 2,91 | 0,95 | 4,26 | 0,73 | 3,32 | 0,77 | 3,73 | 0,52 |
| Erkek | 86 | 3,91 | 0,8 | 3,81 | 0,81 | 3,31 | 0,95 | 4,03 | 0,73 | 3,6 | 0,82 | 3,77 | 0,64 |
| p* | 312 | 0,076 | | 0,063 | | 0,708 | | 0,749 | | 0,193 | | **0,033*** | |
| En çok kullanılan sosyal medya hesabı | | | | | | | | | | | | | |
| Twitter | 24 | 4,13 | 0,54 | 4,01 | 0,42 | 3,04 | 1,22 | 4,37 | 0,62 | 3,37 | 1,03 | 3,87 | 0,62 |
| İnstagram | 265 | 4,01 | 0,65 | 3,75 | 0,71 | 2,99 | 0,93 | 4,19 | 0,72 | 3,37 | 0,75 | 3,73 | 0,53 |
| Facebook | 5 | 2,41 | 0,95 | 3,46 | 0,72 | 2,66 | 1,34 | 3,26 | 1,36 | 3,53 | 0,82 | 2,73 | 0,99 |
| TikTok | 18 | 4,18 | 0,52 | 3,83 | 0,79 | 3,38 | 1,07 | 4,38 | 0,67 | 3,72 | 0,88 | 3,74 | 0,56 |
| p | | **0,000*** | | **0,000*** | | 0,292 | | **0,014*** | | 0,332 | | **0,000*** | |

*Independent Samples T test

## 4. Tartışma ve Sonuç

Sağlık teknolojisinde meydana gelişmeler neticesinde, sağlık hizmetlerinin veriminde, uygulanmasında ve bilgi paylaşımındaki kolaylıklar ile beraber hasta bakımı daha fazla değerli hale gelmiştir (Bhavnani, vd., 2017). Dijitalleşen hastaneler ve sağlık sistemleri sayesinde hasta bekleme süreleri, hasta yatış süreleri azalmış, dosya yığınları azalmış, bireyin sağlık kayıtlarına internet erişimin olduğu her yerde ulaşılabilmiş ve sağlık personeli ve hasta arasındaki iletişim interaktif hale gelmiştir (Uysal & Ulusinan, 2020). Bu amaçla bu çalışmada üniversite öğrencilerinin dijital sağlık ortamında veri yönetimi algıları tespit edilmiştir.

Çalışma sonucunda; fayda ve memnuniyet alt boyut puan ortalaması 3.99±0,68; güvenlik alt boyut puan ortalaması 3.76±0,74; paylaşım alt boyut puan ortalaması 3.01±0,96; gizlilik alt boyut puan ortalaması 4.21±0,73 ve kullanım alt boyut puan ortalaması 3.39±0,79 ve ölçek ortalaması 3,74± 0,56 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre öğrencilerin dijital sağlık ortamında veri gönderimi yöntemi algılarının yüksek olduğu söylenebilir. Demirci (2021) tarafından yapılan çalışmada da fayda ve memnuniyet alt boyut puan ortalaması

4,18±0,536; güvenlik alt boyut puan ortalaması 3.55±0,700; paylaşım alt boyut puan ortalaması 2,74±0,894; gizlilik alt boyut puan ortalaması 4,56±0,496 ve kullanım alt boyut puan ortalaması 3.26±0,781 ve toplam ölçek puanı 3,76±0,422 olarak tespit edilmiştir. Yapılan çalışma ile Demirci'nin (2021) yapmış olduğu çalışma dijital sağlık ortamında veri gönderimi yöntemi algıları açısından benzerlik göstermektedir. Ayrıca Arslan ve Demir (2017) tarafından "Üniversite Öğrencilerinin Mobil Sağlık ve Kişisel Sağlık Kaydı Yönetimine İlişkin" adlı çalışmada da öğrencilerin algılarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yine benzer şekilde Koç ve Bilgehan (2021) tarafından " Mobil Sağlık ve Kişisel Sağlık Kayıtlarına İlişkin Görüş Ölçeğinin Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencileri İçin Yeniden Uyarlanması" adlı çalışmada da öğrencilerin algılarının yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre öğrencilerin dijital sağlık uygulamaları ile ilgili farkındalıklarının olduğu söylenebilir.

Yayla ve Çizmeci (2022) tarafından Türkiye genelinde 1078 kişi ile yapılan çalışmada T.C. Sağlık Bakanlığı dijital sağlık uygulamalarının bilinirliliği üzerine yapılan çalışma da katılımcıların %60,8'inin dijital uygulamalardan haberdar olduğu ve %28,8'inin ayda en az bir defa bu uygulamalardan birini kullandığı tespit edilmiştir. Yine TÜİK' in 2020 Hane halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması'na göre önceki yıllara göre özellikle sağlıkla ilgili bilgi arama oranının %69,28 olduğu tespit edilmiştir (TÜİK, 2020). Bu sonuçlara göre Türkiye halkının büyük çoğunluğunun dijital sağlık uygulamalarından haberdar olduğu ve kullandığı sonucuna varılabilir.

Çalışmaya katılanlardan %51,9 günlük 2-4 arası sosyal medyada vakit geçirdiklerini beyan ederken % 39,4'ü 4 saat ve üzeri sosyal medyada vakit geçirdiklerini söylemişlerdir. Öğrencilerin %100'ü sosyal medya kullanıcısı, en çokta %84,9'u Instagram kullanmaktadır. Öğrencilerin sosyal medya kullanım alışkanlıklarına bakıldığında sosyal medyayı aktif bir şekilde kullandıkları görülmektedir. Sosyal medya kullanmayan hiçbir öğrenci yoktur. Çalışmaya katılanlardan %93,6'sı dijital ortamlarda yapılan e-alışveriş kullandıklarını beyan ettiklerini, dolaysıyla dijital ortamlarda veri akışına güvendikleri için kişisel verilerini paylaşarak dijital ortamlardan yüksek oranda faydalandıkları sonucuna varılmıştır. Hızmalı ve Tosun'un (2022) "Üniversite Öğrencilerinin Dijital Veri Güvenliği Farkındalıklarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi" konusunda yapmış olduğu çalışmada dijital veri güvenliğine yönelik farkındalık düzeylerinin yüksek çıktığını bulgulamıştır. Yapılan çalışmada e-alışverişte en çok satın alınan ürüne bakıldığında ise % 80,8 giyim ürünleri, %9 kitap, %8,7 teknolojik ürünler ve % 1,6 gıda ürünlerini satın aldıkları görülmektedir. Üniversite öğrencilerinin sosyal yaşamlarında dijital ortamda bulunan ürünlerin görsellerine göre karar vererek alım yaptıkları, mağaza vb. gibi yerlere giderek zaman harcamak istemedikleri, dijital ortamdan alınan ürünlerin ev vb. gibi rahat ortamlarda denemesinin yapılması ve karar verme açısından daha geniş zaman aralığının olması, başka ürünlerle karşılaştırma ve fiyat araştırması yapabilmesi, iade işlemlerinin kolay yapılması gibi sebeplerden

dolayı tercih ettiği düşünülmektedir. Karakuş'un (2022) yapmış olduğu çalışmada da bulgularımıza benzer sonuçları bulmuştur. Çalışmanın bir diğer sonucu da ölçeğin cinsiyet ve en çok kullanılan sosyal medya hesabına göre istatistiksel olarak farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Demirci (2021) tarafından yapılan çalışmada ise ölçeğin cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Bu sonuç ile çalışma sonucunun farklılık gösterdiği görülmektedir. Bunun sebebinin ise örneklem grubunun farklı olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Ölçeğin hangi bağımsız değişkenlere göre anlamlı farklılık gösterdiğini tespit etmek için farklı örneklem gruplarında farklı çalışmaların yapılması gerektiği söylenebilir.

Sonuç olarak teknolojinin gelişmesine bağlı olarak bireylerin dijital teknolojileri kullanma oranının yükseldiği, farkındalıklarının arttığı görülmektedir. Ancak siber saldırılar, verilerin kaybolması, üçüncü şahısların eline geçmesi ve bu kişisel verilerin kötüye kullanımın engellenmesi için dijital sağlık uygulamalarının etkin ve verimli kullanımı için yeni politikaların geliştirilmesi ve güvenlik tedbirlerin artırılması önerilebilir. Üniversite öğrencilerinin bilinçlenmesi ve dijital ortamlarda zarar görmemesi açısından dijital veri kullanımı ve dijital verinin olası zararları hakkında gerekli eğitim ve bilgilendirme programlarının yapılması önerilebilir.

## Kaynakça


Ahmadpour, N., Ludden, G., Peters, D., & Vold, K. (2022). Responsible Digital Health. *Frontiers in Digital Health*, 213.

Alami, H., Gagnon, M. P., & Fortin, J. P. (2017). Digital health and the challenge of health systems transformation. *Mhealth*, *3*.

Bhavnani, S. P., Parakh, K., Atreja, A., Druz, R., Graham, G. N., Hayek, S. S., ... & Shah, B. R. (2017). 2017 Roadmap for innovation—ACC health policy statement on healthcare transformation in the era of digital health, big data, and precision health: a report of the American College of Cardiology Task Force on Health Policy Statements and Systems of Care. *Journal of the American College of Cardiology*, *70*(21), 2696-2718.

Claborn, K. R., Creech, S., Whittfield, Q., Parra-Cardona, R., Daugherty, A., & Benzer, J. (2022). Ethical by design: engaging the community to co-design a digital health ecosystem to improve overdose prevention efforts among highly vulnerable people who use drugs. *Frontiers in Digital Health*, *4*.

Demirci, H.F.(2021). Dijital Sağlık Ortamında Veri Yönetimi: Ölçek Geliştirme Çalışması. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Samsun 2021

Fadahunsi, K. P., O'Connor, S., Akinlua, J. T., Wark, P. A., Gallagher, J., Carroll, C., ... & O'Donoghue, J. (2021). Information quality frameworks for digital health technologies: systematic review. *Journal of medical Internet research*, *23*(5), e23479.

Hızmalı, A. M., & Tosun, N. (2022, August). Üniversite Öğrencilerinin Dijital Veri Güvenliği Farkındalıklarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. In *The 14th International Scientific Research Congress* (p. 137).

Karakuş, M. (2022). Sosyal Medyanın ve Online Alışveriş Sitelerinin Tüketici Davranışlarına Etkisi Üzerine Nitel Bir Araştırma. *Atatürk İletişim Dergisi*, (23), 1-8.

Kemp, E., Trigg, J., Beatty, L., Christensen, C., Dhillon, H. M., Maeder, A., ... & Koczwara, B. (2021). Health literacy, digital health literacy and the implementation of digital health techno-

logies in cancer care: the need for a strategic approach. *Health Promotion Journal of Australia*, *32*, 104-114.

King, C. E., & Sarrafzadeh, M. (2018). A survey of smartwatches in remote health monitoring. *Journal of healthcare informatics research*, *2*(1), 1-24.

Lorenzi, N. (2016). Hospital wayfinding bridges digital divide: Mobile solutions and personalized apps move signage to the next level. *Health Facilities Management*, *29*(9), 37-41.

Marwaha, J. S., Landman, A. B., Brat, G. A., Dunn, T., & Gordon, W. J. (2022). Deploying digital health tools within large, complex health systems: key considerations for adoption and implementation. *npj Digital Medicine*, *5*(1), 1-7.

Mather, C., Cummings, E., & Gale, F. (2018). Mobile learning in nursing: tales from the profession. *Stud Health Technol Inform*, *252*(1), 112-7.

Olu, O., Muneene, D., Bataringaya, J. E., Nahimana, M. R., Ba, H., Turgeon, Y., ... & Dovlo, D. (2019). How can digital health technologies contribute to sustainable attainment of universal health coverage in Africa? A perspective. *Frontiers in public health*, *7*, 341.

Ronquillo, Y., Meyers, A., & Korvek, S. J. (2022). Digital health. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.

Sun, O., Chen, J., & Magrabi, F. (2018). Using voice-activated conversational interfaces for reporting patient safety incidents: A technical feasibility and pilot usability study. *Stud Health Technol Inform*, *252*, 139-144.

Tran, M., Ginige, J. A., & Boulamatsis, C. (2018). Evaluation of Visualisation Techniques for Meaningful Representation of Clinical Classification Data Sets. *Stud Health Technol Inform*, *252*, 145-150.

Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]. (2020). https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2020-33679 Erişim Tarihi: 24.06.2022

Uysal, B., & Ulusinan, E. (2020). Güncel Dijital Sağlık Uygulamalarının İncelenmesi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, *1*(1), 46-60.

Uysal, B., & Ulusinan, E. (2020). Güncel Dijital Sağlık Uygulamalarının İncelenmesi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, *1*(1), 46-60.

Woods, L., Cummings, E., Duff, J., & Walker, K. (2018). Partnering in digital health design: Engaging the multidisciplinary team in a needs analysis. *Stud Health Technol Inform*, *252*, 176-181.

World Health Organization. (2016). Monitoring and evaluating digital health interventions: a practical guide to conducting research and assessment.

Yayla, E. N., & Çizmeci, B. (2022). TC Sağlık Bakanlığı'nın Mobil Sağlık Uygulamalarının Bilinirliğine Yönelik Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, *13*(33), 254-270.

# KOMPLİKASYON VARSAYIMI ALTINDA KAROTİS ARTER STENOSU TEDAVİ YÖNTEMLERİNİN MALİYET-ETKİLİLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ[1*]

İzzet Aydemir[2], Afsun Ezel Esatoğlu[3]

***Özet***

*Bu araştırmada orta dönem komplikasyonlar varsayımı altında, karoti arter stenozu tedavisinde altın standart olarak kabul edilen karotis endarterektomiye (KAE) alternatif yöntem olan karotis arter stentleme (KAS) tekniğinin maliyet etkililiğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. KAS ve KAE tekniklerine ilişkin maliyetler Türkiye'de bir Üniversite hastanesinden alınmıştır. İnme ve miyokard enfarktüsü maliyetleri ve bu sağlık durumlarının fayda değerleri (yaşam kalitesi bulguları) ile gerçekleşme olasılıkları literatürden alınmıştır. Karar Ağacı analiz modelinin uygulandığı ve 5 yıllık biz zaman diliminde ortalama maliyet ve QALY (kaliteye uyarlanmış yaşam yılları) değerinin ortaya konulduğu bu araştırmada ortalama KAS maliyeti 36.925,12 TL, QALY değeri ise 4,0635 olarak gerçekleşmiştir. Bu sonuçlar KAE grubunda 26.498,80 TL ve 4,0764 QALY olmuştur. Yapılan maliyet etkililik analizinde KAS tekniği hem yüksek maliyetli hem de düşük yaşam kalitesi bulgularına sahip olmuştur. Araştırmada KAS yönteminde ilave etkililik başına katlanılması gereken ilave maliyetler (İMEO) (-) 808.241,09 TL/QALY olarak tespit edilmiştir. İMEO, kabul edilen eşik değerin çok üzerinden olduğundan KAE tekniği maliyet etkili olarak yorumlanmıştır. Araştırmada KAS tekniğinin bütçe üzerindeki etkisi daha yüksek tespit edilmiştir.*

***Anahtar Kelimeler:*** *İlave Maliyet Etkililik Oranı, Karotis Endarterektomiye, Karoti Arter Stenozu, Karotis Arter Stentleme*

1 * Bu çalışma ağırlıklı olarak 14.06.2022 tarihinde savunması yapılan "Karotis Arter Stenozu Tedavisinde Kullanılan Karotis Endarterektomi ile Karotis Arter Stentleme Yöntemlerinin Maliyet Etkililiğinin Değerlendirilmesi" Doktora tezinden üretilmiştir.

2 Dr. Bingöl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü izzetaydemir1982@gmail.com

3 Prof. Dr. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü afsunezelesatoglu@gmail.com,

# EVALUATION OF COST-EFFECTIVENESS OF TREATMENT METHODS FOR CAROTID ARTERY STENOSIS UNDER THE ASSUMPTION OF COMPLICATIONS


***Abstract***

*In this study, it was aimed to evaluate the cost-effectiveness of the carotid endarterectomy (CAE) technique, which is accepted as the gold standard in the treatment of carotid artery stenosis, with carotid artery stenting (CAS) under the assumption of mid-term complications. Costs items related to CAS and CAE techniques were obtained from a University hospital in Turkey. Moreover, costs of stroke and myocardial infarction and the benefit values (quality of life findings) of these health conditions, and their probability were taken from the literature. Applied Decision Tree analysis model in a 5-year time horizon, the average cost of CAS was found to be 36,925.12 TL, and the QALYS (quality-adjusted life years) value was found to be 4.0635. These results were performed 26,498.80 TL as costs and 4.0764 QALYs in the CAE group. In the cost-effectiveness analysis, the CAS technique had both high cost and low quality of life findings. The additional costs (IMEO) to be incurred per additional effectiveness in the CAS method were determined as (-) 808.241,09 TL/QALYs. Since IMEO is far above the threshold value, the new method, the CAS treatment technique, could not be successful against the traditional method of CAE. In the study, the effect of the KAS technique on the budget was found to be higher.*



***Key Words:*** *Incremental Cost-Effectiveness Ratio, Carotid Endarterectomy, Carotid Artery Stenosis, Carotid Artery Stenting*


## 1. Giriş

Sağlık hizmetlerinde kanıtlar doğrultusunda karar alma ve politika geliştirme artan bir şekilde kabul görmektedir. Sağlık teknolojisi değerlendirmesi (STD), karar almada yeni ya da var olan teknolojilerin değeri (faydalar, riskler, maliyetler vb.) hakkında veriler sağlayan, farklı değerlendirme türlerini benimseyen dinamik ve hızla gelişen süreçtir (Drummond vd., 2008). Bu bakımdan STD sürecinde; sağlık hizmetlerine özgülenen teknolojilerin olası fayda ve zararları; klinik ve hasta çıktıları, ekonomik etkileri ve diğer hizmetler üzerindeki etkisi bakımından değerlendirilmektedir (Reeves, 1999). Teknolojilerin ekonomik değerlendirilmesinde, farklı sağlık teknolojileri maliyet ve sağladıkları faydalar bakımından karşılaştırılmaktadır. Ekonomik değerlendirmede kaynak kullanımı, sonuçların ölçümü ve tahmini, maliyetlerin ve sonuçların incelenmesi ve belirsizliğin tanımlanması gibi ana temalar yer almaktadır (Drummond vd., 2008; Dewar, 2010; Muennig ve Bounthavong, 2016).

Hızla yaşlanan nüfus ve çeşitli risk faktörleri farklı hastalık, ölüm ve sağlık sorunlarına neden olmaktadır. Küresel hastalık yükünü oluşturan kardiyovasküler ve serabrovasküler hastalıklar dünyada en çok yaşanan ölüm nedeni arasında yer almaktadır. Bu hastalıklar diğer birçok sağlık sorunlarının da belirleyicisi olarak görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015). Bir ateroskleroz olgusu olan karotis arter stenozu hastalığı (KrAH), nörolojik ve kardiyolojik morbidite ve mortalitenin önemli etiyolojisini oluşturmaktadır. Özellikle nüfusun yaşlanmasıyla birlikte sigara, sedanter yaşam, obezite ve hipertansiyon KrAH için temel risk faktörleridir. KrAH prevalansının 2020'de küresel olarak %1.5 olduğu tahmin edilmektedir (Song vd. 2020). KrAH, ölüm riskini artıran, inme ve kardiyak durumlara neden olabilen önemli bir kardiyovasküler ve serebrovasküler rahatsızlıktır (Hamur vd., 2016). Tüm inme vakalarının ortalama yaklaşık %15-25'inin KrAH kaynaklı olduğu ifade edilmektedir (Erickson ve Cole, 2010; Sardar vd., 2017). KrAH olan bireylerin kardiyovasküler sağlık durumlarını geliştirme riski altında olduğu da vurgulanmaktadır (Aboyans vd., 2018; Song vd. 2020). Yakın tarihli sistematik derleme niteliğindeki bir çalışma (Giannopoulos vd. 2015) KrAH olan bireylerin yaklaşık %63'ünün kardiyak olaylarla ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Geriatrik koşullar ve diğer risk faktörleri sonucu karotis arterlerin (şah damar) iç kısmında *plak* adı verilen yağ yapılanmasının oluşmasıyla arterlerde sertleşme (ateroskleroz) ve iç çapında daralmaya yol açarak KrAH oluşmaktadır. Burada gelişen ateroskleroz herhangi bir arteri etkileyebilir. Örneğin koroner arterlerde plak gelişimi miyokard enfarktüse ve inmelere yol açabilir (TND, 2020). KrAH tedavisinde 1954'lerden itibaren karotis endarterektomi (KAE) altın standart olarak kullanılmaktadır. Karotis arter stentleme (KAS) son yıllarda endarterektomiye alternatif bir yöntem olarak girişimsel müdahalede yaygınlık kazanmıştır (Mantese vd., 2010). KrAH tedavisinde amaçlanan mevcut rahatsızlığın giderilmesidir. Ancak tedavi yaklaşımıyla, başta inme olmak üzere geçici iskemik atak ile miyokard enfarktüs gibi kardiyovasküler rahatsızlıklar ve mortalite gibi majör çıktıların giderilmesi de hedeflenmektedir (Young vd., 2010; Sternbergh vd., 2012).

Buradan hareketle bu araştırmada KrAH tedavisinde kullanılan stentleme tekniğinin geleneksel yöntem olan endarterektomiye göre maliyet ve etkililik bakımından üstünlüğünün araştırılması amaçlanmıştır. Elde edilen sonuçlarla paydaşlara öneriler geliştirilmiştir.

## 2. Yöntem

Araştırmada KrAH tedavisinde kullanılan karotis endarterektomi ve karotis arter stentleme yöntemlerinin maliyet ve etkililikleri değerlendirilmiştir. Tedavi seçeneklerinin maliyet etkililiklerinin karşılaştırılması amacıyla hizmet başı ödeme yöntemine göre geri ödeme kurumu perspektifi (SGK) dikkate alınarak maliyet etkililik analizi yapılmıştır. Araştırmanın problem cümlesi; "KrAH tedavisinde kullanılan karotis endarterektomi yöntemine alternatif olarak kullanılan karotis

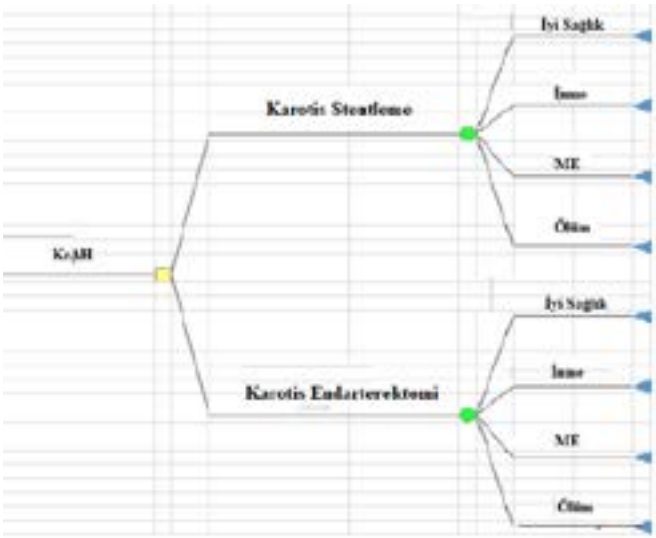
arter stentleme yöntemi, maliyet etkili midir?" şeklinde tasarlanmıştır. Araştırma evreni; 2019-2021 tarihleri arasında Ankara'da bir üniversite hastanesinde KrAH tanısı konmuş ve tedavisinde KAS ya da KAE kullanılmış hastalardan oluşmaktadır. Veri yetersizliğinden dolayı evrenden örneklem çekilmemiş olup toplam 61 kişiye ulaşılmıştır (29 KAS; 32 KAE). Retrospektif olarak tasarlanan bu araştırma belirli bir zaman aralığını kapsaması nedeniyle kesitseldir. Araştırmada endeks maliyetler ve taburculuk sonrası kontrol maliyetleri araştırmanın yürütüldüğü hastaneden elde edilmiştir. Tedavi sonrası gerçekleşebilecek olan inme ve miyokard enfarktüsü maliyetleri, Koçkaya vd. (2019)'nın çalışmasından elde edilmiştir. Analizde değerlendirilen komplikasyonlar (inme ve miyokard enfarktüsü) hastaların yaşam kalitesini en çok etkileyen komplikasyonlar olarak literatürde incelenmiştir (Mas vd., 2006; Rosenfield vd., 2016; Reiff vd., 2020). KrAH tedavisinde kullanılan KAE ve KAS kaynaklı orta dönem (tedavi sonrası ilk 30 günden sonrası) iyi/başarılı sağlık, inme, miyokard enfarktüsü ve mortalite olgusuna ilişkin gerçekleşme olasılıkları Aydemir'in (2022) çalışmasından elde edilmiştir. İnme ve miyokard enfarktüsü fayda değerleri, Jia vd. (2018)'nın çalışmasından elde edilmiştir (Tablo 1). Elde edilen verilerle Karar Ağacı modeli kullanılarak KAS ve KAE tedavi tekniklerinin ekonomik değerlendirilmesi yapılmıştır. Tedavi yöntemlerinin bütçe üzerindeki etkisini değerlendirmek için Song vd. (2020)'nın çalışmalarında tespit edilen KrAH prevelansı oranı kullanılmıştır. Toplam sağlık harcamaları olarak 2020 yılı Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık harcamaları baz alınmıştır. 5 yıllık bir zaman dilimi kapsamında değerlendirilen maliyet etkililik analizinde Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) önerdiği %3 indirgeme oranı kullanılmıştır. Duyarlılık analizinde AON, TÜİK ve ENAG kuruluşlarının 2020 yılı sağlık enflasyon oranları kullanılmıştır. Tüm maliyet verileri Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası araçları kullanılarak 2020 yılına indirgenmiştir.

**Tablo 1.** Analize Hazır Duruma Getirilmiş Maliyet Kategorileri, Sağlık Durumlarının Gerçekleşme Olasılıkları ve Yaşam Kalitesi Bulguları

| **Etkililik Ölçütleri** | **Karotis Stentleme KAS** | **Karotis Endarterektomi KAE** |
|---|---|---|
| **Maliyetler** | **Ortalama Hasta Başına Maliyetler** | **Ortalama Hasta Başına Maliyetler** |
| İyi Sağlık (endeks+izlem maliyetleri) (TL) | 9.328,67 | 6.484,13 |
| İnme (TL) | 5.094,21 | 5.094,21 |
| Miyokart Enfarktüsü (TL) | 7.675,96 | 7.675,96 |
| Mortalite (TL) | 0,00 | 0,00 |
| **Orta Dönem Sonuçlar** | | |
| İyi Sağlık (٪) | 80,28 | 81,69 |
| İnme (٪) | 6,83 | 4,58 |
| Miyokart Enfarktüsü (%) | 0,49 | 1,32 |
| Mortalite (%) | 12,40 | 12,41 |

| Etkililik Ölçütlerinin Fayda Skorları (Etkililik) | | |
|---|---|---|
| İyi Sağlık | 1,00 | 1,00 |
| İnme | 0,801 | 0,801 |
| Miyokart Enfarktüsü | 0,804 | 0,804 |
| Mortalite | 0,00 | 0,00 |

Araştırmada, Karar ağacının dalları uzman bilgisinden ve literatür taraması sonucu oluşturulmuştur (Şekil 1). Karar ağacında beklenen KAS ve KAE yöntemlerine ilişkin ortalama maliyet ve etkililik (QALYs) değerlerini elde etmek için iyi sağlık, inme, miyokard enfarktüsü ve mortalite modellenmiştir.




**Şekil 1.** Araştırmanın Karar Ağacı Modeli

## 3. Bulgular

Araştırmada 5 yıllık bir zaman perspektifinde %3 indirgeme oranı kullanılarak maliyet ve yaşam kalitesi bulgularının bugünkü değeri üzerinden Karar ağacı yöntemiyle maliyet etkililik analizi yapılmıştır. Maliyet ve QALYs (kaliteye ayarlanmış yaşam yılları) değerleri için ayrı ayrı Karar ağacı modeli çizilmiştir. Orta döneme ilişkin etkililik karar ağacında KAS yönteminin QALYs değeri yaklaşık olarak 4,0635, KAE yönteminin QALYs değeri ise yaklaşık olarak 4,0764 olarak bulunmuştur. Orta döneme ilişkin maliyet karar ağacında KAS yönteminin yaklaşık maliyet değeri 36.925,12₺, KAE yönteminin yaklaşık maliyet değeri ise 26.498,80₺ olarak hesaplanmıştır.

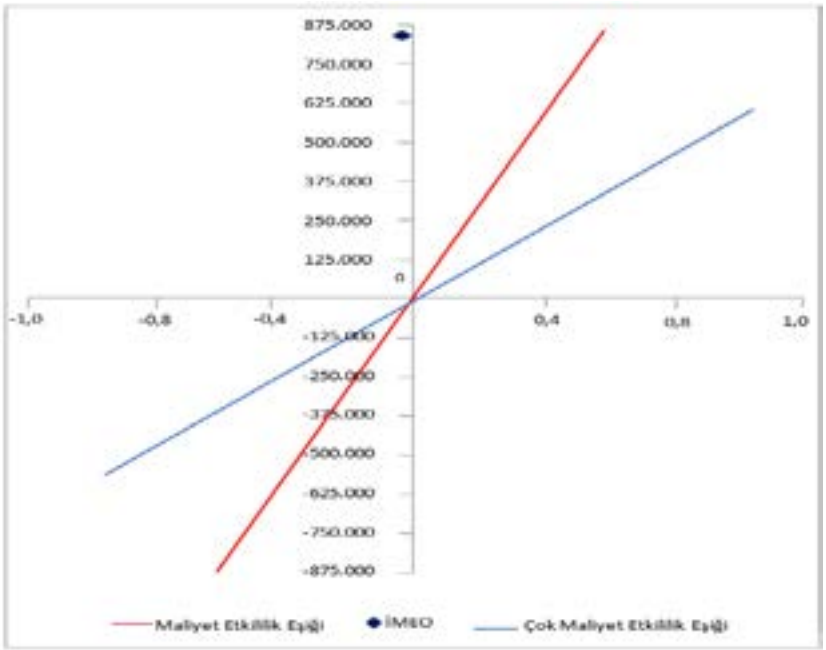
Karar ağacından elde edilen etkililik verileri ile gerçekleştirilen orta döneme ilişkin maliyet etkililik analizi sonuçlarına göre (Tablo 2) KAS yöntemi, KAE yön-

temine göre ilave 10.426,32₺ maliyet ve ilave (-)0,0129 QALYs kazanımı ile sonuçlanmıştır. İlave etkililik başına maliyetler (İMEO) (-)808.241,09TL olarak tespit edilmiştir. İMEO değerinin yüksek olması ilave 1 birimlik QALYs elde etmek için katlanılması gereken maliyet miktarının KAS tedavi yönteminde yüksek olduğunu göstermektedir. Araştırmada ayrıca KAS yönteminde 1 birimlik QALYs kazanımı için katlanılması gereken maliyet miktarı 9.087,03TL/QALYs; KAE için ise bu miktar 6.500,54TL/QALYs olarak hesaplanmıştır. Beş yıllık bir zaman perspektifinde KAS tedavisi hastalara 4,0635 QALYs sağlarken bu değer KAE grubunda 4,0764 QALYs olmuştur.

**Tablo 2.** Geri Ödeme Kurumu Perspektifi ve Karar Ağacı Verileriyle Orta Dönem Maliyet Etkililik Bulguları

| Tedavi Yöntemi | Maliyet (TL) | İlave Maliyet (TL) | Etkililik (QALYs) | İlave Etkililik (QALYs) | Maliyet/ QALYs | İlave Maliyet Etkililik Oranı (İMEO) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| KAS | 36.925,12 | 10.426,32 | 4,0635 | (-)0,0129 | 9.087,03 | (-)808.241,09 |
| KAE | 26.498,80 | … | 4,0764 | … | 6.500,54 | … |

İMEO değerinin yorumlanmasında DSÖ'nün önerdiği eşik değer (GSYİH/Gayri Safi Yurtiçi Hasıla) kullanılmıştır. TÜİK verilerine göre 2020 GSYİH yaklaşık olarak 60.525 olarak gerçekleşmiştir. Buna göre analizde İMEO değerinin negatif ve yüksek çıkması KAS yönteminin yüksek maliyet ve düşük etkililik bulguları ile sonuçlandığını göstermektedir (Şekil 2). Dolayısıyla elde edilen İMEO değeri [(-)808.241,09TL] varsayılan maliyet etkililik (181.575TL) ve çok maliyet etkililik eşik (60.525TL) değerlerinin üzerinde konumlandığından KAS yönteminin maliyet etkin olmadığını göstermektedir. Maliyet etkililik düzleminde İMEO'nun konumu dikkate alındığında KAE yönteminin alternatifini (KAS) domine ettiği görülmektedir.




**Şekil 2.** Geri Ödeme Kurumu Perspektifi ve Karar Ağacı Verileriyle Oluşturulan Orta Dönem Maliyet Etkililik Düzlemi

Duyarlılık analizinde AON (%10,90), TÜİK (%14,38) ve ENAG (17,00) kuruluşlarının 2020 yılına ilişkin enflasyon oranları KAS maliyetlerine uygulanarak İMEO, maliyet etkililik eşiğine göre yeniden yorumlanmıştır. Analiz sonucunda KAS maliyetlerine AON enflasyonu uygulandığında İMEO (-) 435.314,73TL; TÜİK enflasyonu uygulandığında İMEO (-) 320.786,82TL ve ENAG enflasyon oranı uygulandığında İMEO (-) 217.444,96TL çıkmaktadır. Her üç kurumun enflasyon oranı uygulanarak hesaplanan İMEO sonuçları maliyet etkililik eşiğine yaklaştırmış olsa da, bu değerler hala maliyet etkililiği eşiğinin üstünde ve II. bölgede olmaya devam etmiştir. Sonuç olarak KAE yöntemi KAS yöntemi karşısında maliyet etkili olmaya devam etmiştir.

Türkiye nüfusu TÜİK verilerine göre 2020 yılında 83.614.362 kişi olarak tespit edilmiştir. 2020 yılı KrAH prevelansının %1.5 varsayımı altında ödeyici kurum perspektifi ve Karar ağacı verileriyle yapılan orta dönem bütçe etki analizinde, KrAH'nın KAS ile tedavi edilmesi durumunda yıllık toplam sağlık harcamaları içinde %3,79; KAE ile tedavi edilmesi durumunda ise toplam sağlık harcamaları içinde %2,72 oranında bir yük oluşturduğu görülmektedir (Tablo 3). Elde edilen bu değerler, Song vd. (2020) çalışmalarıyla uyumlar toplam 30-79 nüfus kapsamında tahmini KrAH prevalansına sahip vakaları göstermektedir. Ancak bu tahmini hastalardan kaçının KrAH kaynaklı aktif olarak hastaneye başvurup hizmet aldıkları bilinmemektedir.

**Tablo 3.** Geri Ödeme Kurumu Perspektifi ve Karar Ağacı Verileriyle Orta Dönem Bütçe Etki Analizi Bulguları

| KrAH Verileri (2020) | Karotis Stentleme (KAS) | Karotis Endarterektomi (KAE) |
|---|---|---|
| Kişi sayısı | 656.305 | 656.305 |
| Kazanılan QALYs | 4,0635 | 4,0764 |
| Hasta Yaşam Yılı Maliyeti (Yıllık) (TL) | 36.925,12 | 26.498,80 |
| Karotis arter toplam maliyet (TL) | 24.234.062.125 | 17.391.426.195 |
| Toplam sağlık harcamaları (TL) | 640.068.952.559 | 640.068.952.559 |
| **Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)** | **3,79** | **2,72** |

## 4. Sonuç

Araştırmada komplikasyonların gelişmesi varsayımı altında inme ve miyokard enfarktüsünün maliyet, fayda değerleri ve tedavi sonrası gerçekleşme olasılıkları orta dönemde dikkate alındığında, KAS yöntemi yüksek maliyete ve düşük etkililik düzeyine sahip olmuştur. İMEO değeri hem çok maliyet etkililik eşiği hem de maliyet etkililik eşiğinin çok üstünde yer aldığından, KAS ile karşılaştırıldığında KAE tedavi yöntemi daha maliyet etkili olmuştur. Yapılan duyarlılık analizleri sonuçlar üzerinde etkili olmamıştır. KrAH prevelansının %1.5 varsayımı altında KAS'ın bütçeye etkisi daha yüksek olmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilebilir:

- Benzer endikasyonlara sahip olmak koşuluyla tedavide endarterektomi yönteminin kullanılması maliyetleri düşürecektir. Bu bakımdan KrAH tedavisinde olası sağlık teknolojilerinin seçiminin gözden geçirilmesi önerilmektedir.

- Gelecekteki çalışmaların daha fazla popülasyon üzerinde yapılması araştırmanın dışsal geçerliliğini (genellenebilirlik) artıracak sonuçlar üretecektir.

- Gelecekte yapılacak olası çalışmaların hizmet sunucu, hasta ve sosyal perspektifler doğrultusunda yürütülerek alana daha kapsamlı düzeyde katkı sağlaması önerilmektedir.

- DSÖ'nün önerdiği eşik değer dışında, Türkiye'de ödemeye isteklilik bakış açısını yansıtan eşik değerin belirlenmesi teknolojilerin ekonomik değerlendirme bakımından faydalı sonuçlar sağlayacağı düşünülmektedir.

- Ödeyici kurumun (SGK), geri ödeme kararları alırken yapılmış maliyet etkililik ya da maliyet değer çalışma bulgularını dikkate alması, kurum açısından maliyet avantajını sağlayabileceği düşünülmektedir.

## Kaynaklar


Aboyans, V., Ricco, J.B., Bartelink, M.L., Brodmann, M., Cohnert, T., Collect, J.P., Czerny, M. (2018). 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases in Collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *European Heart Journal* (EHJ), 39: 763-821.

Aydemir, İ. (2022). Karotis Arter Stenozu Tedavisinde Kullanılan Karotis Endarterektomi ile Karotis Arter Stentleme Yöntemlerinin Maliyet Etkililiğinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi ABD, Ankara.

Dewar, D.M. (2010). "Essentials of Health Economics", Jones and Bartlett Publishers, Canada.

Drummond, M.F., Schwartz, J.S., Jonsson, B., Luce, B.R., Neumann, P.J., Siebert, U., Sullivan, S.D. (2008). Key Principles for the Improved Conduct of Health Technology Assessments for Resource Allocation Decisions. *International Journal of Technology Assessment in Health Care (IJTACH),* 24(3): 244-258.

Erickson, K.M., Cole, D.J. (2010). Carotid Artery Disease: Stenting vs Endarterectomy. *British Journal of Anaesthesia (BJA),* 105 (S1): i34-i49.

Giannopoulos, A., Sakkos, S., Abbott, A., Naylor, A.R., Richards, T., Mikhailidis, D.P., Geroulakos, G., Nicolaides, A.N. (2015). Long-Term Mortality in Patients with Asymptomatic Carotid Stenosis: Implications for Statin Therapy. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery (EJVES),* 50(5): 573-582.

Hamur, H., Değirmenci, H., Bakırcı, E.M., Topal, E. (2016). Karotis Arter Hastalığının Güncel Girişimsel Tedavisi. *MN Kardiyoloji*, 23(2): 147-157

Jia, H., Lubetkin, E.I., Barile, J.P., Lohnson, W.H., Demichele, K., Stark, D.S., Zack, M.M., Thompson, W.W. (2018). Quality-Adjusted Life Years (QALY) for 15 Chronic Conditions and Combinations of Conditions Among US Adults Aged 65 and Older. *Med Care*, 56: 740-746.

Koçkaya, G., Oğuzhan, G.E., Özin, B., Yılmaz, K.C., Çiftçi, O., Çavuş, F., Sharaf, A.M., Büyüktune, N., Büyükışık, T., Saylan, M. (2019). Cost Analysis of Management of Cardiovascular Disease Comorbidities in Turkey. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research (JPHSR),* 10: 197-202.

Mantese, V.A., Timaran, C.H., Chiu, D., Begg, R.J., Brott, T.G. (2010). The Carotid Revascularization Endarterectomy versus Stenting Trial (CREST): Stenting versus Carotid Endarterectomy for Carotid Disease. *Stroke*, 41: 31-34.

Mas, J.L., Chatellier, G., Beyssen, B. vd. (2006). Endarterectomy versus Stenting in patients with Symptomatic Severe Carotid Stenosis. *N Engl J Med (NEJM),* 355: 1660-1671.

Muennig, P., Bounthavong, M. (2016). "Cost-Effectiveness Analysis in Health: A Practical Approach", 3th Ed., Jossey- Bass, San Francisco.

Reiff, T., Eckstei, H.H., Mansman, U., Jansen, O., Fraedric, G., vd. (2020). Angioplasty in Asymptomatic Carotid Artery Stenosis vs. Endarterectomy Compared to Best Medical Treatment: One-Year İnterim Results of SPACE-2. *International Journal of Stroke (IJS)*, 15(6): 638-649.

Reeves, B. (1999). Health-Technology Assessment in Surgery. *The Lancet*, 353: 3-5.

Rosenfield, K., Matsumura, J.S., Chaturvedi, S., Riles, T., Ansel, G.M., Metzger, D.C., Wechsler, L., Jaff, M.R., Gray, W. (2016). Randomized Trial of Stent versus Surgery for asymptomatic Carotid Stenosis. *The New England Journal of Medicine (NEJM)*, 374: 1011-1020.

Sağlık Bakanlığı (2015). Türkiye kalp ve damar hastalıkları önleme ve kontrol programı, Eylem Planı (2015-2020), Ankara.

Song, P., Fang, Z., Wang, H., Cai, Y., Rahimi, K., Zhu, Y., Fowkes, F.G.R., Fowkes, F.J.L., Rudan, I. (2020). Global and Regional Prevalence, Burden, and Risk Factors for Carotid Atherosclerosis: A Systematic Review, Meta-Analysis, and Modelling Study. *Lancet*, 8: e721-729.

Sternbergh, W.C., Crenshaw, G.D., Bazan, H.A., Smith, T.A. (2012). Carotid Endarterectomy is More Cost-Effective than Carotid Artery Stenting. *Journal Of Vascular Surgery (JVS)*, 55(6): 1623-1628.

Türk Nöroşirürji Derneği (2020). Karotis Arter Hastalığı, (https://www.turknorosirurji.org.tr/TNDData/Books/152/norovaskuler-cerrahi-ogretim-ve-egitim-grubu.pdf), Erişim Tarihi: 18.08.2020.

Young, K.C., Holloway, R.G., Burgin, W.S., Benesch, C.G. (2010). A Cost-Effectiveness Analysis of Carotid Artery Stenting Compared with Endarterectomy. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases (JSCD),* 19(5): 404-409.

# YÜKSEK GELİR GRUBUNDA YER ALAN ÜLKELERİN SAĞLIK HARCAMALARI AÇISINDAN VZA YÖNTEMİYLE İNCELENMESİ

Fevzi Akbulut [1]

***Özet***

*Ülke ekonomileri içerisinde sağlık harcamalarının önemli bir yeri vardır. Sağlık harcamalarının etkinliği konusu ise gelişen teknolojiyle birlikte sağlık harcamalarının sürekli artış gösterdiği, kaynakların kıtlığını koruduğu, müşteri beklenti ve isteklerinin arttığı günümüzde çok daha önemli hale gelmiştir. Bu bağlamda sağlık harcamalarında etkin düzeye ulaşmak tüm ülkelerin esas amaçlarından biri olmaktadır. Bu çalışmada ülkelerin sağlık harcamalarının etkinliğini ölçmek amacıyla yüksek gelir grubunda yer alan 80 ülkenin 2018 yılı verileri kullanılarak dört girdi ve iki çıktı değişkeni yardımıyla Veri Zarflama Analizi yöntemi kullanılmıştır. Çalışmada girdi yönelimli Charnes-Cooper-Rhodes ve Banker-Charnes-Cooper modelleri kullanılmıştır. Araştırma verilerinin analizi için R Studio paket programlarından yararlanılmıştır. Araştırma sonucunda, Charnes-Cooper-Rhodes modeline göre analiz sonucunda toplam etkinlik ortalamaları 0,83 olarak bulunmuştur. Banker-Charnes-Cooper modeline göre ise teknik etkinlik ortalamaları 0,91 olarak bulunmuştur.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Veri Zarflama Analizi, Verimlilik, Sağlık Harcamaları*

# INVESTIGATION OF HIGH-INCOME COUNTRIES IN TERMS OF HEALTH EXPENDITURES BY DEA METHOD

***Abstract***

*Health expenditures have an important place in national economies. The issue of the effectiveness of health expenditures has become much more important today, where health expenditures are constantly increasing with the developing technology, resources are scarce, and customer expectations and demands*

1 Arş. Gör., Bingöl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, fevziakbulut07@gmail.com

*are increasing. In this context, reaching an effective level in health expenditures is one of the main goals of all countries. In this study, Data Envelopment Analysis method was used with the help of four input and two output variables by using 2018 data of 80 countries in the high income group in order to measure the effectiveness of health expenditures of countries. Input-oriented Charnes-Cooper-Rhodes and Banker-Charnes-Cooper models were used in the study. R Studio package programs were used for the analysis of the research data. As a result of the research, the total efficiency averages were found to be 0.83 as a result of the analysis according to the Charnes-Cooper-Rhodes model. According to the Banker-Charnes-Cooper model, technical efficiency averages were found to be 0.91.*

***Key Words**: Data Envelopment Analysis, Efficiency, Health Expenditures*

## 1. Giriş

Bir ülkenin en değerli sermayesi olan insanın, ekonomik faaliyetlere verimli bir şekilde katılması için ilk olarak sağlık koşullarının iyileştirilmesi gerekmektedir. Sürdürülebilir bir kalkınma çabası içinde bulunan bütün ülkeler insan unsuru ile ilgili bulunan sağlık hizmetlerini iyileştirmek durumundadır. Bir hizmet alanı olarak sağlık, bir taraftan insan ve toplum yaşamını doğrudan ilgilendirmekte; diğer taraftan emek faktörünün kalitesine katkıları yanında yatırım, istihdam ve üretim yoluyla bir bütün olarak ekonomik performansı etkilemektedir. Üstelik sağlık düzeyi bir ülkenin kalkınmışlık derecesini en iyi şekilde ortaya koyan bir göstergedir.

Ülke ekonomileri ve sağlık sistemleri içerisinde sağlık harcamalarının önemli bir yeri bulunmaktadır. Sağlık çıktılarının önemli bir belirleyicisi olan sağlık harcamalarının etkin bir şekilde kullanılması tüm ülkelerin temel amaçlarındandır. Ülkeler sağlık sistemlerinden elde ettikleri çıktılara karşın sağlık harcaması seviyesinin ne olması gerektiği konusunda tartışmalar bulunmaktadır. Her ülkenin kendine özgü sağlık statülerinin ve ekonomik yapılarının olması ülkeler arasında sağlık harcamalarının karşılaştırılmasını güçleştirmektedir. Sağlık harcamalarının karşılaştırılmasında çok çeşitli yöntemler kullanılmaktadır (Boz ve Sur, 2016). Ülkelerin sağlık sistemlerinin ve harcamalarının etkinliklerinin karşılaştırılmasında kullanılan yöntemlerden biri de Veri Zarflama Analizi(VZA)'dir.

Veri Zarflama Analizi Charnes, Cooper ve Rhodes tarafından geliştirilmiş bir performans ölçme tekniği olup, her karar alma birimindeki etkinsizlik miktarını ve kaynaklarını tanımlayabilmektedir. Bütün karar alma birimlerinin üretim sınırları dâhilinde, etkin olmayan birimleri referans kümelerindeki bütün diğer birimler gibi etkin yapmak için gerekli olan girdi miktarının azaltılması veya çıktı miktarının artırılması gibi kararların alınabilmesine olanak vermektedir. Veri Zarflama Analizi, çok girdili ve çok çıktılı üretim ortamlarında verimlilik ölçümünde ve özellikle hizmet sektöründeki performans ölçümünde oldukça iyi sonuçlar ve-

ren bir yöntemdir. Ayrıca birimlerin kârlılık durumlarını da ortaya koyarak etkinlik düzeyleri ile olan ilişkilerini belirleyebilmektedir (Ayanoğlu vd., 2010).

VZA girdiye ve çıktıya yönelik yapılabilmektedir. Ayrıca hem girdiye yönelik hem de çıktıya yönelik analizlerde ölçeğe göre sabit getiri varsayımına dayanan Charnes-Cooper-Rhodes(CCR) modeli ve ölçeğe göre değişken getiri varsayımına dayanan Banker-Charnes-Cooper(BCC) modeli uygulanabilmektedir (Charnes vd., 1978; Charnes vd., 1994). CCR modeli, ölçeğe göre sabit getiri varsayımı altında KVB'lerin toplam etkinlik skorlarını hesaplamaktadır (Tarım, 2001: 219). BCC modeli ise ölçeğe göre artan, azalan veya sabit getiri altında teknik ve ölçek etkinliğin ayırımını yapar ve bir ölçekte teknik etkinliği verir (Banker vd., 1984).

Bu araştırmanın amacı Dünya Bankası gelir sınıflandırması dikkate alınarak yüksek gelir grubunda yer alan ülkelerin VZA yöntemiyle sağlık harcamalarının etkinliğini ölçmektir. Analiz sonucunda belirlenen bu değişkenlere göre ülkelerin etkin sınırı, etkin sınırın altında kalan ülkelerin verimsizlik nedenlerinin tespit edilmesi, ülkelerin etkin sınıra ulaşabilmeleri için girdilerini getirmeleri gereken miktarlar ve potansiyel iyileştirme oranlarının belirlenmesi sağlanacaktır. Ayrıca kullanılacak değişkenlerin ve karar birimlerinin seçiminde ve aykırı değişkenlerin tespitinde istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır.

## 2. Yöntem

Dünya Bankası gelir sınıflandırmasına göre yüksek gelir grubuna dâhil olan ülkelerin sağlık harcamalarının etkinliği değerlendirilmiştir. Yüksek gelir grubuna 80 ülke dâhildir. Araştırmada Dünya Bankasından elde edilen ve en güncel olan 2018 yılı verileri kullanılmıştır. Durumun böyle olması grup içerisindeki ülkelerin tamamına erişimi kısıtlamış olup verilerine tam ulaşılan 53 ülke araştırma kapsamına alınıp analiz edilmiştir.

VZA yöntemiyle değerlendirme yapılan bu çalışmada ülkelerin sağlık harcamalarının etkinliğini belirlemek adına CCR ve BCC girdiye yönelik modellere başvurulmuştur. Araştırma verilerinin analizi için R Studio paket programlarından yararlanılmıştır. Paket programlarının neticesindeki analiz sonuçları Excel programına aktarılmıştır. Elde edilen bu sonuçlar ise uygun tablo ve grafiklerle oluşturularak ifade edilmiştir. Araştırmada ön analiz olarak değişkenlere Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda hem girdiler hem de çıktılar arasında yüksek ilişki bulunan ilişki düzeyinin özellikle girdiler açısından kuvvetli olduğu değişkenler araştırmadan çıkarılmıştır. Değişkenler belirlendikten sonra aykırı değerlere sahip ülkeler "Mahalanobis Uzaklığı" ölçülerek yüksek değerler tespit edilmiş ve Mahalanobis skorlarının ki-kare değerleri alınarak $p<0,05$* anlamlılık derecesine sahip 6 ülke analizden çıkarılarak 47 ülke analiz edilmiştir.

## 3. Bulgular

Aşağıda yer alan Tablo 1'de değişkenler arasındaki Spearman korelasyon katsayıları verilmiştir. 8 Adet girdi ve 2 adet çıktı değişkeni arasından 4 adet girdi ve 2 adet çıktı değişkeni araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırmaya aralarında zayıf korelasyon (>0,4*) bulunan kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı, kişi başına düşen kamu sağlık harcamaları, kişi başına düşen özel sektör sağlık harcamaları ve kişi başına cepten yapılan sağlık harcamaları girdi değişkeni, bebek ölüm hızı ve doğumda beklenen yaşam süresi çıktı değişkeni olarak belirlenmiştir. Diğer değişkenlerin yüksek olması istenirken bebek ölüm hızı değişkeninin düşük olması istendiği için bu değerlerin tersi alınarak araştırmaya dâhil edilmiştir.

**Tablo 1.** Değişkenlere Ait Spearman Korelasyon Sonuçları

| | Sağlık Har. GSYİH'ya Oranı | Kişi Başına Düşen Sağlık Har. | Kamu Sağlık Har. Toplam Sağ Har. Oranı | Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Har. | Özel Sektör Sağlık Har. GSYİH'ya Oranı | Kişi Başına Özel Sektör Sağlık Har. | Bebek Ölüm Hızı (-) | Doğumda Beklenn Yaşam Süresi | Cepten Yapılan Sağlık Har.Top Sağ.Har. Oranı | Kişi Başına Cepten Yapılan Sağlık Har. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sağlık Har. GSYİH'ya Oranı | - | 0.7353 | 0.0598 | 0.7061 | -0.0546 | 0.6686 | 0.3831 | 0.5893 | -0.1191 | 0.6874 |
| Kişi Başına Düşen Sağlık Har. ($) | | - | 0.1300 | 0.9552 | -0.1248 | 0.8679 | 0.5831 | 0.7506 | -0.3067 | 0.8350 |
| Kamu Sağlık Har. Toplam Sağlık Har. Oranı | | | - | 0.3705 | -0.9994 | -0.2689 | 0.2472 | 0.0739 | -0.6996 | -0.1867 |
| Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Har. ($) | | | | - | -0.3656 | 0.7328 | 0.6294 | 0.7089 | -0.4690 | 0.7221 |
| Özel Sektör Sağlık Har. GSYİH'ya Oranı | | | | | - | 0.2751 | -0.2384 | -0.0667 | 0.6977 | 0.1917 |
| Kişi Başına Düşen Özel Sektör Sağlık Har. ($) | | | | | | - | 0.4363 | 0.6917 | -0.0236 | 0.8791 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Bebek Ölüm Hızı | - | 0.6770 | -0.1016 | 0.5288 |
| Doğum-da Bek-lenen Yaşam Süresi | | - | -0.1181 | 0.7037 |
| Cepten Yapılan Sağlık Har. Toplam Sağlık Har. Oranı | | | - | 0.1863 |
| Kişi Başına Cepten Yap. Sağlık Har. ($) | | | | - |

Aşağıda yer alan Tablo 2'de görüldüğü üzere Mahalanobis değerleri yüksek olan ülkeler belirlenmiş ve Ki-Kare değerleri (p<0,05*) anlamlılık düzeyinde olan ülkeler araştırmadan çıkarılmıştır. Bu ülkeler sırasıyla; A.B.D., Barbados, Brunei, İsviçre, Norveç ve Trinidad ve Tobago olmuştur. Aykırı değerlere sahip ülkelerde araştırmadan çıkarıldıktan sonra 47 ülke girdiye yönelik CCR ve BCC modelleri kullanılarak analiz edilmiştir.

**Tablo 2.** Üst Gelir Grubu Ülkelere Ait Mahalanobis ve Ki-kare Değerleri

| Ülkeler | Mahalanobis | Ki-Kare | Ülkeler | Mahalanobis | Ki-Kare |
|---|---|---|---|---|---|
| Antigua ve Barbuda | 2,53 | 0,77 | Letonya | 9,06 | 0,10 |
| Avustralya | 1,19 | 0,94 | Litvanya | 5,99 | 0,30 |
| Avusturya | 2,41 | 0,78 | Lüksemburg | 4,64 | 0,46 |
| Bahamalar | 8,33 | 0,13 | Malta | 5,18 | 0,39 |
| Bahreyn | 1,97 | 0,85 | Norveç | 13,21 | 0,02 |
| Barbados | 11,13 | 0,04 | Hollanda | 5,25 | 0,38 |
| Belçika | 2,27 | 0,80 | Yeni Zelanda | 1,63 | 0,89 |
| Brunei | 11,32 | 0,04 | Umman | 9,31 | 0,09 |
| Kanada | 1,37 | 0,92 | Panama | 10,30 | 0,06 |
| Şili | 3,42 | 0,63 | Polonya | 2,12 | 0,83 |
| Hırvatistan | 3,90 | 0,56 | Portekiz | 1,82 | 0,87 |
| Kıbrıs | 7,66 | 0,17 | Katar | 2,40 | 0,79 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Çekya | 3,11 | 0,68 | Romanya | 3,75 | 0,58 |
| Danimarka | 5,06 | 0,40 | Suudi Arabistan | 2,77 | 0,73 |
| Estonya | 3,52 | 0,6 | Seyşeller | 7,65 | 0,17 |
| Finlandiya | 2,05 | 0,84 | Singapur | 5,11 | 0,40 |
| Fransa | 4,48 | 0,48 | Slovakya | 2,19 | 0,82 |
| Almanya | 1,86 | 0,86 | Slovenya | 3,70 | 0,59 |
| Yunanistan | 4,21 | 0,51 | İspanya | 3,09 | 0,68 |
| Macaristan | 4,26 | 0,51 | İsveç | 4,01 | 0,54 |
| İzlanda | 5,61 | 0,34 | İsviçre | 41,70 | 0,00000006 |
| İrlanda | 2,36 | 0,79 | Trinidad ve Tobago | 15,58 | 0,008 |
| İsrail | 1,67 | 0,89 | Birleşik Arap Emirlikleri | 5,91 | 0,31 |
| İtalya | 3,04 | 0,69 | Birleşik Krallık | 1,24 | 0,93 |
| Japonya | 3,91 | 0,56 | A.B.D. | 32,58 | 0,000004 |
| Güney Kore | 3,12 | 0,68 | Uruguay | 0,73 | 0,98 |
| Kuveyt | 5,03 | 0,41 | | | |

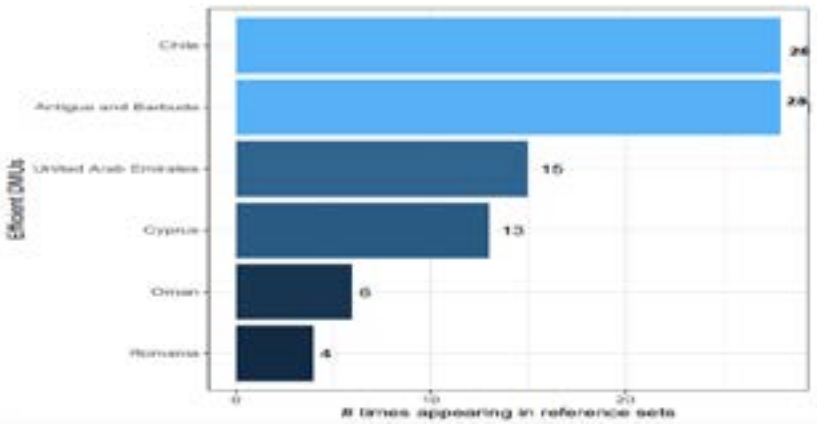
### 3.1. CCR Araştırma Bulguları

Bu bölümde yüksek gelir grubu içerisinde yer alan ülkelerin verimliliği girdi odaklı CCR modeliyle ele alınmıştır. Bu ülkelerin 2018 yılındaki verilerinin CCR yöntemiyle değerlendirilmesi sonucunda ortaya çıkan skor ortalaması 0,83 olarak bulunmuştur. KVB(karar verme birimi)'ler içerisinde en düşük verimliliğe sahip ülkenin 0,63 verimlilik oranıyla İzlanda olduğu görülmüştür. Bu değerlendirme bulgusu neticesinde Antigua ve Barbuda, Şili, Kıbrıs, Umman, Romanya ve Birleşik Arap Emirlikleri etkin olarak tespit edilmiştir. Aşağıda Tablo 3'te yüksek gelir grubuna sahip olan ülkelerin VZA CCR sonuçları ifade edilmiştir. CCR etkinlik skorlarına bakıldığında, %60'ın altında verimliliğe sahip KVB'ye rastlanmamıştır. %60-%70 aralığında 11 KVB, %70-%90 aralığında 20 KVB, %90-%100 aralığında 10 KVB, etkin sınırda da 6 KVB tespit edilmiştir.

**Tablo 3.** Yüksek Gelir Grubunda Yer Alan Ülkelerin CCR Girdi Yönelimli Etkinlik Skorları

| KVB Adı | CCR Etkinlik Skorları | KVB Adı | CCR Etkinlik Skorları |
|---|---|---|---|
| Antigua ve Barbuda | 1 | Letonya | 0,96 |
| Avustralya | 0,69 | Litvanya | 0,89 |
| Avusturya | 0,65 | Kuveyt | 0,85 |
| Bahamalar | 0,95 | Lüksemburg | 0,67 |
| Bahreyn | 0,98 | Malta | 0,80 |
| Belçika | 0,65 | Hollanda | 0,77 |
| Kanada | 0,70 | Yeni Zelanda | 0,72 |
| Şili | 1 | Umman | 1 |
| Hırvatistan | 0,95 | Panama | 0,92 |
| Kıbrıs | 1 | Polonya | 0,94 |
| Çekya | 0,84 | Portekiz | 0,84 |
| Danimarka | 0,64 | Katar | 0,87 |
| Estonya | 0,82 | Romanya | 1 |
| Finlandiya | 0,68 | Suudi Arabistan | 0,86 |
| Fransa | 0,72 | Seyşeller | 0,96 |
| Almanya | 0,65 | Singapur | 0,93 |
| Yunanistan | 0,99 | Slovakya | 0,88 |
| Macaristan | 0,90 | Slovenya | 0,83 |
| İzlanda | 0,63 | İspanya | 0,79 |
| İrlanda | 0,68 | İsveç | 0,66 |
| İsrail | 0,78 | Birleşik Arap Emirlikleri | 1 |
| İtalya | 0,77 | Birleşik Krallık | 0,69 |
| Japonya | 0,72 | Uruguay | 0,84 |
| Güney Kore | 0,84 | | |

Aşağıda yer alan Şekil 1'de ise verimli olarak tespit edilen KVB'lerin referans alınma sıklıkları gösterilmiştir Buna göre VZA CCR skorlarına göre Şili 28, Antigua ve Barbuda 28, Birleşik Arap Emirlikleri 15, Kıbrıs 13, Umman 6, Romanya 4 kez referans olarak alınmıştır.




**Şekil 1.** Verimli Olarak Tespit Edilen KVB'lerin Referans Sıklıkları

KVB'ler içerisinde en düşük skorlara sahip olan 2 KVB'nin verimli hale gelebilmesi için referans alması gereken KVB'lere bakıldığında, en düşük verimliliğe sahip olan İzlanda'nın etkin seviyede olabilmesi için Antigua ve Barbuda'yı %11, Şili'yi %102 oranında referans almalıdır. Aynı şekilde en düşük etkinliğe sahip ikinci KVB olan Danimarka'nın ise etkin olabilmesi için %21 oranında Antigua ve Barbuda'yı, %80 oranında Şili'yi referans olarak almalıdır. Tespit edilen bu değerler aşağıda yer alan Tablo 4'te ifade edilmiştir.

**Tablo 4.** Verimsiz KVB'lerin Referans Alması Gereken KVB'ler

| KVB Adı | Antigua ve Barbuda | Şili | Kıbrıs | Oman | Romanya | Birleşik Arap Emirlikleri |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Antigua ve Barbuda | - | - | - | - | - | - |
| Avustralya | - | - | 0,6664 | - | - | 0,3712 |
| Avusturya | - | 0,4443 | 0,5275 | - | | 0,0448 |
| Bahamalar | - | 0,167 | 0,395 | - | - | 0,4313 |
| Bahreyn | 0,7905 | 0,2092 | - | - | - | - |
| Belçika | - | 0,8829 | 0,1351 | - | - | - |
| Kanada | - | - | 0,4584 | - | - | 0,5782 |
| Şili | - | - | - | - | - | - |
| Hırvatistan | 0,3273 | - | - | 0,6815 | - | - |
| Kıbrıs | - | - | - | - | - | - |
| Çekya | 0,7229 | - | - | 0,3021 | - | - |
| Danimarka | 0,2195 | 0,8006 | - | - | - | - |
| Estonya | 0,9893 | 0,0273 | - | - | - | - |
| Finlandiya | 0,1809 | 0,8474 | - | - | - | - |
| Fransa | 0,1155 | 0,3019 | - | - | - | 0,6378 |
| Almanya | - | 0,6628 | 0,0967 | - | - | 0,2574 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Yunanistan | - | 0,9635 | 0,0578 | - | - | - |
| Macaristan | 0,8575 | - | - | - | 0,1449 | - |
| İzlanda | 0,0121 | 1,0236 | - | - | - | - |
| İrlanda | - | 0,0923 | 0,3 | - | - | 0,6499 |
| İsrail | - | 0,6208 | 0,2595 | - | - | 0,156 |
| İtalya | 0,3767 | 0,6795 | - | - | - | - |
| Japonya | 0,6811 | 0,3979 | - | - | - | - |
| Güney Kore | - | 0,6558 | 0,3728 | - | - | - |
| Letonya | 0,1985 | - | - | - | 0,8001 | - |
| Litvanya | 0,7366 | 0,2657 | - | - | - | - |
| Kuveyt | 0,8674 | 0,1352 | - | - | - | - |
| Lüksemburg | 0,4436 | 0,602 | - | - | - | - |
| Malta | - | 0,8592 | 0,1692 | - | - | - |
| Hollanda | - | - | 0,323 | - | - | 0,7159 |
| Yeni Zelanda | 0,1455 | 0,5721 | - | - | - | 0,3197 |
| Umman | - | - | - | - | - | - |
| Panama | 0,8986 | 0,1155 | - | - | - | - |
| Polonya | 0,7656 | - | - | 0,2414 | - | - |
| Portekiz | 0,003 | 1,0131 | - | - | - | - |
| Katar | 0,75 | - | - | 0,0804 | - | 0,2081 |
| Romanya | - | - | - | - | - | - |
| Suudi Arabistan | 0,8741 | - | - | 0,0575 | - | 0,0678 |
| Seyşeller | 0,3903 | - | - | - | - | - |
| Singapur | - | - | 0,768 | - | - | 0,2727 |
| Slovakya | 0,6428 | - | - | 0,3346 | 0,0248 | - |
| Slovenya | 0,7566 | 0,0189 | - | - | - | 0,2788 |
| İspanya | 0,266 | 0,7869 | - | - | - | - |
| İsveç | 0,3559 | 0,6896 | - | - | - | - |
| Birleşik Arap Emirlikleri | - | - | - | - | - | - |
| Birleşik Krallık | 0,3155 | 0,7121 | - | - | - | - |
| Uruguay | 0,7651 | 0,115 | - | - | - | 0,1252 |

Aşağıda yer alan Tablo 5'te Dünya Bankası gelir sınıflamasına göre yüksek gelirli grupta yer alıp girdi yönelimli yapılan verimlilik analizi sonucunda etkin sınırın altında kalan ülkelerin etkin olabilmeleri için girdi kaynaklarını getirmeleri gereken değerler gösterilmektedir. Diğer taraftan etkin sınırda yer alan ülkelerin hedef girdileri ile mevcut girdilerinin aynı olmasından dolayı söz konusu ülkelerin değerleri verilmemiştir. Analiz sonuçları incelendiğinde dikkat çeken bulguların olduğu görülmektedir. Diğer ülkelere göre yapılan harcama miktarlarına göre üst sıralarda yer alan ülkelerin analiz sonucunda etkin sınırda yer almadıkları ve çoğunluğunun etkinlik ortalamalarının altında kaldığı görülmektedir. Etkin sınırın altında kalan ülkelerin verimsiz bulunmalarına neden olan etkenlerin başında

mevcut girdi kaynakları ile elde etmeleri beklenen çıktıyı elde edememeleridir. Girdi yönelimli yapılan analiz sonucunda 47 ülke içerisinde 6 tanesinin etkin sınırda yer aldığı diğer bir ifade ile verimli olduğu tespit edilmiştir. Etkin sınırda yer alamasa da etkin sınıra en yakın ülkenin %99 verimlilik oranı ile Yunanistan olduğu görülmektedir. Diğer taraftan ülkeler içerisinde etkin sınıra en uzak diğer bir ifade ile en verimsiz olarak bulunan ülkenin ise İzlanda'dır. İzlanda'nın girdi kaynaklarının ortalama değeri diğer ülkelere kıyasla daha fazla olmasına rağmen yeterli çıktı düzeyine ulaşamaması en verimsiz ülke olarak bulunulmasına neden olmuştur. Diğer taraftan Yunanistan'ın girdi kaynaklarının ortalama değeri diğer ülkelere kıyasla düşük olmasına rağmen yüksek verimlilik düzeyine sahip olmasının temel nedeni yüksek bir çıktı değerine ulaşmış olmasıdır. Analiz sonucunda verimsiz çıkan ülkeler genel olarak incelendiğinde potansiyel çıktı düzeylerine ulaşamamaları en büyük verimsizlik nedeni olarak görülmektedir.

**Tablo 5.** Etkin Olmayan KVB'lerin CCR Modeline Göre Girdilerini Getirmesi Gereken Miktarlar

| KVB Adı | Kişi Başına Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları ($) | | Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcamaları ($) | | Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı | | Kişi Başına Düşen Özel Sektör Sağlık Harcamaları ($) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mevcut Değer | Etkin Olması için Hedef Değer/ Fark | Mevcut Değer | Etkin Olması için Hedef Değer/ Fark | Mevcut Değer | Etkin Olması için Hedef Değer/ Fark | Mevcut Değer | Etkin Olması için Hedef Değer/ Fark |
| Avustralya | 956 | 661(-295) | 3690 | 911(-2779) | 69 | 48(-21) | 1675 | 1078(-596) |
| Avusturya | 1042 | 681(-361) | 3863 | 816(-3047) | 73 | 47(-25) | 1459 | 952(-506) |
| Bahamalar | 547 | 521(-26) | 1000 | 861(-139) | 50 | 48(-2) | 992 | 944(-47) |
| Bahreyn | 298 | 252(-46) | 585 | 538(-47) | 59 | 58(-1) | 409 | 404(-5) |
| Belçika | 936 | 543(-393) | 3944 | 767(-3177) | 77 | 51(-26) | 1190 | 784(406) |
| Kanada | 752 | 529(-223) | 3522 | 929(-2593) | 70 | 49(-21) | 1497 | 1026(-471) |
| Hırvatistan | 106 | 90(-16) | 844 | 564(-280) | 83 | 79(-4) | 170 | 162(-8) |
| Çekya | 250 | 150(-100) | 1460 | 530(-930) | 83 | 70(-13) | 305 | 258(-47) |
| Danimarka | 855 | 429(-426) | 5215 | 698(-4517) | 84 | 54(-30) | 1002 | 643(-359) |
| Estonya | 382 | 202(-180) | 1143 | 500(-643) | 74 | 61(-13) | 409 | 338(-71) |
| Finlandiya | 832 | 444(-388) | 3547 | 714(-2833) | 79 | 54(-25) | 968 | 664(-303) |
| Fransa | 433 | 315(-118) | 3537 | 877(-2660) | 76 | 55(-21) | 1121 | 814(-306) |
| Almanya | 703 | 463(-240) | 4252 | 813(-3439) | 78 | 51(-26) | 1230 | 809(-420) |
| Yunanistan | 578 | 516(-62) | 812 | 761(-51) | 52 | 51(-1) | 758 | 754(-4) |
| Macaristan | 283 | 183(-100) | 747 | 495(-252) | 70 | 63(-7) | 327 | 296(-31) |
| İzlanda | 1041 | 497(-544) | 5415 | 762(-4653) | 82 | 53(-30) | 1151 | 736(-415) |
| İrlanda | 659 | 453(-206) | 4065 | 931(-3134) | 74 | 51(-23) | 1419 | 976(-442) |
| İsrail | 714 | 560(-154) | 2149 | 824(-1325) | 65 | 51(-14) | 1114 | 874(-240) |
| İtalya | 707 | 400(-307) | 2216 | 685(-1531) | 74 | 57(-17) | 785 | 607(-177) |
| Japonya | 553 | 322(-231) | 3565 | 625(-2940) | 84 | 61(-23) | 691 | 504(-187) |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Güney Kore | 826 | 639(-187) | 1487 | 800(-647) | 58 | 49(-9) | 1057 | 890(-167) |
| Kuveyt | 185 | 144(-41) | 1529 | 534(-995) | 88 | 76(-13) | 205 | 175(-29) |
| Letonya | 433 | 269(-164) | 658 | 554(-104) | 60 | 58(-2) | 442 | 427(-15) |
| Litvanya | 393 | 231(-162) | 824 | 521(-303) | 66 | 59(-7) | 421 | 376(-45) |
| Lüksemburg | 652 | 376(-276) | 5288 | 660(-4628) | 85 | 57(-8) | 851 | 573(-277) |
| Malta | 944 | 561(-383) | 1748 | 778(-970) | 63 | 51(-12) | 1005 | 805(-199) |
| Hollanda | 576 | 444(-132) | 3510 | 944(-2566) | 66 | 51(-15) | 1825 | 994(-831) |
| YeniZelanda | 521 | 378(-143) | 3021 | 793(-2228) | 75 | 54(-21) | 1016 | 737(-279) |
| Panama | 324 | 227(-97) | 730 | 521(-209) | 64 | 60(-4) | 401 | 372(-29) |
| Polonya | 203 | 156(-47) | 696 | 515(-181) | 71 | 67(-4) | 282 | 266(-16) |
| Portekiz | 663 | 490(-173) | 1355 | 750(-605) | 61 | 52(-9) | 859 | 725(-133) |
| Katar | 221 | 194(-27) | 1239 | 607(-632) | 72 | 63(-9) | 492 | 431(-60) |
| Suudi Arabistan | 213 | 185(-28) | 943 | 522(-421) | 70 | 61(-9) | 398 | 346(-52) |
| Seyşeller | 203 | 155(-48) | 620 | 519(-101) | 74 | 72(-2) | 217 | 209(-7) |
| Singapur | 775 | 726(-49) | 1334 | 905(-429) | 50 | 47(-3) | 1334 | 1106(-227) |
| Slovakya | 245 | 139(-106) | 1030 | 524(-506) | 79 | 70(-9) | 270 | 238(-32) |
| Slovenya | 259 | 218(-41) | 1571 | 642(-929) | 72 | 61(-11) | 599 | 502(-96) |
| İspanya | 609 | 431(-178) | 1926 | 711(-1215) | 70 | 56(-14) | 815 | 648(-166) |
| İsveç | 838 | 401(-437) | 5091 | 682(-4409) | 85 | 56(-28) | 914 | 608(-306) |
| Birleşik Krallık | 725 | 404(-321) | 3390 | 679(-2711) | 79 | 55(-14) | 880 | 611(-269) |
| Uruguay | 273 | 230(-43) | 1165 | 574(-591) | 69 | 58(-11) | 521 | 438(-82) |

**Tablo 6.** Etkin Olmayan KVB'lerin Potansiyel İyileştirme Oranları

| KVB Adı | Kişi Başına Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları ($) | Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcamaları ($) | Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı | Kişi Başına Düşen Özel Sektör Sağlık Harcamaları ($) |
|---|---|---|---|---|
| Avustralya | 0 | 1641 | 0 | 0 |
| Avusturya | 0 | 1706 | 0 | 79 |
| Bahamalar | 0 | 91 | 0 | 0 |
| Bahreyn | 42 | 39 | 0 | 0 |
| Belçika | 73 | 1832 | 0 | 0 |
| Kanada | 0 | 1548 | 0 | 27 |
| Hırvatistan | 11 | 241 | 0 | 0 |
| Çekya | 61 | 703 | 0 | 0 |
| Danimarka | 120 | 2650 | 0 | 0 |
| Estonya | 113 | 443 | 0 | 0 |
| Finlandiya | 126 | 1720 | 0 | 0 |
| Fransa | 0 | 1692 | 0 | 0 |
| Almanya | 0 | 1987 | 0 | 0 |
| Yunanistan | 59 | 47 | 0 | 0 |
| Macaristan | 73 | 181 | 0 | 0 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| İzlanda | 168 | 2700 | 0 | 0 |
| İrlanda | 0 | 1866 | 0 | 0 |
| İsrail | 0 | 862 | 0 | 0 |
| İtalya | 146 | 1029 | 0 | 0 |
| Japonya | 80 | 1976 | 0 | 0 |
| Güney Kore | 57 | 452 | 0 | 0 |
| Kuveyt | 13 | 777 | 0 | 0 |
| Letonya | 149 | 81 | 0 | 0 |
| Litvanya | 120 | 215 | 0 | 0 |
| Lüksemburg | 63 | 2904 | 0 | 0 |
| Malta | 195 | 622 | 0 | 0 |
| Hollanda | 0 | 1762 | 0 | 412 |
| YeniZelanda | 0 | 1399 | 0 | 0 |
| Panama | 73 | 155 | 0 | 0 |
| Polonya | 36 | 141 | 0 | 0 |
| Portekiz | 69 | 394 | 0 | 0 |
| Katar | 0 | 479 | 0 | 0 |
| Suudi Arabistan | 0 | 296 | 0 | 0 |
| Seyşeller | 41 | 81 | 0 | 0 |
| Singapur | 0 | 344 | 0 | 142 |
| Slovakya | 77 | 384 | 0 | 0 |
| Slovenya | 0 | 676 | 0 | 0 |
| İspanya | 54 | 822 | 0 | 0 |
| İsveç | 156 | 2705 | 0 | 0 |
| Birleşik Krallık | 99 | 1674 | 0 | 0 |
| Uruguay | 0 | 408 | 0 | 0 |

Tablo 6'da girdi yönelimli olarak CCR modeline göre yapılan veri zarflama analiz sonucuna göre etkin sınırın altında kalan ülkelerin potansiyel iyileştirme oranları gösterilmektedir. Etkin sınırda yer alan ülkelerin verimli olmasından dolayı potansiyel iyileştirme oranları hesaplanmamıştır. Verimlilik analizi analize dâhil edilen ülkeler kapsamında değerlendirilmektedir. Verimli çıkan ülkeler örnekleme dâhil edilen verimsiz ülkelere kıyasla verimli olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenden dolayı verimli olan ülkelerin mükemmel oldukları anlamı çıkmamalıdır. Bu söz konusu ülkeler mevcut girdi kaynaklarını daha etkin kullanmaya özen göstermelidirler. Ülkelerin potansiyel iyileştirme oranları incelendiğinde bütün değişkenler kapsamında ortalama olarak en yüksek düzeltme yapması gereken ülkenin İzlanda olduğu görülmektedir. İzlanda mevcut girdi kaynakları ile potansiyel olarak ulaşabileceği en uzak nokta da olmasından dolayı en yüksek potansiyel iyileştirme oranına sahip olmuştur. Diğer taraftan potansiyel iyileştirme oranı en düşük olan ülke etkin sınıra en yakın ülke olan Suudi Arabistan'dır. Diğer ta-

raftan her bir sağlık göstergesi kendi özelinde değerlendirildiğinde en fazla atıl kullanılan değişkenin kişi başına düşen kamu sağlık harcamalarında olduğu görülmektedir. Kişi başına cepten yapılan sağlık harcamaları değişkeni ise en fazla atıl kullanılan ikinci değişken olmuştur. Ülkelerin genel ortalamasına göre en düşük potansiyel iyileştirme oranına sahip gösterge ise kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı olduğu tespit edilmiştir.

### 3.2. BCC Araştırma Bulguları

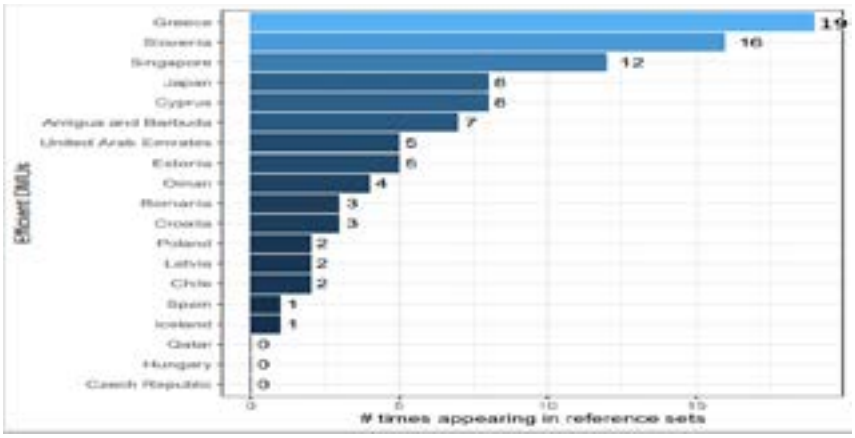
Bu bölümde yüksek gelir grubu içerisinde yer alan ülkelerin verimliliği girdi odaklı BCC modeliyle ele alınmıştır. Bu ülkelerin 2018 yılındaki verilerinin BCC yöntemiyle değerlendirilmesi sonucunda ortaya çıkan skor ortalaması 0,91 olarak bulunmuştur. KVB'ler içerisinde en düşük verimliliğe sahip ülkenin 0,67 verimlilik oranıyla Avusturya, Belçika ve Danimarka olduğu görülmüştür. Bu değerlendirme bulgusu neticesinde Antigua ve Barbuda, Şili, Hırvatistan, Kıbrıs, Çekya, Estonya, Yunanistan, Macaristan, İzlanda, Japonya, Letonya, Umman, Polonya, Katar, Romanya, Singapur, Slovenya, İspanya ve Birleşik Arap Emirlikleri etkin olarak tespit edilmiştir. Aşağıda Tablo 7'de yüksek gelir grubuna sahip olan ülkelerin VZA BCC sonuçları ifade edilmiştir. BCC etkinlik skorlarına bakıldığında, %60'ın altında verimliliğe sahip KVB'ye rastlanmamıştır. %60-%70 aralığında 3 KVB, %70-%90 aralığında 15 KVB, %90-%100 aralığında 10 KVB, etkin sınırda da 19 KVB tespit edilmiştir.

**Tablo 7.** Yüksek Gelir Grubunda Yer Alan Ülkelerin BCC Girdi Yönelimli Etkinlik Skorları

| KVB Adı | BCC Etkinlik Skorları | KVB Adı | BCC Etkinlik Skorları |
|---|---|---|---|
| Antigua ve Barbuda | 1 | Letonya | 1 |
| Avustralya | 0,73 | Litvanya | 0,97 |
| Avusturya | 0,67 | Kuveyt | 0,85 |
| Bahamalar | 0,95 | Lüksemburg | 0,81 |
| Bahreyn | 0,98 | Malta | 0,87 |
| Belçika | 0,67 | Hollanda | 0,87 |
| Kanada | 0,76 | Yeni Zelanda | 0,84 |
| Şili | 1 | Umman | 1 |
| Hırvatistan | 1 | Panama | 0,97 |
| Kıbrıs | 1 | Polonya | 1 |
| Çekya | 1 | Portekiz | 0,91 |
| Danimarka | 0,67 | Katar | 1 |
| Estonya | 1 | Romanya | 1 |
| Finlandiya | 0,87 | Suudi Arabistan | 0,86 |
| Fransa | 0,98 | Seyşeller | 0,97 |
| Almanya | 0,71 | Singapur | 1 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Yunanistan | 1 | Slovakya | 0,90 |
| Macaristan | 1 | Slovenya | 1 |
| İzlanda | 1 | İspanya | 1 |
| İrlanda | 0,79 | İsveç | 0,82 |
| İsrail | 0,89 | Birleşik Arap Emirlikleri | 1 |
| İtalya | 0,97 | Birleşik Krallık | 0,74 |
| Japonya | 1 | Uruguay | 0,85 |
| Güney Kore | 0,93 | | |

Aşağıda yer alan Şekil 2'de ise verimli olarak tespit edilen KVB'lerin referans alınma sıklıkları gösterilmiştir Buna göre VZA BCC skorlarına göre Yunanistan 19, Slovenya 16, Singapur 12, Japonya ve Kıbrıs 8, Antigua ve Barbuda 7, Birleşik Arap Emirlikleri ve Estonya 5, Umman 4, Romanya ve Hırvatistan 3, Polonya, Letonya ve Şili 2, İspanya ve İzlanda 1 kez referans olarak alınmıştır.




**Şekil 2.** Verimli Olarak Tespit Edilen KVB'lerin Referans Sıklıkları

KVB'ler içerisinde en düşük skora sahip olan KVB'lerin verimli hale gelebilmesi için referans alması gereken KVB'lere bakıldığında, en düşük verimliliğe sahip olan Avusturya'nın etkin seviyede olabilmesi için Kıbrıs'ı %34, Yunanistan'ı %45, Singapur'u %17 ve Slovenya'yı %2 oranında referans almalıdır. Aynı şekilde en düşük etkinliğe sahip diğer bir KVB olan Belçika'nın ise etkin olabilmesi için %80 oranında Yunanistan'ı, %14 oranında Kıbrıs'ı %4 oranında ise Slovenya'yı referans olarak almalıdır. Son olarak en düşük etkinliğe sahip bir diğer ülke olan Danimarka'nın ise etkin olabilmesi için %77 oranında Yunanistan'ı ve %22 oranında Estonya'yı referans alması gerekmektedir. Tespit edilen bu değerler aşağıda yer alan Tablo 8'de ifade edilmiştir. En fazla referans olan 6 KVB'nin referans değerleri tabloda yer almaktadır.

**Tablo 8.** Verimsiz KVB'lerin Referans Alması Gereken KVB'ler

| KVB Adı | Yunanistan | Slovenya | Singapur | Japonya | Kıbrıs |
|---|---|---|---|---|---|
| Antigua ve Barbuda | - | - | - | - | - |
| Avustralya | 0.3625 | 0.0008 | 0.6367 | - | - |
| Avusturya | 0.4526 | 0.0267 | 0.1721 | | 0.3456 |
| Bahamalar | - | - | - | - | 0.3977 |
| Bahreyn | - | - | - | - | - |
| Belçika | 0.802 | 0.0462 | - | - | 0.1409 |
| Kanada | 0.6646 | 0.1278 | 0.2076 | - | - |
| Şili | - | - | - | - | - |
| Hırvatistan | - | - | - | - | - |
| Kıbrıs | - | - | - | | - |
| Çekya | - | - | - | - | - |
| Danimarka | 0.769 | - | - | - | - |
| Estonya | - | - | - | - | - |
| Finlandiya | - | 0.4798 | 0.2443 | - | - |
| Fransa | - | 0.5094 | 0.1009 | 0.3897 | - |
| Almanya | 0.2221 | 0.2722 | 0.1172 | - | 0.1936 |
| Yunanistan | - | - | - | - | - |
| Macaristan | - | - | - | | - |
| İzlanda | - | - | - | - | - |
| İrlanda | 0.2175 | 0.3982 | 0.3843 | - | - |
| İsrail | 0.3147 | 0.0832 | 0.4494 | 0.1528 | - |
| İtalya | 0.0698 | - | - | 0.2124 | - |
| Japonya | - | - | - | - | - |
| Güney Kore | 0.4475 | - | 0.3845 | 0.1241 | 0.0439 |
| Letonya | - | - | - | - | - |
| Litvanya | - | - | - | - | - |
| Kuveyt | - | 0.0089 | - | - | - |
| Lüksemburg | 0.2067 | 0.4161 | - | 0.3074 | 0.0698 |
| Malta | 0.642 | - | 0.226 | 0.132 | - |
| Hollanda | 0.6127 | 0.292 | 0.0954 | - | - |
| Yeni Zelanda | 0.2391 | 0.5616 | 0.1993 | - | - |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Umman | - | - | - | | - |
| Panama | 0.2654 | - | - | - | - |
| Polonya | - | - | - | - | - |
| Portekiz | 0.5089 | 0.2344 | - | - | 0.2099 |
| Katar | - | - | - | - | - |
| Romanya | - | - | - | - | - |
| Suudi Arabistan | - | - | - | - | - |
| Seyşeller | - | - | - | | - |
| Singapur | - | - | - | - | - |
| Slovakya | - | - | - | - | - |
| Slovenya | - | - | - | - | - |
| İspanya | - | - | - | - | - |
| İsveç | 0.1286 | 0.2689 | - | 0.4313 | 0.1711 |
| Birleşik Arap Emirlikleri | - | - | - | - | - |
| Birleşik Krallık | 0.776 | - | - | 0.0495 | - |
| Uruguay | 0.0873 | 0.0776 | - | - | - |

Aşağıda yer alan Tablo 9'da görüldüğü üzere aynı şekilde CCR modelindeki gibi; diğer ülkelere göre yapılan harcama miktarları üst sıralarda yer alan ülkelerin analiz sonucunda etkin sınırda yer almadıkları ve çoğunluğunun etkinlik ortalamalarının altında kaldığı görülmektedir. Girdi yönelimli yapılan analiz sonucunda 47 ülke içerisinde 19 tanesinin etkin sınırda yer aldığı diğer bir ifade ile verimli olduğu tespit edilmiştir. Etkin sınırda yer alamasa da etkin sınıra en yakın ülkenin %98 verimlilik oranı ile Bahreyn olduğu görülmektedir. Diğer taraftan ülkeler içerisinde etkin sınıra en uzak diğer bir ifade ile en verimsiz olarak bulunan ülkelerin ise Avusturya, Belçika ve Danimarka olduğu görülmektedir. Ayrıca girdi kaynaklarının ortalama değerleri diğer ülkelere kıyasla daha fazla olmasına rağmen yeterli çıktı düzeyine ulaşamamaları en verimsiz ülke olarak bulunulmalarına neden olmuştur. Diğer taraftan Bahreyn'in girdi kaynaklarının ortalama değeri diğer ülkelere kıyasla düşük olmasına rağmen yüksek verimlilik düzeyine sahip olmasının temel nedeni yüksek bir çıktı değerine ulaşmış olmasıdır. Analiz sonucunda verimsiz çıkan ülkeler genel olarak incelendiğinde potansiyel çıktı düzeylerine ulaşamamaları en büyük verimsizlik nedeni olarak görülmektedir.

**Tablo 9.** Etkin Olmayan KVB'lerin BCC Modeline Göre Girdilerini Getirmesi Gereken Miktarlar

| KVB Adı | Kişi Başına Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları ($) | | Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcamaları ($) | | Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı | | Kişi Başına Düşen Özel Sektör Sağlık Harcamaları ($) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mevcut Değer | Etkin Olması için Hedef Değer/ Fark | Mevcut Değer | Etkin Olması için Hedef Değer/Fark | Mevcut Değer | Etkin Olması için Hedef Değer/ Fark | Mevcut Değer | Etkin Olması için Hedef Değer/ Fark |
| Avustralya | 956 | 703(-253) | 3690 | 1145(-2545) | 69 | 50(-19) | 1675 | 1124(-551) |
| Avusturya | 1042 | 701(-341) | 3863 | 934(-2929) | 73 | 48(-25) | 1459 | 981(-478) |
| Bahamalar | 547 | 525(-22) | 1000 | 867(-133) | 50 | 47(-3) | 992 | 951(-41) |
| Bahreyn | 298 | 252(-46) | 585 | 538(-47) | 59 | 58(-1) | 409 | 404(-5) |
| Belçika | 936 | 601(-335) | 3944 | 855(-3089) | 77 | 51(-26) | 1190 | 799(-391) |
| Kanada | 752 | 578(-174) | 3522 | 1017(-2505) | 70 | 53(-17) | 1497 | 857(-640) |
| Danimarka | 855 | 532(-323) | 5215 | 884(-4331) | 84 | 56(-28) | 1002 | 677(-325) |
| Finlandiya | 832 | 527(-305) | 3547 | 2090(-1457) | 79 | 68(-11) | 968 | 846(-122) |
| Fransa | 433 | 426(-7) | 3537 | 2324(-1213) | 76 | 74(-2) | 1121 | 708(-413) |
| Almanya | 703 | 502(-201) | 4252 | 1110(-3142) | 78 | 55(-23) | 1230 | 877(-353) |
| İrlanda | 659 | 527(-132) | 4065 | 1314(-2751) | 74 | 59(-15) | 1419 | 915(-504) |
| İsrail | 714 | 636(-78) | 2149 | 1530(-619) | 65 | 57(-8) | 1114 | 993(-121) |
| İtalya | 707 | 582(-125) | 2216 | 2166(-50) | 74 | 72(-2) | 785 | 767(-18) |
| Güney Kore | 826 | 663(-163) | 1487 | 1356(-131) | 58 | 54(-4) | 1057 | 987(-70) |
| Kuveyt | 185 | 145(-40) | 1529 | 535(-994) | 88 | 75(-13) | 205 | 175(-30) |
| Litvanya | 393 | 384(-9) | 824 | 767(-57) | 66 | 64(-2) | 421 | 410(-11) |
| Lüksemburg | 652 | 458(-194) | 5288 | 1976(-3312) | 85 | 69(-16) | 851 | 696(-155) |
| Malta | 944 | 619(-325) | 1748 | 1293(-455) | 63 | 55(-8) | 1005 | 879(-126) |
| Hollanda | 576 | 504(-72) | 3510 | 1083(-2427) | 66 | 57(-9) | 1825 | 766(-1059) |
| Yeni Zelanda | 521 | 438(-83) | 3021 | 1342(-1679) | 75 | 62(-13) | 1016 | 783(-233) |
| Panama | 324 | 265(-59) | 730 | 593(-137) | 64 | 63(-1) | 401 | 392(-9) |
| Portekiz | 663 | 554(-109) | 1355 | 1012(-343) | 61 | 55(-6) | 859 | 782(-77) |
| Suudi Arabistan | 213 | 185(-28) | 943 | 522(-421) | 70 | 61(-9) | 398 | 346(-52) |
| Seyşeller | 203 | 156(-47) | 620 | 523(-97) | 74 | 71(-3) | 217 | 211(-6) |
| Slovakya | 245 | 148(-97) | 1030 | 665(-365) | 79 | 71(-8) | 270 | 244(-26) |
| İsveç | 838 | 530(-308) | 5091 | 2209(-2882) | 85 | 69(-16) | 914 | 749(-165) |
| Birleşik Krallık | 725 | 494(-231) | 3390 | 952(-2438) | 79 | 58(-21) | 880 | 651(-229) |
| Uruguay | 273 | 235(-38) | 1165 | 651(-514) | 69 | 59(-10) | 521 | 446(-75) |

**Tablo 10.** Etkin Olmayan KVB'lerin Potansiyel İyileştirme Oranları

| KVB Adı | Kişi Başına Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları ($) | Kişi Başına Düşen Kamu Sağlık Harcamaları ($) | Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı | Kişi Başına Düşen Özel Sektör Sağlık Harcamaları ($) |
|---|---|---|---|---|
| Avustralya | 0 | 1570 | 0 | 0 |
| Avusturya | 0 | 1664 | 0 | 108 |
| Bahamalar | 0 | 91 | 0 | 0 |
| Bahreyn | 42 | 39 | 0 | 0 |
| Belçika | 27 | 1793 | 0 | 0 |
| Kanada | 0 | 1690 | 0 | 294 |
| Danimarka | 45 | 2638 | 0 | 0 |
| Finlandiya | 200 | 1012 | 0 | 0 |
| Fransa | 0 | 1149 | 0 | 392 |
| Almanya | 0 | 1923 | 0 | 0 |
| İrlanda | 0 | 1936 | 0 | 219 |
| İsrail | 0 | 385 | 0 | 0 |
| İtalya | 109 | 0 | 0 | 0 |
| Güney Kore | 108 | 33 | 0 | 0 |
| Kuveyt | 13 | 778 | 0 | 0 |
| Litvanya | 0 | 37 | 0 | 0 |
| Lüksemburg | 76 | 2353 | 0 | 0 |
| Malta | 206 | 235 | 0 | 0 |
| Hollanda | 0 | 1988 | 0 | 831 |
| Yeni Zelanda | 0 | 1200 | 0 | 72 |
| Panama | 52 | 120 | 0 | 0 |
| Portekiz | 49 | 221 | 0 | 0 |
| Suudi Arabistan | 0 | 296 | 0 | 0 |
| Seyşeller | 41 | 81 | 0 | 0 |
| Slovakya | 74 | 267 | 0 | 0 |
| İsveç | 156 | 1967 | 0 | 0 |
| Birleşik Krallık | 43 | 1557 | 0 | 0 |
| Uruguay | 0 | 348 | 0 | 0 |

Tablo 10'da girdi yönelimli olarak BCC modeline göre yapılan veri zarflama analiz sonucuna göre etkin sınırın altında kalan ülkelerin potansiyel iyileştirme oranları gösterilmektedir. Bu söz konusu ülkeler mevcut girdi kaynaklarını daha etkin kullanmaya özen göstermelidirler. Ülkelerin potansiyel iyileştirme oranları incelendiğinde bütün değişkenler kapsamında ortalama olarak en yüksek düzeltme yapması gereken ülkelerin Danimarka, Hollanda, Lüksemburg ve İsveç olduğu görülmektedir. Bu ülkeler mevcut girdi kaynakları ile potansiyel olarak ulaşabileceği en uzak nokta da olmasından dolayı en yüksek potansiyel iyileştirme oranına

sahip olmuştur. Diğer taraftan CCR modelinde de görüldüğü üzere BCC modelinde de benzer sonuçlara rastlanmış ve potansiyel iyileştirme oranı en düşük olan ülke etkin sınıra en yakın ülke olarak karşımıza çıkmaktadır. BCC modelinde etkin sınıra en yakın ülke olan Bahreyn'in potansiyel iyileştirme oranı en düşük çıkmıştır. Diğer taraftan benzer şekilde BCC modelinde de en fazla atıl kullanılan değişkenin kişi başına düşen kamu sağlık harcamalarında olduğu görülmekte, kişi başına cepten yapılan sağlık harcamaları değişkeninin ise en fazla atıl kullanılan ikinci değişken olduğu görülmektedir. Ülkelerin genel ortalamasına göre en düşük potansiyel iyileştirme oranına sahip göstergenin ise CCR modelinde olduğu gibi kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı olduğu tespit edilmiştir.

### 3.3. Ölçek Verimliliği Araştırma Bulguları

Ölçek verimliliği, birim başına düşen artış, azalış ve sabit kalışı belirlemek için kullanılmakta ve CCR modeliyle elde edilen sonuçların BCC modeliyle elde edilen sonuçlara bölünmesiyle bulunmaktadır. Ölçek verimliliğinde amaç ulaşılmak istenen hedef için olabilecek en uygun ölçekte üretim yapmaktır. Yüksek gelir grubu içerisinde yer alan ülkelerin 2018 yılına ait verilerinin ölçek skorları neticesinde ortaya çıkan artış, azalış ve sabitlik durumları Tablo 11'de ifade edilmiştir. Ölçeğe göre getiri durumlarının ifade edildiği Tablo 11'deki skor sonuçları (Banker ve Thrall, 1992) belirttiği üzere 1'e eşitse sabit getiri, 1'den büyükse azalan getiri ve 1'den küçükse artan getiri olarak yorumlanabilir.

**Tablo 11.** Yüksek Gelir Grubunda Yer Alan Ülkelerin Ölçeğe Göre Getiri Skorları

| KVB Adı | Ölçek Etkinliği | Ölçeğe Göre Getiri | KVB Adı | Ölçek Etkinliği | Ölçeğe Göre Getiri |
|---|---|---|---|---|---|
| Antigua ve Barbuda | 1 | Sabit | Kuveyt | 0,99 | Artan |
| Avustralya | 1,03 | Azalan | Letonya | 1,00 | Azalan |
| Avusturya | 1,01 | Azalan | Litvanya | 1,00 | Azalan |
| Bahamalar | 0,99 | Artan | Lüksemburg | 1,04 | Azalan |
| Bahreyn | 0,99 | Artan | Malta | 1,02 | Azalan |
| Belçika | 1,01 | Azalan | Hollanda | 1,03 | Azalan |
| Kanada | 1,03 | Azalan | Yeni Zelanda | 1,03 | Azalan |
| Şili | 1 | Sabit | Umman | 1 | Sabit |
| Hırvatistan | 1,00 | Azalan | Panama | 1,01 | Azalan |
| Kıbrıs | 1 | Sabit | Polonya | 1,00 | Azalan |
| Çekya | 1,02 | Azalan | Portekiz | 1,01 | Azalan |
| Danimarka | 1,02 | Azalan | Katar | 1,03 | Azalan |
| Estonya | 1,01 | Azalan | Romanya | 1 | Sabit |
| Finlandiya | 1,02 | Azalan | Suudi Arabistan | 0,99 | Artan |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Fransa | 1,05 | Azalan | Seyşeller | 0,99 | Artan |
| Almanya | 1,01 | Azalan | Singapur | 1,04 | Azalan |
| Yunanistan | 1,02 | Azalan | Slovakya | 1,00 | Azalan |
| Macaristan | 1,00 | Azalan | Slovenya | 1,05 | Azalan |
| İzlanda | 1,03 | Azalan | İspanya | 1,05 | Azalan |
| İrlanda | 1,04 | Azalan | İsveç | 1,04 | Azalan |
| İsrail | 1,03 | Azalan | Birleşik Arap Emirlikleri | 1 | Sabit |
| İtalya | 1,05 | Azalan | Birleşik Krallık | 1,02 | Azalan |
| Japonya | 1,07 | Azalan | Uruguay | 1,00 | Azalan |
| Güney Kore | 1,02 | Azalan | | | |

## 4. Tartışma ve Sonuç

Bu araştırma, Dünya Bankası gelir sınıflandırmasına göre yüksek gelir grubunda yer alan ülkelerin sağlık harcamalarını BBC ve CCR modellerini kullanarak veri zarflama analizi ile değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini yüksek gelir grubundaki bütün ülkeler oluşturmasına rağmen örneklem verilerine ulaşılabilen 53 ülke dâhil edilip aykırı ülkeler belirlenip araştırmadan ı-çıkarıldıktan sonra 47 ülke analiz edilmiştir. Analiz sonucunda CCR modeline göre 6 ülke, BCC modeline göre 19 ülke etkin sınır üzerinde yer alarak verimli bulunmuştur. Ülkeler içerisinde etkin sınıra en uzak diğer taraftan en verimsiz ülkenin CCR modeline göre 0,63'lük etkinlik oranıyla İzlanda, BCC modeline göre 0,67'lik etkinlik oranıyla Avusturya, Belçika ve Danimarka olduğu görülmektedir. Verimlilik düzeyi en düşük ülkelere bakıldığında diğer ülkelere kıyasla verimsiz çıkmasının temel nedeninin mevcut girdi kaynakları ile elde etmeleri beklenen çıktıyı elde edememeleri olduğu görülmüştür. Etkin olmayan ülkeler arasında CCR modeline göre elde edilen en yüksek toplam etkinlik skoruna sahip ülke 0,99'luk etkinlik oranıyla Yunanistan, BCC modeline göre ise 0,98'lik verimlilik oranıyla Bahreyn olmuştur.

Ölçek etkinliği açısından bakıldığında 6 ülkenin ölçeğe göre sabit getiriye, 5 ülkenin ölçeğe göre artan getiriye, 36 ülkenin ise ölçeğe göre azalan getiriye sahip olduğu tespit edilmiştir. Ülkelerin referans alma ve alınma durumlarına bakıldığında CCR girdiye yönelik modelde etkin olarak tespit edilen 6 ülkeden Şili'nin ve Antigua ve Barbuda'nın 28 kez, Birleşik Arap Emirlikleri'nin 15 kez ve Kıbrıs'ın 13 kez referans olarak alındığı görülmektedir. BCC girdiye yönelik modelde ise etkin olarak tespit edilen 19 ülkeden Yunanistan'ın 19 kez, Slovenya'nın 16 kez, Singapur'un 12 kez referans olarak alındığı tespit edilmiştir. Ayrıca hem CCR hem

de BCC modelinde en fazla atıl kullanılan değişkenin kişi başına düşen kamu sağlık harcamaları olduğu, en fazla atıl kullanılan ikinci değişkenin ise yine her iki modelde de kişi başına cepten yapılan sağlık harcamaları değişkeni olduğu görülmektedir. En düşük potansiyel iyileştirme oranına sahip göstergenin ise yine her iki modelde de kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç olarak analiz edilen 47 yüksek gelir grubuna sahip ülkenin ortalama etkinlik skorlarına bakıldığında BCC modeli sonuçlarının CCR model sonuçlarına göre daha iyimser olduğu söylenebilir. Ayrıca VZA sonucunda elde edilen bulguların 2018 yılına ait olduğu düşünüldüğünde, ilerleyen yıllarda çalışmanın tekrarlanmasının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Son olarak düşük girdilere sahip ülkelerin düşük çıktılar üretmesiyle etkin çıkması, modelin kurulumu ve uygulanması açısından olağandır. Bunu önlemek amacıyla Mahalanobis ve Ki-kare testleri yapılmıştır. Bulguların değerlendirilmesinde yorumlamaların dikkatli bir şekilde yapılması son derece önemlidir.

## Kaynakça


Ayanoğlu, Y. Atan, M. ve Beylik, U. (2010). Hastanelerde Veri Zarflama Analizi (VZA) Yöntemiyle Finansal Performans Ölçümü ve Değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 1(2).40-62.

Banker, R. D. Charnes, A. ve Cooper, W. W. (1984). Some Models For Estimating Technical And Scale Inefficiences In Data Development Analysis. *Management Science*. 30(9).1078-1092.

Banker, R. D. ve Thrall, R. M. (1992). Estimation of Returns to Scale Using Data Envelopment Analysis. *European Journal of Operational Research*, 62(1).74-84.

Boz, C. ve Sur, H. (2016). Avrupa Birliği Üyesi ve Aday Ülkelerin Sağlık Harcamaları Açısından Benzerlik ve Farklılık Analizi. *Sosyal Güvence Dergisi*, 0(9).23-46.

Charnes, A. Cooper, W. W. Lewin, A. Y. ve Seiford, L. M. (1994). "Data Envelopment Analysis: Theory, Methodology and Application". Boston: Kluwer Academic Publisher.

Charnes, A. Cooper, W. W. ve Rhodes, E. (1978). Measuring The Efficiency of Decision Making Units. *European Journal of Operational Research*, (2).429-444.

Tarım, A. (2001). "Veri Zarflama Analizi: Matematiksel Programlama Tabanlı Göreli Etkinlik Ölçümü Yaklaşımı". Sayıştay Yayın İşleri Müdürlüğü: Araştırma/İnceleme/Çeviri Dizisi.

# TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETİ ÖDEMELERİNDE USULSÜZLÜKLERE GENEL BİR BAKIŞ

Aziz Küçük [1]

***Özet***

*Sağlık hizmeti sunucularının ve hastaların suistimalleri veya hileli davranışları, sağlık sistemleri için önemli finansal, idari ve hukuki sorunlar oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinde sahtekârlık 'kasıtlı olarak bir kuralı çiğnemek suretiyle hukuka aykırı olarak bir menfaat elde etmek' iken, suistimal 'doğrudan veya dolaylı olarak sağlık hizmeti sunucusuna fazla ödeme yapılması ile sonuçlanan kasıtlı olmayan bir eylem'dir. Bu çalışmanın amacı, sağlık hizmetlerindeki usulsüz davranışları kavramsal olarak açıklamak, sağlık sistemlerini nasıl etkilediğine odaklanarak genel bir bakış sunmak ve bu tür eylemlere karşı mücadele sürecini tartışmaktır. Bunun için Sayıştay, Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu denetim raporları, doküman incelemesi yöntemi ile analiz edilmiştir. Avrupa Yolsuzluk ve Dolandırıcılıkla Mücadele Ağı tarafından geliştirilen 'İsraf Tipolojisi Matrisi' çerçevesi kullanılarak Türkiye'de sağlık hizmetleri sahtekârlık türlerinin hatadan yolsuzluğa kadar uzanan geniş bir yelpazede kategorize edilebileceği saptanmıştır. Bundan dolayı, sağlık hizmeti sunucuları ve ilgili kurumların, usulsüzlüklere karşı eğitim programlarından veri madenciliği ve modelleme yazılımlarından yararlanmaya kadar çeşitli araçlarla stratejiler geliştirmeleri gerekmektedir.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Suistimal, Sağlık hizmetleri, Sahtekârlık, Sigorta, Faturalandırma*

# AN OVERVIEW OF ABUSE AND FRAUD IN HEALTHCARE PAYMENTS IN TURKEY

***Abstract***

*Fraudulent behaviors and abuse by healthcare providers and patients cause significant financial, administrative and legal problems for healthcare systems. In healthcare, fraud is 'to obtain an illegally benefit by deliberately breaking a*

1 Doç. Dr., Sağlık Bakanlığı, aziz.kucuk@yahoo.com.

*rule', while abuse is 'an unintentional practice that results, directly or indirectly, in overpayment to the healthcare provider'. The aim of this study is to conceptually explain illegal practice in healthcare, to provide an overview by focusing on how it affects health systems, and to discuss the process of combating such cases. For this reason, audit reports of the Turkish Court of Accounts, Ministry of Health and Social Security Institution were analyzed by document analysis method. Using the 'Waste Typology Matrix' framework developed by the European Healthcare Fraud and Corruption Network, it has been determined that healthcare fraud types can be categorized in a wide range from error to corruption in Turkey. Therefore, healthcare providers and related institutions need to develop strategies against fraud, with tools ranging from training programs to leveraging data mining and modeling software.*

***Key Words**: Abuse, Healthcare, Fraud, Insurance, Billing*

## 1. Giriş

Dünyadaki birçok ülkede demografik, ekonomik, sosyo-kültürel ve hukuki yapıdaki değişimler nedeniyle sağlık hizmetlerinin maliyetleri artış göstermektedir. Sağlık hizmet maliyetlerindeki bu artış, kamu ve özel sigorta sistemini doğrudan etkilemektedir. Sağlık hizmet sunucularının ve hastaların hileli davranışları da gereksiz maliyet getirerek sigorta sistemine ciddi bir yük oluşturmaktadır (Johnson and Nagarur, 2016: 249). Sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından sağlık hizmetleri sahtekârlığını ve yolsuzluğunu önlemek, tespit etmek ve nihayetinde sona erdirmek çok önemlidir. Örneğin ABD'de kamu ve özel sağlık sigortası sistemine karşı işlenen dolandırıcılığı ve suistimalleri önlemeye yönelik olarak 1985 yılında kurulan Ulusal Sağlık Hizmetleri Dolandırıcılıkla Mücadele Derneği *(NHCAA)*'ne göre, sağlık hizmeti sahtekârlığından kaynaklanan mali kayıpların her yıl on milyarlarca dolar olduğu tahmin edilmektedir. 2018 yılında ABD sağlık hizmetlerine 3,6 trilyon dolar harcandığı dikkate alındığında, bu harcamanın %3-10'unun hileli davranışlar ve yolsuzluk nedeniyle finansal kayıp olduğu öngörülmektedir (NHCAA, 2022). Alman Federal Meclisi'nde "sağlık hizmetlerinde yolsuzlukla mücadele" konulu bir yasa tasarısında, yolsuzluk rakamlarının kamu sağlık harcamalarının %10'una ulaştığı belirtilmiştir (Sommersguter-Reichmann vd., 2018: 290). Benzer biçimde, Avrupa ülkelerinde sağlık alanında yolsuzlukla mücadele amacıyla 2005 yılında kurulan Avrupa Yolsuzluk ve Dolandırıcılıkla Mücadele Ağı *(European Healthcare Fraud and Corruption Network-EHFCN)* verilerine göre, Avrupa'da dolandırıcılık ve yolsuzluktan kaynaklanan kayıpların yılda 56 milyar Euro'ya kadar ulaştığı veya ulusal sağlık bütçelerinin %5'inden fazla olduğu rapor edilmiştir (Vincke and Cylus, 2011: 14). Türkiye'de ise sağlık hizmetlerinde sahtekârlık ve yolsuzluk nedeniyle meydana gelen finansal kayıplarla ilgili bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte, ülkemizin de aralarında bulunduğu pek çok ülke sağlık hizmetlerinde sahtekârlıkları tespit etmek ve önlemek için çeşitli yöntem ve stratejiler geliştirme arayışındadır. Bu çalışma, sağlık alanındaki

suistimal ve sahtekârlığın tanımı, türleri ve sağlık sistemlerini nasıl etkilediğine odaklanarak genel bir bakış sunmayı ve bu tür eylemlere karşı mücadele etme sürecini tartışmayı amaçlamaktadır.

Sağlık hizmeti sahtekârlığı ve yolsuzluğunun açık bir biçimde tanımlanması, sağlık sistemindeki gayrimeşru alanların ortaya çıkarılması, uluslararası karşılaştırmalar ve hukuki düzenlemeler için son derece önemlidir. Sağlık hizmeti sahtekârlığı *(fraud),* kısaca mevzuata aykırı hareket ederek, bilerek yanlış beyanda bulunarak veya gerçeği saptırarak hakkı olmayan bir sağlık hizmeti ödemesi almak olarak tanımlanabilir (Bauder, 2017: 33). Ancak sağlık hizmetlerinde yersiz ve usulsüz ödemelere yol açan çeşitli durumlar söz konusudur. Bu maksatla *EHFNC* (2022) tarafından hata *(error)*, kötüye kullanım-suistimal *(abuse)* ve aynı anlamda israf *(waste),* sahtekârlık *(fraud)* ile yolsuzluk *(corruption)* arasında ayrım yapılmıştır. Buna göre hata *(error)* "bir kuralı istemeden ihlal ederek usulsüz bir biçimde herhangi bir menfaat elde etmek"; Suistimal-kötüye kullanım *(abuse)* "Bir kuralı/kılavuzu bilerek esnetmek suretiyle veya bir kural/kılavuzun yokluğundan yararlanarak haksız yere herhangi bir menfaat elde etmek"; Sahtekârlık *(fraud)* "bir kuralı kasten ihlal ederek herhangi bir faydayı usulsüz bir biçimde elde etmek" ve Yolsuzluk *(corruption)* "üçüncü şahısların katılımıyla yetkinin kötüye kullanılması yoluyla yasadışı olarak herhangi bir menfaat elde etmek" şeklinde tanımlanmıştır. Bu tanımlamalardan hareketle, hatadan yolsuzluğa uzanan sağlık israfı yelpazesinin tüm boyutlarının birlikte ele alınması, etkili bir mücadele stratejisinin temeli olarak görülmektedir.

**Şekil 1.** Sağlık Hizmetlerinde Uygunsuz Ödemelere yol açan Usulsüzlük Yelpazesi

## 2. Yöntem

Sağlık hizmeti ödemelerinde karşılaşılan sahtekârlıkları saptayabilmek ve kategorize edebilmek için Sayıştay Denetim raporları, SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı tarafından tespit edilen usulsüzlükler doküman incelemesi yöntemi ile analiz edilmiştir. Bunun yanında Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS) ile E-nabız verileri üzerinden risk esaslı ölçümlerle yüksek miktarda ve hayatın olağan akışına aykırı işlemler de analize dâhil edilmiştir. Ana kategoriler ve alt türler için literatür taraması yanında 2014 yılında *EHFCN* tarafından farklı ülkelerde sağlık hizmetleri sahtekârlığının

karşılaştırılabilirliğini sağlayabilmek için bir araç olarak geliştirilen "İsraf Tipolojisi Matrisi" esas alınmıştır. Bir başka deyişle, İsraf Tipolojisi Matrisi çerçevesi kullanılarak Türkiye'de sağlık hizmetleri usulsüzlük türleri sınıflandırılmaya çalışılmıştır. İsraf *(waste),* sağlık hizmetlerinde mali kayıplara neden olan bir dizi olguyu kapsayan şemsiye bir kavramdır. Hata, suistimal, sahtekârlık ve yolsuzluk ayrımı ile sağlık hizmetlerinde kasıtlı ve kasıtsız ihmaller ile kabahatler arasında ayrımın yapıldığı söz konusu tipoloji, sağlık kurumlarının kontrol ve denetiminde operasyonel tanımlamaları geliştirme sürecinde uygulanmak üzere tasarlanmıştır.

## 3. Bulgular

Sağlık hizmetlerinde usulsüz uygulamalarla mücadele stratejisinin bağlamını, teorik ve kavramsal araçlarla ilişkilendirerek etkinleştirmek gerekmektedir. Sağlık hizmeti ödemelerinde usulsüzlüğün genellikle hastalar, sağlık hizmet sunucuları veya üçüncü kişiler (ilaç veya medikal firmalar, aracılar/komisyoncular gibi) etmenli olduğu düşünüldüğünde, hileli faaliyetlerin birçok farklı biçimde kategorize edilebildiği saptanmıştır. Sağlık hizmet sunucuları tarafından yapılan usulsüz uygulamaların başında "faturalandırma hataları" gelmektedir. Faturalandırma hataları, bilerek veya isteyerek değil, kişilerin dikkatsizliğinden veya bilgisizliğinden kaynaklandığı için mazur görülebilecek durumlardır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin faturalandırılmasında Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) işlem kodlarının, diş işlemlerinde diş numaralarının veya ilaç dozlarının yanlış girilmesi gibi sehven yapılan birçok faturalandırma hataları ile karşılaşılmaktadır.

Hastalar, sağlık hizmet sunucuları veya üçüncü taraf kişilerin katılımı ile meydana gelen usulsüz ve yersiz diğer uygulamalar ise şöyle sıralanabilir:

### 3.1. Komisyon Sistemi

Bu tür usulsüzlüklere, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmayan trombositten zengin plazma uygulamaları (PRP) için belirli firmalardan komisyon alınması veya hastaların bir tedavi/ekipman için aşırı fiyatla belirli tedarikçilere yönlendirilmesi örnek gösterilebilir. Bu ödenen paralar, genellikle dolaylı olarak fiyatları artırmakta ve yüksek tutarda ek maliyete yol açmaktadır (Sommersguter-Reichmann vd., 2018: 294).

### 3.2. Kişisel Çıkar için Hastaları Sevk Etme

Doktorların mevcut tedavinin devamı için hastayı mali ilişkisi olduğu bir kliniğe veya hastaneye hastaları sevk etmesi veya hastayı özelde tedaviye zorlaması bu kapsamda değerlendirilebilir (Thornton vd., 2015, Özen, 2019).

### 3.3. Doktor Arayışı

Hastanın ağrısı/sızısı varmış gibi yapmasının veya bir doktora rüşvet vermesinin işe yaramadığı durumlarda hasta, istenen ilaçları kendisine reçete edecek başka bir doktor arayışına girebilir. Bu şekilde hasta, birden fazla doktoru ziyaret ederek onlarca reçete yazdırabilir (Thornton vd., 2015, Özen, 2019).

### 3.4. Kimlik Sahtekârlığı

Kimlik sahtekârlığı, sigortası olmayan bir kişinin tedavi olmak için sigortalı bir kişinin kimliğini, onun bilgisi dâhilinde veya bilgisi olmadan kullanması durumunda gerçekleşir. Eğer kişi, kimliğini ödünç vermişse bu durumda o kişinin sağlık kayıtları, sunulan sağlık hizmetlerinden ötürü potansiyel olarak gerçeğe aykırı bilgiler içereceğinden kendisi de bu durumdan olumsuz etkilenecektir. Ülkemizde sosyal güvenlik mevzuatına göre, kapsamdaki kişilerin kendi adına bir başkasının sağlık hizmeti almasını veya kurumdan haksız bir menfaat temin etmesini sağlaması yasaktır. Bu fiilleri işleyenlerden geri ödeme kurumunun uğradığı zararın iki katı kanunî faiziyle birlikte müştereken ve müteselsilen tahsil edilmekte ve ilgililer hakkında 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu hükümleri doğrultusunda suç duyurusunda bulunulmaktadır.

### 3.5. Aşırı Pahalı Bakım İçin Ücretlendirme (Upcoding)

Bir sağlık hizmeti sunulduğunda, sunulan hizmetin gerçek karşılığını almak yerine daha pahalı bir işlem veya hizmet faturalandırılabilmektedir. Bu durum idari bir hatadan ziyade geliri artırmaya yönelik kötü niyetli bir girişimdir (Thornton vd., 2015: 716). Türkiye'de sağlık tesislerinde bu usulsüzlük, genellikle kasıtlı olarak pahalı işlem kodunun seçilmesi yani "faturalandırma kurallarına uyulmaması" şeklinde ortaya çıkmaktadır. Örneğin sağlık hizmet sunucuları tarafından "kan gazları" tetkiki yerine puanı ve dolayısıyla parasal tutarı daha yüksek olan "kan gazları ve kooksimetre" tetkiki fatura edilebilmektedir.

### 3.6. Ayrıştırma (Unbundling)

Ayrıştırma, birlikte gruplandırılması gereken işlemler veya tıbbi malzemeler için ayrı talepler oluşturulması anlamına gelmektedir. Bu usulsüzlükte fiyatı yüksek olan bazı işlemler veya malzemeler paket dışına çıkartılarak işlemin her adımı ayrı işlemlermiş gibi "hizmet başı" olarak faturalandırılmaktadır. Sağlık hizmet sunucuları tarafından kemik iliği nakli paket fiyatlarına her türlü tetkik, tahlil, işlem, kan ve kan bileşenleri, tıbbi malzeme, ilaç ve komplikasyon tedavisine ilişkin ücretler dahil olmasına rağmen, bunların ayrıca fatura edilmesi (Sayıştay, 2016: 134-135) örnek verilebilir.

### 3.7. Çift Fatura Gönderme

Çift faturalandırma «aynı hizmet için birden fazla faturalandırma» olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmet sunucuları, bazı işlemlerde iki kez ödeme almak için aynı talebi birden çok kez gönderebilirler. Bu durumla genellikle bir işlemin hem paket işlem kodunun hem de hizmet başı işlem kodunun ayrı ayrı gönderilmesi şeklinde karşılaşılmaktadır. Bu durum sehven olabileceği gibi bilinçli bir eylem şeklinde de gerçekleşebilir. Bir diğer örnek, bir kişiye aynı gün içerisinde birden fazla koroner anjiyografi işlemi girilmesidir.

### 3.8. Sunulmayan Hizmetlerin Faturalandırılması

Çift faturalandırmada en azından bir hastaya hizmet sunulurken, bu tür ihlallerde hiç sunulmayan sağlık hizmetleri (muayene, tetkik ve tahlil gibi) veya hastaya teslim edilmeyen ilaçlar veya tıbbi cihazlar faturalandırılmaktadır. Bu kavram "hayali faturalandırma" olarak da adlandırılır. Sağlık tesislerinde acil servisten başvuran her hastaya monitorizasyon, oksijen inhalasyon tedavisi gibi hiç yapılamamış işlemlerin girilmesi örnek gösterilebilir.

### 3.9. Gereksiz Hizmetlerin Sunulması

Bu tür bir ihlal, öncekilere kıyasla, sağlık hizmeti sunucusunun kararıyla daha yakından ilgilidir; sağlık hizmet sunucusu sunulan sağlık hizmetinin uygun veya gereksiz olmadığını düşünebilir. Bu tür bir ihlalin kanıtı bu nedenle genellikle kısmen uygulanmamış tıbbi standartlara dayanmaktadır (Mikkers vd., 2017: 10). Bu durumda hastayı iyileştirmek için gerçekte gerekenden daha fazla sağlık hizmeti sunulabilir, böylece gereksiz bakım ortaya çıkar. Hastanede yatış süresinin gereksiz yere uzatılması veya acil servisten başvuran hastalara günübirlik yatış verilmesi, gereksiz yere moleküler ve genetik testlerin istenilmesi gibi örnekler verilebilir. Bu tür usulsüzlüklere bazı durumlarda performansa dayalı ek ödeme sistemi nedeniyle hekimlerin daha fazla ek ödeme alma isteğinin yol açtığı ileri sürülebilir.

### 3.10. Kapsam Dışı Tedavilerin Sunulması

Sağlık sigortası kapsamı dışında olan tedavilerin, sigorta ödemelerini almak amacıyla tıbbi olarak gerekli kapsam içi tedavi olarak gösterilmesidir. "Burun estetiği" gibi kapsamda olmayan kozmetik işlemlerin Medula'da "septum deviasyonu" olarak faturalandırılması örnek verilebilir. Yine tarama amaçlı muayene ve işlemlerin (*check-up* gibi) Sağlık Uygulama Tebliğine aykırı olarak SGK'ya faturalandırılması da bir diğer örnektir (Sayıştay, 2019: 33).

### 3.11. Mevzuata Uygun Olmayan İşlemlerin Fatura Edilmesi

Sağlık Uygulama Tebliği usul ve esaslarına uygun faturalandırma yapılmaması da sık karşılaşılan bir durumdur. Bazı ilaçların günlük maksimum doz limitlerinin üzerinde fatura edilmesi; plastik cerrahi ameliyatlarının yapılması için sağlık kurulu raporu istenilmesine rağmen, sağlık kurulu raporunun olmaması; birlikte ödenmemesi gereken işlemlerin ("P614040 ve P614050 kodlu, 614040, 614050 kodlu posterior segmental enstrümasyon işlemleriyle birlikte artrodez işlemleri ödenmez" kuralı gibi) SGK'ya faturalandırılması (Sayıştay, 2018: 93-94); aynı tarihte aynı kişiler için birden fazla sağlık kurumunda yatarak tedavi işlemi fatura edilmesi (Sayıştay, 2017: 71-72); aynı başvuruda bir defa faturalandırılabilecek işlemlerin (fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri gibi) birden fazla faturalandırılması (Sayıştay, 2016: 128); sağlık tesislerinde çalışan doktorların, hastalıkları nedeniyle yatarak tedavi gördükleri ya da yıllık izinde oldukları günlerde aynı zamanda görevli oldukları sağlık tesislerinde işlem yapmaları (ameliyat, muayene vb.) ve bu işlemlerin SGK'ya faturalandırılması (Sayıştay, 2019: 37) gibi birçok örnek gösterilebilir. Bununla birlikte, vefat eden hastaların kimlik bilgileri üzerinden sağlık hizmet sunucularınca vefat tarihinden sonra sağlık hizmeti ve ilaç faturası düzenlenmesi (Sayıştay, 2019: 35) çoğu durumda sahtekârlık olarak nitelendirilse de bu durumun bazen sağlık hizmet sunucuları tarafından kişinin ölüm saatinden sonra kendisine sunulan işlemlerin faturalandırılmasını sağlama isteğinden kaynaklandığı da görülmektedir.

### 3.12. Diğer Kategoriler

Sağlık hizmetleri dolandırıcılığıyla ilgili diğer ihlaller doğası gereği çeşitlidir ve her zaman sağlık sahtekârlığı suçları olarak nitelendirilemez. Nitekim bu tür ihlaller; hastaların doktorlara, sağlık hizmet sunucularına veya tedarikçilere cepten yaptıkları usulsüz ödemeler, ilaç şirketleri tarafından bir ilacın onaylanmış kullanım alanı dışında kullanımı, medikal cihaz firmaları tarafından yapılan fiyat manipülasyonları, sahte sağlık raporu düzenlenmesi, reçete yolsuzlukları gibi geniş bir yelpazeye sahiptir.

## 4. Tartışma ve Sonuç

Ödeme sistemi üzerinde yapılan işlemlerin çokluğu ve kaydı tutulan verilerin yüksek hacimde olması suistimallerin tespitini ve takibini zorlaştırmaktadır. Suistimallerin klasik yöntemlerle tespiti uzun sürmekte ve bazı suistimaller ilk planda tespit edilememektedir. Son dönemde dijital teknolojilerdeki gelişmelerle sağlık hizmet sunucularının bilgi yönetim süreçlerinin otomasyonu suistimallerin önlenmesinde önemli işlevler görmektedir. SGK tarafından Medula sistemi üzerinde sürekli iş kurallarının geliştirilmesi, Sağlık Bakanlığı tarafından da E-Nabız ve Tele-tıp uygulamaları ile yeni kuralların ve kontrol algoritmalarının oluşturulması veya mevcut kuralların adapte edilmesi ile hatalı ve uygunsuz faturalandırmalar

engellenebilmektedir. Benzer biçimde provizyon ve hasta kayıt süreçlerinin daha fazla otomasyonu, riskli durumların izlenmesini kolaylaştırmakta ve veri setleri üzerinden veri madenciliği teknolojilerinin ve analitik tekniklerin uygulanabilmesine olanak sağlayabilmektedir (Mengi, 2013; Köse vd., 2015; Akçay ve Uysal, 2019).

Etkin bir hesap verme mekanizmasının kurulması, iç kontrol süreçlerinin tanımlanması ve uygulanması ile yönetim süreçlerine ilişkin temel ilkelerin belirlenmesi yolsuzluğun tespiti açısından önem taşımaktadır. Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı tarafından 2018 yılı Mayıs ayından itibaren sağlıkta usulsüzlük, yolsuzluk, kötüye kullanım gibi durumların tespit edilmesi ve olası kayıpların engellenmesi/azaltılması amacıyla REDES (Risk Esaslı Denetim Sistemi) projesi yürütülmektedir. Bu sistemle, istatistiksel analizler ve veri madenciliği yöntemleri kullanılarak riskli il, riskli sağlık tesisi ve riskli sağlık personeli davranışlarını belirleyemeye yönelik hedefler doğrultusunda risk analizi ile işlemler denetlenmektedir. Örneğin organ nakli ilaçları, greftler, yeşil reçete, vida, flep işlemi, talasemi hastalığı ilaçları, kan ürünleri, kardiyovasküler cerrahi malzemeleri, kırmızı reçeteye tabi ilaçlar, pregabalin etken maddeli ilaçlar, tıbbi mamalar gibi alanlarda konu veya branş bazlı çalışmalar yapılmış ve yapılmaya devam etmektedir (Teftiş Kurulu Başkanlığı, 2022). Bu tür analizler idari, hukuki ve cezai yaptırımların oluşturulmasına da zemin hazırlamaktadır.

Diğer yandan bir önleme stratejisi olarak hekimlerin sigorta sistemi, geri ödeme kuralları ve suistimal durumları konusunda eğitilmesi ve farkındalığı da önemli bir adım oluşturmaktadır (Agrawal vd., 2013). EHFCN'nin Avrupa sağlık hizmetlerinde dolandırıcılık ve yolsuzluğa karşı "bilinçlendirme kampanyaları" koordine etmesi örneğindeki gibi Türkiye'de de Kamu Görevlileri Etik Kurulu gibi kurumlar aracılığıyla benzer çalışmalara ağırlık verilmelidir. Diğer yandan kişilerin de kendilerini sağlık hizmeti sahtekârlığından koruması için bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda kişilerin E-nabız sistemi üzerinden tıbbi kayıtlarını inceleyerek aldıkları sağlık hizmetleri hakkında bilgi sahibi olabilmeleri, sahtekârlığı önleyici bir tedbir olarak da rol oynamaktadır. Böylece kişiler kendilerine sunulmayan hizmetleri veya işlemleri SGK'ya bildirerek süreçlerin incelenmesini kolaylaştırabilmektedir.

## Kaynakça


Agrawal, S., Tarzy, B., Hunt, L., Taitsman, J., & Budetti, P. (2013). Expanding physician education in health care fraud and program integrity. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges,* 88(8), 1081-1087.

Akçay, S. & Uysal, M. (2019). Hastane İşletmelerinde İç Denetim ve Hile Denetimi İlişkisi Üzerine Bir Değerlendirme. *Artvin Çoruh Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi,* 5(2), 205-225.

Bauder, R., Khoshgoftaar, T.M. & Seliya, N. (2017). A survey on the state of healthcare upcoding fraud analysis and detection. *Health Serv Outcomes Res Method*, 17, 31-55.

EHFCN (2022). Waste Typology, https://ehfcn-powerhouse.org/groups/4-ehfcn-waste-typology-matrix/welcome (Erişim tarihi: 24.03.2022).

Johnson, M.E., & Nagarur, N. (2016). Multi-stage methodology to detect health insurance claim fraud. Health care management science, 19(3), 249-260.

Köse, İ, Göktürk, M. Kılıç, K. (2015). An interactive machine-learning-based electronic fraud and abuse detection system in healthcare insurance, *Applied Soft Computing,* 36, 283-299,

Mikkers, Misja, Wolf Sauter, Paul Vincke, and Jos Boertjens (Ed.) (2017). *Healthcare Fraud, Corruption and Waste in Europe: National and Academic Perspectives,* Eleven International Publishing, The Hague.

Mengi, B.T. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Meydana Gelebilecek Hileleri Önlemeye Yönelik Bir Uygulama Olarak Biyometrik Kimlik Doğrulama Sistemlerinin Kullanımı. *Muhasebe ve Finansman Dergisi,* (60), 39-50.

Özen, H. (2021). Dijital Kanallar ve Sağlık Hizmetlerinde Hile. İşletme Akademisi Dergisi, 2 (2), 143-54.

Sayıştay (2016). Sosyal Güvenlik Kurumu 2015 Yılı Sayıştay Denetim Raporu, https://www.sayistay.gov.tr/reports/download/1492-sosyal-guvenlik-kurumu (Erişim tarihi: 24.05.2022).

Sayıştay (2017). Sosyal Güvenlik Kurumu 2016 Yılı Sayıştay Denetim Raporu, https://www.sayistay.gov.tr/reports/download/1494-sosyal-guvenlik-kurumu (Erişim tarihi: 24.05.2022).

Sayıştay (2018). Sosyal Güvenlik Kurumu 2017 Yılı Sayıştay Denetim Raporu, https://www.sayistay.gov.tr/reports/download/1496-sosyal-guvenlik-kurumu (Erişim tarihi: 24.05.2022).

Sayıştay (2019). Sosyal Güvenlik Kurumu 2018 Yılı Sayıştay Denetim Raporu, https://www.sayistay.gov.tr/reports/download/1498-sosyal-guvenlik-kurumu (Erişim tarihi: 24.05.2022).

Sommersguter-Reichmann, M., Wild, C., Stepan, A., Reichmann, G., & Fried, A. (2018). Individual and Institutional Corruption in European and US Healthcare: Overview and Link of Various Corruption Typologies. *Applied health economics and health policy,* 16(3), 289-302.

Teftiş Kurulu Başkanlığı (2022). *REDES Hakkında.* https://teftis.saglik.gov.tr/TR-82455/1redes-hakkinda.html (Erişim tarihi: 10.04.2022).

Thornton, D., Michel Brinkhuis, Chintan Amrit, Robin Aly (2015). Categorizing and Describing the Types of Fraud in Healthcare, *Procedia Computer Science,* 64, 713-720.

The National Health Care Anti-Fraud Association (NHCAA). *The Challenge of Health Care Fraud,* https://www.nhcaa.org/tools-insights/about-health-care-fraud/the-challenge-of-health-care-fraud/ (Erişim tarihi: 14.04.2022).

Vincke, Paul and Cylus, Jonathan. (2011). Health care fraud and corruption in Europe: an overview. *Eurohealth,* 17 (4), 14 - 18.

# SAĞLIK KURUMLARINDAKİ SOSYAL SERMAYENİN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ 'ÇIKIŞ, KONUŞMA, SADAKAT, İHMAL' TEPKİLERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Kübra Bağcı Derinpınar [1], Hava Gökdere Çınar [2]

***Özet***

*Bu çalışma, sağlık kurumlarındaki sosyal sermayenin, sağlık çalışanlarının EVLN tepkilerini etkileyip etkilemediğini anlamak amacıyla yapılmıştır. EVLN, Albert Otto Hirschman tarafından geliştirilen 'Çıkış, Konuşma Sadakat, İhmal' (Exit, Voice, Loyalty, Neglect - EVLN) modelinin İngilizce kısaltma ifadesidir. Çalışma kapsamında 2010-2021 yılları arasında, ulusal ve uluslararası, Türkçe ve İngilizce dillerinde yazılmış makaleler Google Akademik, PubMed, YÖK TEZ, Bursa Uludağ Üniversitesi Online Kaynaklar' dan 'sosyal sermaye', 'EVLN', 'sağlık kurumları', 'örgütsel davranış' anahtar kelimeleri taranmıştır. Koyulan kriterleri taşıyan 7 makale çalışmaya konu olmuştur. İncelenen makaleler sonucunda örgütsel sosyal sermayenin sağlık çalışanlarının işten ayrılma niyeti, işe bağlılık, örgütsel bağlılık, işe yabancılaşma, kurumda kalma-ayrılma, örgütsel sessizlik davranışları üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Bu davranışlar ile çalışanların kurumdan ayrılma, sadakat duyma, konuşarak tepki gösterme veya sessiz kalma, görevini ihmal etme tepkilerinin benzerliği gözetilerek sosyal sermayenin EVLN tepkileri ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Sosyal Sermaye, EVLN, Sağlık Kurumları, Sağlık Çalışanları, Örgütsel Davranış*

1 Öğr. Gör., Bursa Uludağ Üniversitesi, bagci.kubra@gmail.com

2 Dr. Öğr. Üyesi, Bursa Uludağ Üniversitesi, havagokdere@uludag.edu.tr

# INVESTIGATION OF THE EFFECT OF SOCIAL CAPITAL IN HEALTH INSTITUTIONS ON THE REACTIONS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS TO EXIT, VOİCE, LOYALTY AND NEGLIGENCE


***Abstract***

*This study was conducted to understand whether social capital in health institutions affects the EVLN responses of health workers. EVLN stands for Exit, Voice, Loyalty, Neglect model developed by Albert Otto Hirschman. Within the scope of the study, national and international articles written in Turkish and English between 2010-2021 were published in Google Scholar, PubMed, YÖK TEZ, Bursa Uludag University Online Resources, 'social capital', 'EVLN', 'health institutions', 'organizational behavior'. ' keywords were scanned. 7 articles meeting the criteria set were the subject of the study. As a result of the articles examined, it has been seen that organizational social capital has an effect on the intention to leave, job commitment, organizational commitment, work alienation, staying-leaving the institution, organizational silence behaviors of health workers. It has been concluded that social capital is related to EVLN reactions, considering the similarities between these behaviors and the reactions of employees to leave the organization, to feel loyalty, to react by speaking or to remain silent, to neglect their duties.*



***Key Words****: Social Capital, EVLN, Health Institutions, Health Professionals, Organizational Behavior*


## 1. Giriş

Sosyal sermaye, ilk olarak 1916'da yazar Lyda J. Hanifan tarafından "sosyal birimi oluşturan bireyler ve aileler arasında iyi niyet, dostluk, sempati ve sosyal ilişkiler" olarak tanımlanmıştır (OECD, 2007). Sosyal sermaye bireyler, topluluklar, kuruluşlar veya gruplar arasındaki ilişkilerin miktarı ve kalitesidir (Hammer vd., 2013). Sosyal sermaye kurumlarda işe bağlılık, iş birliği, veri paylaşımı ve güven yaratır. Sosyal sermayesi yüksek organizasyonlar hedeflerine ulaşmaya daha yakındır (Farzianpour, 2011). Organizasyonlarda çalışanlar arasındaki sosyal ilişkiler; iletişim ve güven ortamı, örgüt içindeki ortak inançlar ve değerler, çalışanların örgüt normlarına uygun davranış biçimleri kurumun sosyal sermayesini ifade etmektedir. (Ernstmann vd., 2013; Özgün, 2019).

Sosyal sermayenin kuruluşlarda ortak hedefler için daha iyi bilgi paylaşımı; yüksek düzeyde güven ve işbirliği ruhu oluştururken, işten ayrılma oranlarını azaltarak, kıdem tazminatı, sık işe alma ve eğitim giderlerini azaltır. Sosyal serma-

ye, sık olmayan personel değişiklikleri nedeniyle kesintileri önleyebilir ve böylece değerli kurum bilgileri korunabilir. (Özgün, 2019),

Sosyal sermayenin unsurları olan sosyal ilişki, güven ve norm kavramları örgütsel davranış üzerine yapılan çalışmalarda oldukça sık incelenmektedir. Sosyal sermaye, çalışma ortamının sosyal ilişkilere dayanan yönüdür ve sosyal etkileşimler, çalışma grubundaki üyelerin davranışlarını ve değerlerini şekillendirir. Birçok çalışmada çalışanların kuruma bağlılığı, iş tatmini, performansı, tepkileri ve sadakati kurumların sosyal sermayesiyle ilişkili bulunmuştur (Özgün, 2019; Perzynski vd., 2019; Shin ve Lee, 2016; Turgut ve Beğenirbaş, 2013; Ernstmann vd., 2013., 2010).

Devletler, firmalar veya kuruluşlarda istenmeyen meselelere bireysel tepkileri açıklamak için 1970 yılında Albert Hirschman tarafından oluşturulan 'çıkış, konuşma ve sadakat' tepkilerinin baş harflerinden oluşan EVL modeli, sonraki yıllarda birçok teorisyen tarafından ele alınmış ve genişletilmiştir. Rusbult, Zembrodt ve Gunn (1982) ve Farrell (1983) EVL modeline tatminsizliğe tepki olarak dördüncü bir boyut olan umursamazlık, aldırmazlık ve sessizlik ile karakterize edilen "ihmal" kavramını eklemişlerdir. Model, sonraki dönemlerde çıkış, konuşma, sadakat ve ihmal - EVLN olarak çalışmalarda yer almıştır (İppolito, 2013).

Bireyin sistem ile ilişkisini sonlandırması anlamına gelen "çıkış" tepkisi bazı üyelerin organizasyonun çıktılarını satın almaktan vazgeçmesi ya da bazı çalışanların örgütten ayrılmaları şeklinde tanımlanır. "Konuşma" müşterilerin ya da örgüt üyelerinin kuruluşun uygulamalarını, politikalarını ve çıktılarını değiştirme teşebbüsü olarak tanımlanır. Çıkış ve konuşma tepkisinin sisteme olan sadakatten etkilendiği belirtilmektedir. Birey kuruma sadık olduğunda konuşma tepkisi çıkış tepkisinden daha fazla, eğer sadık değilse çıkış yapma ihtimali daha yüksektir. İki seçenek arasındaki seçim, firmaya olan sadakat derecesine bağlıdır. Bağlılık derecesi arttıkça, konuşma seçeneğinin seçilme ihtimali artar ve bunun tersi de geçerlidir. ''Sadakat'' kavramı, bireylerin çıkış alternatifi olmasına rağmen konuşma seçeneğine başvurduklarında ortaya çıkan bir yapı olarak sunulur. Bununla birlikte, bazılarına göre, sadakat seçeneği iyimser bir gelişme beklentisi ile bağlantılıdır. ''İhmal'' tepkisi çalışanlar arasında; gecikme, devamsızlık ve yüksek hata oranları gibi gevşek ve düşüncesiz davranışlar ile karakterize edilerek dördüncü bir tepki olarak tanımlanmıştır (Rai ve Agarwal, 2019).

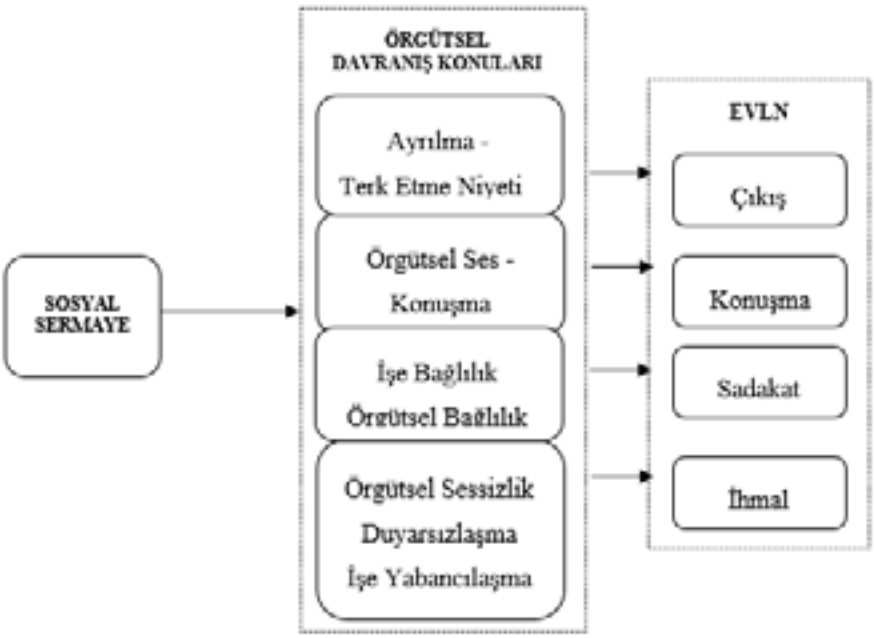
Sosyal sermayenin sağlık alanında konu olduğu çalışmalar genel olarak sosyal sermaye ile farklı örgütsel davranış konuları ilişkisi üzerinde yapılanmıştır. Ulaşılan araştırma konuları; sosyal sermaye ile işten ayrılma niyeti, tükenmişlik, iş tatmini, işe bağlılık, iş doyumu, örgütsel bağlılık, duygusal tükenme, performans, işe yabancılaşma, kurumda kalma-ayrılma, örgütsel sessizlik davranışları arasındaki ilişkilerdir. Bu çalışmalardan sosyal sermayenin örgütsel davranış türlerine etki ettiği anlaşılmaktadır. EVLN modeli de örgütsel bağlamlarda (örgüt kültürü,

örgütsel adalet, örgütsel muhalefet vb.) ve müşteri davranışları konularında birçok çalışmada incelenmiş ve geliştirilmiş (Rai ve Agarwal, 2019). EVLN modelinin sağlık kurumlarında çalışan tepkilerini anlamada açıklayıcı olabileceği düşünülmektedir. Sağlık organizasyonları literatüründe bu teorinin oldukça az çalışmaya konu olduğu görülmektedir.

Bu bilgilerle dayanarak, bu çalışma sosyal sermayenin örgütsel davranış türlerine etkisini inceleyen çalışmaların derlenmesiyle oluşturulmuş, örgütsel davranış türlerine EVLN modeliyle yaklaşılarak sağlık çalışanları arasındaki sosyal sermayenin EVLN tepkileriyle ilişkisini açıklamak amaçlanmıştır.

## 2. Yöntem

Bu çalışma, literatürde sosyal sermaye ve EVLN modeliyle ilişkilendirebilecek örgütsel davranış konularının (işten ayrılma, terk etme niyeti, işe yabancılaşma, işe bağlılık, örgütsel bağlılık, örgütsel sessizlik, duyarsızlaşma, işe yabancılaşma, örgütsel konuşma) ele alındığı araştırmalarla, istatistiki analiz yapılmadan değerlendirildiği, konu hakkında genel bir sonuç çıkarmak amacıyla yapılan 'sistematik derleme' türünde planlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda oluşturulan araştırma modeli Şekil 1'de verilmiştir.



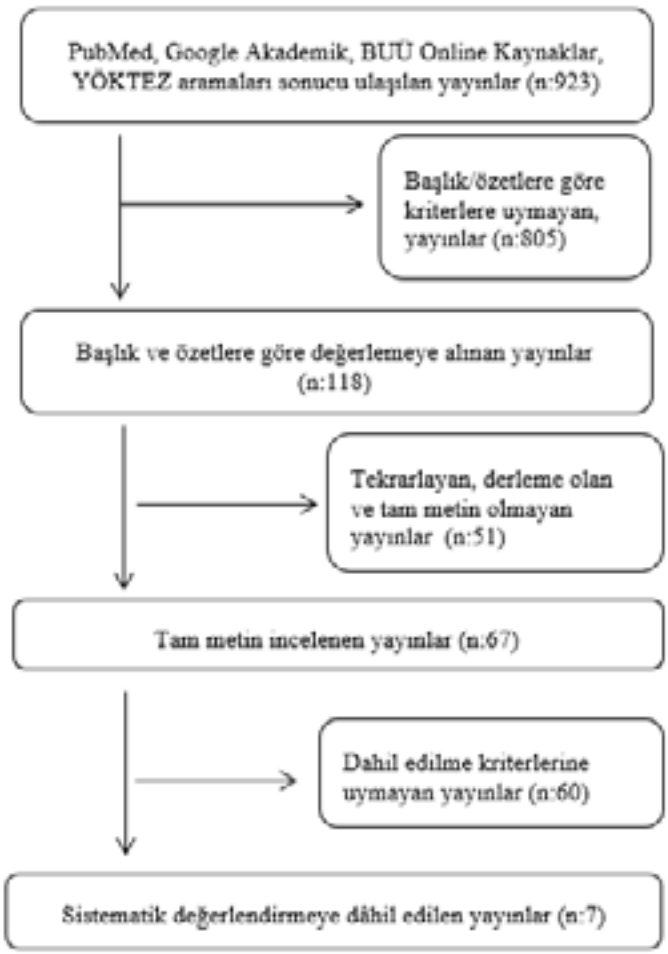

**Şekil 1.** Araştırma Modeli

*Dil, yer ve zaman seçimi:* 2010-2021 yılları arasında yayınlanan, ulusal ve uluslararası, Türkçe ve İngilizce dillerinde yazılmış makaleler dâhil edilmiştir.

*Kapsam, konu ve yayın türü seçimi:* Çalışmada sağlık kurumlarında çalışanlar arasındaki sosyal sermaye düzeyi ile işten ayrılma, terk etme niyeti, işe yabancılaşma, işe bağlılık, örgütsel bağlılık, örgütsel sessizlik, duyarsızlaşma, işe yabancılaşma, örgütsel konuşma konuları EVLN modeliyle ilişkisel olarak ele alınmıştır. Seçilen konuda yapılan araştırma makaleleri ve tez çalışmaları dâhil edilmiştir.

*Veri tabanı ve anahtar sözcükler:* Derlenen makaleler Google Akademik, PubMed, Bursa Uludağ Üniversitesi Online Kaynaklar ve YÖKTEZ' kaynaklarından taranmıştır. 'Sosyal sermaye', 'sağlık kurumları', 'örgütsel davranış', 'EVLN', anahtar sözcükleri ile yapılan taramada 923 makale arasından koyulan kriterleri taşıyan 7 makale değerlendirmeye alınmıştır.

Derleme kapsamında değerlendirilen makalelerin seçim aşamaları Şekil 2'de özetlenmiştir.




**Şekil 2.** Değerlendirmeye Alınan Makalelerin Seçim Diyagramı

## 3. Bulgular

Tablo 1'de ulusal ve uluslararası literatürde sağlık kurumlarında sosyal sermaye ve araştırma kriterlerine uyan örgütsel davranışları ele alan çalışmalar derlenmiştir.

**Tablo 1.** Derlenen Çalışmalar

| Yazar / Yıl | Türü | Araştırmanın Amacı | Araştırma Yeri | Örneklem Büyüklüğü | Kullanılan Araçlar | Bulgular ve Sonuçlar |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Iida vd., 2020 | Araştırma Makalesi | İşyeri sosyal sermayesi ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkiyi incelemek. | Japonya | 658 sağlık çalışanı | İşyeri Sosyal Sermaye Ölçeği Ayrılma Niyeti Ölçeği Psikolojik Distres Ölçeği İş Stresi Ölçeği Demografik Veriler Anketi | Hem birim düzeyinde hem de bireysel düzeydeki işyeri sosyal sermayesi, ayrılma niyeti ile anlamlı olarak negatif ilişkili bulunmuştur. |
| 2.Strömgren, 2017 | Araştırma Makalesi | Sosyal sermaye ile işten ayrılma niyeti arasındaki ilişkileri araştırmak. | İsveç | 849 sağlık çalışanı | Kopenhag Psikososyal Anketi Modern İş Hayatı Anketi İşten Ayrılma Niyeti | Yüksek düzeyde sosyal sermaye, düşük düzeyde işten ayrılma niyeti ile ilişkilendirilmiştir. |
| 3.Strömgren vd, 2016 | Araştırma Makalesi | Sosyal sermayenin iş tatmini, işe bağlılık ve klinik iyileştirmelere katılım için önemini değerlendirmek. | İsveç | 5 ayrı hastaneden 477 doktor ve hemşire. | Kopenhag Psikososyal Anketi İşe Bağlılık ve Tükenmişlik için İsveç Ölçeği Modern İş Hayatı Anketi | Çalışmada, sosyal sermayeyi iş tatmini, işe bağlılığı ve sağlık bakımı bağlamlarında hasta güvenliği ve bakım kalitesinin klinik iyileştirmelerine katılım ile ilişkili önemli bir faktör olarak tanımlamıştır. |
| 4. Hsu vd., 2011 | Araştırma Makalesi | Hemşirelerin sosyal sermaye, örgütsel bağlılık ve müşteri odaklı olumlu sosyal davranış algılarını incelemek. | Tayvan | Bir tıp merkezinde çalışan 797 hemşireye sosyal sermaye, örgütsel bağlılık ve toplum yanlısı müşteri odaklılığı ölçmek için geliştirilen ölçekler uygulanmıştır. | Sosyal sermaye ölçeklerinden derlenen maddelerle oluşturulmuş bir ölçek. Örgütsel bağlılığı ölçmek ve müşteri odaklı olumlu sosyal davranış kavramı için geliştirilen anketler. | Araştırma bulguları hemşirelerin sosyal sermaye algılarının örgütsel bağlılığı önemli ölçüde etkilediğini ve bunun da müşteri odaklı toplum yanlısı davranışları önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. Arslan, 2016 | Araştırma Makalesi | Sağlık sektöründe sosyal sermaye ve çalışanların işten ayrılma niyeti düzeyleri arasındaki ilişkileri tespit etmek. | Türkiye, Gaziantep | Devlet ve özel hastanelerinde çalışan 395 doktor, hemşire, ebe ve sağlık teknisyenleri personeli | Demografik bilgiler formu, Sosyal sermaye ölçeği, İşten ayrılma niyeti ölçeği | Yapısal eşitlik modeli ile analiz edilen verilerden sosyal sermaye ile çalışanların işten ayrılma niyetinin önemli derecede ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Örgütsel sosyal sermaye ile çalışanların işten ayrılma niyeti arasında negatif doğrusal bir ilişki olduğu ortaya koyulmuştur |
| 6. Kocaoğlu ve Şener, 2018 | Araştırma Makalesi | Kamu ve özel sektör sağlık kurumlarında kurum içi girişimcilik, örgütsel bağlılık ve sosyal sermaye ilişkisini açıklamak | Türkiye, Konya | 58 kamu 260 özel sektörden 318 sağlık çalışanı | Sosyal Sermaye Ölçeği Örgütsel Sadakat Ölçeği 15 maddelik (iç girişimcilik) ölçeği | Araştırmanın değişkenlerinden olan sosyal sermaye ile örgütsel bağlılık arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. |
| 7. Pekkan, 2017 | Doktora Tezi | Sosyal sermaye ve öz-yeterliliğin işe yabancılaşma üzerindeki etkisini ve öz-yeterliliğin, sosyal sermaye ile işe yabancılaşma ilişkisinde aracılık rolünü tespit etmek. | Türkiye, Adana | Kamu hastaneleri çalışanlarından 462 katılımcı | Sosyal Sermaye Ölçeği Genel Öz-Yeterlilik Ölçeği İşe Yabancılaşma Ölçeği | Sosyal sermayenin işe yabancılaşma üzerinde anlamlı ve negatif bir etkiye, öz-yeterlilik üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur. |

Bu derlemeye dâhil edilen çalışmaların altısı araştırma makalesi biri doktora tezi (Pekkan, 2017) niteliği taşımaktadır. Araştırmaların üçü Türkiye'nin çeşitli illerinde (Gaziantep, Adana, Konya) beşi yabancı ülkelerde (Japonya, İsveç, İsveç, Tayvan, Hindistan) gerçekleştirilmiştir.

Dört araştırmada uygulanan kurumdaki sağlık çalışanları, bir çalışmada doktor, hemşire, ebe ve sağlık teknisyenleri, bir çalışmada doktor ve hemşireler, bir çalışmada da sadece hemşireler örneklem grubu oluşturmuştur. Strömgren (2017) tarafından sağlık çalışanlarının sosyal sermaye ve işten ayrılma niyetini araştırdığı çalışması 849 sağlık çalışanı ile en büyük örneklem gruba sahiptir. Kocaoğlu ve Şener (2018) tarafından kurum içi girişimcilik, örgütsel bağlılık ve sosyal sermaye ilişkisini açıklamak amacıyla 58 kamu 260 özel sektörden 318 sağlık çalışanının katıldığı çalışma, derlenen araştırmalar arasında en az örneklem sayısını oluşturmaktadır.

Çalışmalarda örgütsel sosyal sermayeyi ölçmek için farklı araçlar kullanıldığı görülmektedir. Strömgren vd., (2016) ve Strömgren (2017) çalışmalarında kullanılan Modern İş Hayatı Ölçeği (Cronbach›s alpha 0.89) 'karşılıklılık' ve Kophenag Psikososyal ölçeği (Cronbach's alpha 0.82) 'yönetime güven, çalışanlar arası güven ve tanınma' boyutları sosyal sermayeyi ölçmede kullanılmıştır (Cronbach's alpha 0.72). Iida vd. (2020) 8 maddeli İşyeri Sosyal Sermayesi Ölçeği (Cronbach's alpha 0.82) kullanmışlardır. Hsu vd. (2011) sosyal sermayeyi ölçmek için sosyal sermaye ölçeklerinden güven ve paylaşılan vizyonu ölçen, araştırma bağlamına uygun maddeler tasarlamışlardır. Arslan (2016) çalışmasında Nahapiet ve Ghoshal (1998) tarafından belirlenen sosyal sermayenin üç boyutu olan yapısal, ilişkisel ve bilişsel sosyal sermayeyi ölçen Şahin (2010) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Sosyal Sermaye Ölçeğini kullanmıştır (Croncbach Alpha katsayısı 0.82). Kocaoğlu ve Şener (2018) ile Pekkan (2017) sosyal sermaye düzeyini belirlemek amacıyla Ardahan (2012) tarafından geçerlilik ve güvenirliliği tespit edilmiş olan Onyx ve Bullen (2000) tarafından geliştirilen yerel komiteye katılım, sosyal temsil, güven ve güvenlik duyguları, komşuluk ilişkisi, aile ve arkadaş ilişkileri, çeşitliliğe hoşgörü, yaşamın değeri ve çalışma ilişkileri gibi sekiz alt boyutlu Sosyal Sermaye Anketini kullanılmıştır.

EVLN teorisinde 'çıkış' boyutunda değerlendirilebilecek *İşten Ayrılma Niyeti*, Iida vd. (2020) tarafından İşten Ayrılma Niyeti Ölçeği ile ölçülmüş (Cronbach alpha 0.82). Arslan (2016); Walsh, Ashford ve Hill (1985) tarafından geliştirilen 8 soruluk İşten Ayrılma Niyeti Ölçeği (Cronbahs alpha 0.92) kullanmıştır. Strömgren (2017) İşten Ayrılma Niyetini tek bir madde ile değerlendirilmiştir: (Başka bir işe başvurmayı ne sıklıkla düşündünüz?)

EVLN teorisinde 'sadakat' boyutunda değerlendirilebilecek *Örgütsel Bağlılık*, Hsu vd. (2011) tarafından dört maddelik bir ölçekle ölçmüşlerdir. Strömgren vd. (2016) İşe Bağlılık düzeyini üç boyuttan oluşan canlılık (Cronbach alfa 0.83), özveri (Cronbach alfa 0.84) ve dikkat (Cronbach alfa 0.85) Swedish Scale for Work Engagement and Burnout (SWEBO) ölçeği ile belirlemişlerdir. Kocaoğlu ve Şener (2018) bağlılık düzeyini belirlemek amacıyla Örgütsel Sadakat Ölçeği (Aşkın, 2014) kullanmıştır.

EVLN teorisinde 'ihmal' boyutunda değerlendirilebilecek *İşe Yabancılaşma*, Pekkan (2017)' ın çalışmasında İşe Yabancılaşma Ölçeği'nde anlamsızlık, zayıflık ve kendine yabancılaşma gibi yirmi bir madde ve üç alt boyutu da çalışanların işe yabancılaşma algılarını ölçülmüştür.

Çalışmalardan üçünde sosyal sermaye ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişki incelenmiştir (Arslan, 2016; Strömgren, 2017; Iida vd., 2020). Bu çalışmalar göstermiştir ki örgütsel sosyal sermaye işten ayrılma niyetinin önemli bir yordayıcısıdır; sosyal sermaye ile işten ayrılma niyeti arasında anlamlı negatif ilişkiler bulgulanmıştır.

Bir çalışma sosyal sermaye ile işe bağlılık (Strömgren vd., 2016), iki çalışma örgütsel bağlılık (Hsu vd., 2011, Kocaoğlu ve Şener, 2016) ilişkilerini ölçmüştür. İlgili çalışmalardan sosyal sermayenin işe bağlılık ve örgütsel bağlılık üzerinde etkili olduğu bulgulanmış, sosyal sermaye ile bağlılık arasında anlamlı pozitif ilişkiler ortaya koyulmuştur. Kocaoğlu ve Şener (2018) örgütsel bağlılığı belirlemek amacıyla Örgütsel Sadakat Ölçeği (Aşkın, 2014) kullanmıştır.

Pekkan (2017) çalışmasında sosyal sermaye ile çalışanların İşe Yabancılaşma düzeylerini ele almıştır. Bu çalışmada, sosyal sermayenin işe yabancılaşma üzerinde anlamlı ve negatif bir etkiye sahip olduğu ifade edilmiştir.

## 4. Tartışma ve Sonuç

Bu çalışmada sosyal sermayenin EVLN modeli ve bu modelin öncülleri olarak açıklanabilecek örgütsel davranış modelleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Ancak sağlık kurumlarında sosyal sermaye ile çalışanların kurumdan çıkış yapma, konuşarak tepki düzeltmeye katkı sağlama, kuruma sadakat ve görevini ihmal etme davranışlarını açıklayan çalışma sayısının ulusal ve uluslararası literatürde az olduğu görülmüştür. Yine de bu derleme çalışmasında ele alınan yayınlar EVLN teorisi ile açıklanabilecek bazı sonuçlar vermiştir.

Çalışmalarda sosyal sermaye düzeyi ile çalışanların işten ayrılma düzeyleri negatif anlamlı ilişkiler göstermiştir (Iida vd., 2020, Arslan, 2016, Strömgren 2017), çalışanların yüksek sosyal sermayeye sahip olan kurumlarda işten ayrılma - kurumu terk etme niyetlerinin daha az olduğu görülmektedir. Özgün (2019) de sosyal sermayenin performansa etkisini incelediği çalışmasında kurumlardaki kişilerarası ilişkilerin iş tatminini artırdığını, işten ayrılma oranını azalttığını belirtmiştir. EVLN teorisine göre yorumlandığında ise kurum sosyal sermayesinin yüksek olması çalışanların kuruma 'sadakat' derecelerini yükselterek kurumdan 'çıkış' yapma niyetlerini azaltacağı sonucuna varılabilir.

Sosyal sermayenin örgütsel bağlılığa-işe bağlılığa etki ettiği çalışmalar da bizi benzer bir sonuca götürmektedir (Hsu vd., 2011, Strömgren vd., 2016, Kocaoğlu ve Şener, 2018). Sağlık kurumlarında sosyal sermayenin örgütsel bağlılığı artırdığı sonucu incelenen çalışmalarda görülmektedir. Bu sonuç sosyal sermayenin 'sadakat' düzeyini artırarak devamsızlık, iş devri, umursamazlık davranışlarının yani 'ihmal' tepkisinin daha az olacağı yönünde yorumlanabilir. Sosyal sermaye ile işe yabancılaşma ve umursamama ilişkisinin incelendiği Pekkan (2017)'ın çalışmasında 'ihmal' tepkisinin sosyal sermaye ile negatif ilişkisi bulgulanmıştır. Sosyal sermaye düzeyi yüksek kurumlarda çalışanlar işlerini ihmal etmeden işe sadakatle performans gösterdikleri anlaşılabilir.

İncelenen yayınlar arasında sağlık kurumlarında sosyal sermaye ile örgütsel konuşma – örgütsel ses ilişkilerini inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanma-

mıştır. Dolayısıyla sosyal sermayenin EVLN modelindeki 'konuşma' tepkisine etkisi bir araştırmaya dayanarak açıklanamamaktadır. Ancak EVLN teorisinde konuşma tepkisi sadakat ile ilişkilendirilmektedir (Farrell, 1982). Konuşan birey, çıkış yapmak yerine sadakat ile bozulmayı düzeltme eğilimindedir. Bu dolaylı bağlantı ile sosyal sermayenin konuşma - ses tepkilerini artırması beklenebilir. Bu konu bu çalışmanın kısıtlarındandır ve daha doğru sonuçlar için sosyal sermaye ile örgütsel ses-konuşma ilişkisinin bir araştırmayla incelenmesi önerilir.

Bunun yanında her bir ilişkiyi içeren az sayıda makale olması diğer bir kısıtlılıktır. Daha genellenebilir sonuçlar için sosyal sermaye ve EVLN tepkilerinin her birinin ölçüldüğü araştırmalar yapılması önerilir.

Bu çalışmada değişkenlerin ilişkisi sadece sağlık organizasyonlarındaki araştırmalar incelenerek yorumlanmıştır. Sosyal sermaye ve EVLN tepkilerinin ilişkisinin sağlık kurumları dışındaki organizasyonlarda da incelenmesi örgütsel davranış modelleri konusunda daha geniş kapsamlı bilgiler verebilir.

Sosyal sermayenin yüksek olduğu sağlık kurumlarında çalışanların kurumdan daha az çıkış yaptığı, işlerini daha az ihmal ettiği, işlerine daha bağlı, sadık performans gösterdikleri yorumu yapılabilir.

## Kaynakça


Akça, S. Devebakan, N. (2017). Sağlık Kurumlarında Çalışanların Kurumda Kalma ya da Ayrılma Kararlarının Belirlenmesinde Örgütsel Bağlılığın Etkisi: İzmir İlinde Bir Araştırma. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,* 32.2: 239-261.

Arslan, V., Gökçe, S. G., Emhan, A. (2016). Sosyal Sermaye ve İşten Ayrılma Niyetinin Analizi: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. *Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(5), 1-16.

Eliacin, J., Flanagan, M., Monroe-DeVita, M., Wasmuth, S., Salyers, M. P., Rollins, A. L. (2018). Social capital and burnout among mental healthcare providers. *Journal of Mental Health*, 27(5), 388-394.

Ernstmann, N., Driller, E., Kowalski, CH., Karbach, U., Jung, J., Pfaff, H., & Ommen, O. (2013). Social Capital and Quality Emphasis: A Cross-Sectional Multicenter Study in German Hospitals. *International Journal of Healthcare Management*, 25(2), 98-103.

Farrell, D. (1983). Exit, Voice, Loyalty, and Neglect as Responses to Job Dissatisfaction: A

Farzianpour, F., Fouroshani, A. R., Vahidi, R. G., Arab, M., & Mohamadi, A. (2011). Investigating the Relationship between Organizational Social Capital and Service Quality in Teaching Hospitals. *American Journal of Economics and Business Administration*, 3(2), 425-429.

Hammer, A., Arah, O. A., DerSarkissian, M., Thompson, C. A., Mannion, R., Wagner, C., DUQuE Project Consortium. (2013). The Relationship between Social Capital and Quality Management Systems in European Hospitals: A Quantitative Study. PLoS One, 8(12), e85662.

Hsu, C. P., Chang, C. W., Huang, H. C., & Chiang, C. Y. (2011). The Relationships Among Social Capital, Organizational Commitment and Customer-Oriented Prosocial Behavior of Hospital Nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9-10), 1383-1392.

Iida, M., Watanabe, K., Ando, E., Tsuno, K., Inoue, A., Kurioka, S., & Kawakami, N. (2020). The Association Between Unit-Level Workplace Social Capital and Intention to Leave Among Emp-

loyees in Health Care Settings: A Cross-Sectional Multilevel Study. *Journal of occupational and environmental medicine*, *62*(5), e186-e191.

Ippolito, A., Impagliazzo, C., & Zoccoli, P. (2013). Exit, Voice, and Loyalty in The Italian Public Health Service: Macroeconomic and Corporate Implications. *The Scientific World Journal*.

Kocaoğlu, M., & Şener, E. (2018). Kurum İçi Girişimcilik, Örgütsel Bağlılık ve Sosyal Sermaye İlişkisi: Kamu Sektörü Ve Özel Sektörde Bir Karşılaştırma. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi,* 6(14), 164-175.

Multidimensional Scaling Study. *Academy of management journal*, *26*(4), 596-607.

OECD. (Feb 2007). OECD Insights: Human Capital. https://www.oecd.org/insights/37966934.pdf adresinden elde edildi. Erişim tarihi; 10.01.2021.

Özgün, A. H. (2019). Sosyal Sermaye, Entelektüel Sermaye, İnovasyon ve Performans İlişkisi: Sağlık Kurumları Üzerine Bir Araştırma (Doctoral dissertation, Marmara Universitesi (Turkey).

Pekkan, N. U., & Cavus, M. F. (2019). The Effect of Social Capital on Work Alienation: Sample from Health Sector Employees. ISCBE 2019, 324.

Perzynski, A. T., Caron, A., Margolius, D., & Sudano, J. J. (2019). Primary Care Practice Workplace Social Capital: A Potential Secret Sauce for İmproved Staff Well-Being and Patient Experience." *Journal of Patient Experience*, 6(1) 72-80.

Rai A, Agarwal UA. (2019). Linking Workplace Bullying and EVLN Outcomes*. International Journal of Manpower.*

Responses to Dissatisfaction in Romantic Involvements. *Journal of personality and social psychology*, *43*(6), 1230.

Rusbult, C. E., Zembrodt, I. M., & Gunn, L. K. (1982). Exit, Voice, Loyalty, And Neglect:

Shin, J. I., & Lee, E. (2016). The Effect of Social Capital on Job Satisfaction and Quality of Care Among Hospital Nurses in South Korea. *Journal of Nursing Management*, 24(7), 934-942.

Strömgren, M. (2017). Intention to leave among health care professionals: The importance of working conditions and social capital. *Journal of Hospital Administration*, *6*(3), 58-66.

Strömgren, M., Eriksson, A., Bergman, D., & Dellve, L. (2016). Social capital among healthcare professionals: A prospective study of its importance for job satisfaction, work engagement and engagement in clinical improvements. *International journal of nursing studies*, *53*, 116-125.

Turgut, E., & Beğenirbaş, M. (2013). Çalışanların Yenilikçi Davranışları Üzerinde Sosyal Sermaye ve Yenilikçi İklimin Rolü: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. Kara Harp Okulu Bilim Dergisi, 23(2), 101-124.

# HASTANELERDE ÇEVRESEL TÜRBÜLANSIN ÖRGÜTSEL DOĞAÇLAMA ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Koray Kopuz [1], Emre İşçi [2]

***Özet***

*Bu araştırma zaman boyutu açısından kesitsel amacı açısından tanımlayıcı olarak tasarlanmıştır. Araştırma kapsamında özel hastanelerde çevresel türbülansın örgütsel doğaçlama kapasitesi üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu kapsamda orantısız tabakalama örnekleme yöntemi ile belirlenen 33 hastaneden 546 yönetici ile anket çalışması yapılmıştır. Bu anketlerin 59'u geçersiz olup 487 katılımcının verileri analiz edilmiştir. Verilerin analizinde korelasyon analizi, hiyerarşik çoklu regresyon analizi, eşzamanlı çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Ölçeklerin geçerliliğini test etmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmış, güvenilirliklerini tespit etmek amacıyla ise Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır. Verilerin analizi sonucunda çevresel türbülans ile örgütsel doğaçlama kapasitesi arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (r=0,456 ; p<0,01). Çevresel türbülansın alt boyutları açısından bakıldığında ise teknolojik türbülans (r=0,395), pazar türbülansı (r=0,581) ve rakip türbülansı (r=0,149) ile örgütsel doğaçlama kapasitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki vardır (p<0.01).*

***Anahtar Kelimeler:*** Çevresel Türbülans, Örgütsel Doğaçlama, Hastane Yönetimi

# THE EFFECT OF ENVIRONMENTAL TURBULENCE ON ORGANIZATIONAL IMPROVISATION IN HOSPITALS

***Abstract***

*The research was designed as descriptive in terms of its purpose and cross-sectional in terms of the time dimension. Within the research scope, environmental turbulence's effect on organizational improvisation capacity in private hospitals was examined. In this context, a survey was conducted with 546 managers in*

1 Arş. Gör., Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, koraykopuz@gmail.com

2 Doç. Dr., Marmara Üniversitesi, emre.isci@marmara.edu.tr

*33 hospitals determined by the disproportionate stratification sampling method. Fifty-nine of these questionnaires were invalid, and the data of 487 participants were analyzed. Correlation analysis, hierarchical multiple regression analysis, and simultaneous multiple regression analysis were used in the data analysis. Confirmatory factor analysis was performed to test the validity of the scales, and Cronbach's alpha internal consistency coefficient was calculated to determine their reliability. As a result of the analysis of the data, it was determined that there is a statistically significant positive relationship between environmental turbulence and organizational improvisation capacity (r=0.456 ; p<0.01). In terms of the sub-dimensions of environmental turbulence, there is a statistically significant positive correlation between technological turbulence (r=0.395), market turbulence (r=0.581) and competitor turbulence (r=0.149), and organizational improvisation capacity (p<0.01).*

***Key Words**: Environmental Turbulence, Organizational Improvisation, Hospital Management*

## 1. Giriş

Çevre, modern perspektiften bakıldığında örgüt sınırlarının dışarısında kalan ve örgüt üzerinde potansiyel olarak etkisi olan tüm unsurların toplamı olarak tanımlanabilir (Hatch ve Cunliffe, 2013; Song vd., 2021). Sistem teorisi ve durumsallık teorisinin de etkisiyle örgüt ve çevre arasındaki ilişkiler detaylıca analiz edilmeye başlanmıştır (Gemici, 2019). İşletme çevresinin işletmeler açısından iki temel önemi vardır. Bunlardan birincisi, çevrenin işletmelerin ihtiyaç duyduğu kaynaklara depoluk etmesi, ikincisi ise işletmeler için bir belirsizlik kaynağı olmasıdır (Ülgen ve Mirze, 2018). İşletmelerin çevrelerindeki belirsizlik Burns ve Stalker, Lawrence Lorsch, James Thompson, Robert Duncan ve Emery ve Trist gibi farklı yazarlar tarafından incelenmiştir. Emery ve Trist "The Causal Texture of Organizational Envirionment" isimli çalışmasında evrensel ilkelerin ve karar yöntemlerinin bütün organizasyonlara uygulanamayacağını, işletmelerin öncelikle ilişkide bulunduğu çevrelerin anlaşılması ve bu çevrelerin özelliklerinin belirlenmesi gerektiğini ortaya koymuşlardır (Koçel, 2018). Bu kapsamda Emery ve Trist dört farklı çevre tipi tanımlamış ve bunların özelliklerini ortaya koymuştur. Bunlar sırasıyla, durgun, dağınık (placid, randomized) çevre, durgun, kümelenmiş (placid, clustered) çevre, dengesiz, tepki gösterici (disturbed, reactive) çevre ve tübülanslı, çalkantılı (turbulent) çevredir (Emery ve Trist, 1965). Buradaki dört çevre türü artan karmaşıklığa göre sıralanmıştır ve türbülanslı çevre en karmaşık olanıdır (White vd., 1984). Emery ve Trist türbülanslı çevreyi, hızla değişen, karmaşık, oldukça dinamik süreçlerin bulunduğu ve öngörülebilirliği olmayan çevre olarak tanımlamıştır (Ülgen ve Mirze, 2018: 80; Emery ve Trist, 1965).

Çevresel türbülans, işletmenin çevresinde ortaya çıkan değişikliklerin büyüklüğü, hızı ve tahmin edilememesi olarak tanımlanabilir. Çevresel türbülans arttık-

ça çevrede yer alan unsurlar daha belirsiz ve tahmin edilemez bir hâl almaktadır (Hina vd., 2021; Rego vd., 2022; Song vd., 2021). Günümüzde iş çevreleri oldukça dinamik ve belirsiz bir yapıdadır (Chen vd., 2020). Durumsallık teorisi, bir organizasyonun sosyal sistem içerisinde yer alan açık bir alt sistem olduğunu ve çevreden etkilendiğini belirtir. Dolayısıyla, organizasyonların hayatta kalarak sürdürülebilirliği sağlaması için faaliyetlerinin tüm yönleri, dış çevrenin gereksinimlerine uyum sağlamalıdır (Hatch ve Cunliffe, 2013; Song vd., 2021). Bu sebeple çevresel türbülansın yüksek olduğu ortamlarda işletmelerin belirli bir zorluğun üstesinden gelmek için uygun bilgi elde etme veya gerekli kaynakların oluşmasını bekleme lüksü yoktur (Akgün vd., 2007). Bu tarz ortamlarda işletmeler; işletmenin planlarını değiştirmesine yönelik olarak çevreden gelen talepleri görmezden gelebilir, planlama ve uygulama döngülerini hızlandırmaya çalışabilir veya planlama ve uygulama süreçlerini birleştiren doğaçlama bir yaklaşıma gidebilirler (Moorman ve Miner, 1998). Yerleşmiş planların ve prosedürlerin çevresel türbülans sebebiyle başarısız olduğu durumlarda doğaçlama gerekli görülmektedir. Planlamanın öneminin inkâr edilmemesine karşın öngörülmeyen durumlarla karşı karşıya kalındığında plan ve prosedürleri sıkı bir şekilde takip etmek işletme faaliyetlerinin felç olmasına neden olabilir. Dolayısıyla bu gibi durumlarda işletmelerin mevcut kaynaklarla karmaşık zorlukları doğaçlama yaparak ele almasının oldukça önemli olduğu belirtilmektedir (Akgün vd., 2007; Wilden ve Gudergan, 2015).

Doğaçlama, bir faaliyetin planlanma ve uygulanma zamanının yakınlık derecesi olarak tanımlanmaktadır. Bu kapsamda bir faaliyetin planlanması ve uygulanması arasındaki süre ne kadar kısa ise faaliyetin o kadar doğaçlama olduğu ifade edilebilir (Moorman ve Miner, 1998). Örgütsel doğaçlamanın kavramsallaştırılmasında ağırlıklı olarak caz metaforu ve bunun yanında tiyatro metaforu, rol teorisi, hint müziği gibi pek çok alan incelenmiştir (Kamoche vd., 2003; Vera ve Crossan, 2005). Örgütsel doğaçlama, örgüt ve/veya üyeleri tarafından mevcut tüm kaynaklardan yararlanılarak kısıtlı zaman içerisinde ortaya konan ve istenen sonucu üretmeye yönelik yaratıcı bir eylem olarak tanımlanabilir (Cunha vd., 1999; Crossan vd., 2005; Levallet and Chan, 2013; Moorman ve Miner, 1998). Beklenmeyen bir tetikleyiciye karşı neredeyse gerçek zamanlı bir yanıttır. Burada doğaçlamanın temel nedeni planlama için zamanın olmamasıdır. Ancak doğaçlama kesinlikle mantıksız bir hareket veya eylemsizlik değildir. Doğaçlama için bir eylem gereklidir. Bazı durumlar karşısında işletmeler veya insanlar herhangi bir yanıt vermemeye karar verebilir. Bu durum doğaçlamayı ifade etmemektedir (Kung ve Kung, 2015). Kişiler veya işletmeler karşılaştıkları durum karşısında herhangi bir planları olmaması veya plan yapmaya vakitleri olmaması sebebiyle sürekli olarak en iyi fırsatın ne olduğunu düşünerek faaliyet gösterirler (Cunha vd., 1999). Bu sayede örgütsel doğaçlama ile işletmeler davranışlarını, değişen koşullara göre hızlı bir şekilde değiştirebilmektedirler (Kung ve Kung, 2015). Bu bağlamda beklenmeyen ve planlanmayan durumlara karşı doğaçlama önemli bir kapasite olarak karşımıza çıkmaktadır (Limon ve Dilekçi, 2020). Bu kapsamda,

çevresel türbülansın örgütsel doğaçlama kapasitesi üzerindeki etkisini incelemek amacıyla aşağıdaki araştırma hipotezleri oluşturulmuştur:

$H_1$: Çevresel türbülansın örgütsel doğaçlama üzerinde pozitif bir etkisi vardır.

$H_{1a}$: Rakip türbülansının örgütsel doğaçlama üzerinde pozitif bir etkisi vardır.

$H_{1b}$: Teknolojik türbülansın örgütsel doğaçlama üzerinde pozitif bir etkisi vardır.

$H_{1c}$: Pazar türbülansının örgütsel doğaçlama üzerinde pozitif bir etkisi vardır.

## 2. Yöntem

Bu çalışma, zaman boyutu açısından kesitsel amacı açısından tanımlayıcı olarak tasarlanmıştır. Araştırma evrenini araştırmanın yapıldığı dönemde İstanbul ili içerisinde faaliyet gösteren 172 özel hastanede çalışan alt, orta ve üst kademe yöneticiler oluşturmaktadır. Bu yöneticilerin çalıştıkları kurumlarda en az üç ay yönetici olarak görev yapmış olması gerekmektedir. En az üç ay görev yapmış yöneticilerin seçilmesindeki amaç kurum kültürünü, kurumun içerisinde bulunduğu çevreyi tanıması ve çalışmanın değişkenleri hakkında değerlendirme yapacak bilgiye sahip olmasıdır. Hastanelere ve hastanelerin faaliyetlerine ilişkin veriler İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü web sayfasından alınmıştır (İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü). Ruhsatı iptal olmuş, faaliyeti askıda olan ve/veya aktif olmayan hastaneler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Araştırma kapsamında orantısız tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu örnekleme yöntemi kullanılmasındaki temel amaç, hastanelerin insan kaynağı niteliği, yatak sayısı, finansal yapı, teknolojik yeterlilik ve diğer altyapı olanakları açısından homojen olmamasıdır. Ayrıca çalışmanın değişkenleri açısından bakıldığında örgütsel doğaçlamanın tabakalara göre farklılık göstereceği varsayılmaktadır. Bu gibi özellikler göz önünde bulundurularak İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü web sayfasında yer alan özel hastaneler A, B ve C olmak üzere 3 tabakaya ayrılmıştır.

Yapılan bu tabakalamaya göre ilk katmanda (A), her türlü tıbbi ve teknoloji yeterliliğe sahip, yatak sayısı 100 ve üzeri olan ve lüks denilebilecek otelcilik hizmeti sunan hastaneler; ikinci katmanda (B), ilk katmana göre biraz daha düşük olmakla birlikte 50-100 yataklı, 3-4 yıldızlı otel şeklinde hizmet sunan, aşırı derecede teknolojik yatırım gerektiren spesifik teşhis ve tahlil yöntemleri hariç her türlü tıbbi uygulamaları olan hastaneler; üçüncü katmanda (C) ise, yatak ve personel hacmi diğerlerine oranla daha az olan, sınırlı imkanlar ile temel branşlarda hizmet sunan daha çok bölgesel olarak düşük gelir grubuna hitap eden hastaneler düşünülmüştür. Bu sınıflandırma yapılırken Sağlık Bakanlığı hastane sınıflandırma kriterlerinden de yararlanılmıştır.

Yapılan çalışmada ana kütleyi en doğru şekilde temsil etmek adına örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında, incelenen değişken oranlarının net olarak bilinmediği durumlarda en güvenli oran olan 0,50 varsayımı çalışmada kullanılmış ve INSTAT 2.0 istatistik paket programında örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. 0,50 tahmini oranı, güven tahmini kanadı (estimated half width of confidence interval) 0,7 olarak varsayılmıştır. Elde edilen 410 sayısına %10 fire payı eklenmesi ile 451 kişi elde edilmiş ve bu değer örneklem büyüklüğü olarak alınmıştır.

Elde edilen bu örneklem büyüklüğünden hareketle her tabakadan 150 yöneticiye ulaşılması planlanmıştır. Her tabakadaki yöneticilerin hangi hastanelerden seçileceği kura yoluyla belirlenmiştir. Kura sonucunda çıkan hastaneden 150 yöneticiye ulaşılamaması durumunda tekrar aynı tabaka içerisinden kura çekme yoluna gidilerek ve 150 sayısına ulaşılana kadar seçim işlemi bu şekilde devam etmiştir. Araştırma 33 hastaneden 546 yöneticin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Ancak anketler incelendiğinde 59 anket formunun geçersiz olduğu tespit edilip bu anket formları araştırmaya dahil edilmemiştir. Sonuç olarak; A grubundan 163, B grubundan 162 ve C grubundan 162 toplamda 487 geçerli anket ile veri analizi gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada veri toplama aracı olarak üç bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Formun ilk bölümünde "Çevresel Türbülans Ölçeği", ikinci bölümünde "Örgütsel Doğaçlama Kapasitesi Ölçeği" ve son bölümde ise katılımcıların tanımlayıcı bilgilerini almaya yönelik olarak "Kişisel Bilgi Formu" yer almaktadır. Ayrıca verilerin toplanmasında yüz yüze anket yöntemi kullanılmıştır.

### 2.1. Çevresel Türbülans Ölçeği

Çevresel Türbülans ölçeği Wilden ve Gudergan (2015) tarafından geliştirilmiş ve Kaplan (2020) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Bu çalışmada da ölçeğin Kaplan (2020) tarafından Türkçeye uyarlanan şekli kullanılacaktır. Bu ölçekte "Teknolojik Türbülans", "Pazar Türbülansı" ve "Rakip Türbülansı" olmak üzere üç alt boyut ve toplam on iki ifade yer almaktadır. Ölçeğin cevap seçenekleri beşli likert tipinde olup 1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Ne katılıyorum ne katılmıyorum 4. Katılıyorum 5. Tamamen Katılıyorumu ifade etmektedir. Kaplan (2020) tarafından yapılan güvenilirlik analizi sonucunda ölçeğin genel Cronbach Alpha değeri 0,72 iken, teknolojik türbülans boyutu için 0,78, Pazar türbülansı boyutu için 0,64, rakip türbülansı boyutu için ise 0,74 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca ölçeğin geçerliliği için yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ölçeğin orijinalindeki yapıyı doğruladığı ve uyum indekslerinin yeterli olduğu görülmektedir. Ölçekte yer alan ifadeler çalışmaya katılacak yöneticilerin rahatlıkla değerlendirebileceği ifadelerdir.

### 2.2. Örgütsel Doğaçlama Kapasitesi Ölçeği

Örgütsel Doğaçlama Kapasitesi ölçeği Kung ve Kung (2019) tarafından geliştirilmiş ve Limon ve Dilekçi (2020) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Bu çalışmada da ölçeğin Limon ve Dilekçi (2020) tarafından Türkçeye uyarlanan şekli kullanılacaktır. Bu ölçek orijinalinde "Hızlı Yaratıcı Çözüm (Speedy Novel Solution)" ve "Plansız Yeniden Yapılandırma (Unplanned Reconfiguration)" olmak üzere iki alt boyut ve toplam sekiz ifadeden oluşmaktadır. Ölçek cevap seçenekleri beşli likert tipinde olup 1. Kesinlikle Katılmıyorum 2. Katılmıyorum 3. Ne katılıyorum ne katılmıyorum 4. Katılıyorum 5. Tamamen Katılıyorumu ifade etmektedir. Limon ve Dilekçi (2020) tarafından yapılan geçerlilik analizleri (açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi) sonucunda ölçek tek faktörlü bir yapı göstermiştir. Tek faktörlü yapı toplam varyansın %79,78'ini açıklamaktadır. Ölçeğin güvenilirliği kapsamında Cronbach's Alpha katsayısı hesaplanmış ve ilgili katsayının yeterli düzeyde olduğu (α=.96) görülmüştür. Ölçekte yer alan ifadeler çalışmaya katılacak yöneticilerin rahatlıkla değerlendirebileceği ifadelerdir.

### 2.3. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formunda katılımcıların demografik bilgilerini elde etmeye yönelik olarak yaş, cinsiyet gibi sorular ve katılımcıların çalışma profillerini öğrenmeye yönelik olarak da toplam çalışma süresi, yöneticilik düzeyi gibi sorular bulunmaktadır. Kişisel bilgi formu toplam altı sorudan oluşmaktadır. Dolayısıyla anket formu toplam 20 ifade ve 6 sorudan oluşmaktadır.

Çevresel türbülansın örgütsel doğaçlama üzerindeki etkisini incelemek amacıyla hiyerarşik çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Ayrıca ölçekler ve ölçek alt boyutlarının puanlarının hesaplanmasında, tanımlayıcı istatistiklerin oluşturulmasında SPSS 23 programı kullanılmıştır. Verilerin geçerliliğini test etmek amacıyla AMOS 23 programı kullanılarak doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Güvenilirliği test etmek amacıyla ise Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır.

## 3. Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde katılımcılara yönelik tanımlayıcı istatistikler, kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliğine ait bilgiler, eşzamanlı çoklu regresyon ve hiyerarşik çoklu regresyon analizi sonuçlarına yer verilmektedir.

### 3.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırmaya katılan yöneticilere ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 1'de yer almaktadır.

**Tablo 1.** Katılımcılara İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

| Değişkenler | | n (sayı) | % (yüzde) |
|---|---|---|---|
| Cinsiyet | Kadın | 326 | 66,9 |
| | Erkek | 154 | 31,6 |
| Öğrenim Düzeyi | Lise | 112 | 23 |
| | Ön Lisans | 131 | 26,9 |
| | Lisans | 162 | 33,3 |
| | Lisansüstü | 72 | 14,8 |
| Yönetsel Düzey | Alt | 136 | 27,9 |
| | Orta | 262 | 53,8 |
| | Üst | 56 | 11,5 |
| **Değişkenler** | **x̄ (ortalama)** | **ss (standart sapma)** | **En düşük-En Yüksek Değer** |
| Yaş | 34,9 | 8,84 | 20-75 |
| Hastanede Yöneticilik Yılı | 4,5 | 4,53 | 1-25 |
| Sağlık Sektöründe Çalışma Yılı | 12,6 | 7,98 | 1-55 |

Yöneticilerin %67'si kadın, yaklaşık olarak yarısı lisans ve üstü eğitim düzeyine sahip ve orta düzey yöneticidir. Katılan yöneticilerin yaş ortalaması 34,9, bulundukları hastanedeki yönetici olarak çalışma süresi ortalama 4,5 yıldır. Bu yöneticiler sağlık sektöründe ise ortalama 12,6 yıldır çalışmaktadır.

### 3.2. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Çalışmanın bu kısmında, araştırma kapsamında kullanılan çevresel türbülans ve örgütsel doğaçlama kapasitesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğine dair bilgilere yer verilmiştir. Ölçeklerin geçerliliği test edilmeden önce eksik veri, uç değerler, normallik gibi doğrulayıcı faktör analizinin (DFA) varsayımları incelenmiş daha sonrasında DFA yapılmıştır.

#### 3.2.1. Çevresel Türbülans Ölçeği

Toplam 28 kişiye ait eksik değerin veri setinden çıkarılıp çıkarılmayacağına karar vermek için eksik verilerin çıkarıldığı birinci veri seti ile eksik verilerin beklenti-maksimizasyon algoritması tekniğiyle atandığı ikinci veri seti kullanılarak ayrı ayrı DFA yapılmıştır. Birinci veri seti (n = 459; $\chi^2$=239.946, sd=51, $\chi^2$/sd = 4.705 (p < .001), RMSEA = .090, GFI = .917, CFI = .899, SRMR = .079) ile ikinci veri setine (n = 487; $\chi^2$=254.707, sd=51, $\chi^2$/sd = 4.994 (p < .001), RMSEA = .091, GFI = .916, CFI = .895, SRMR = .079) ait DFA sonuçları karşılaştırıldığında model uyum indekslerinin oldukça benzer olduğu ve her iki modelinde yeterli uyum göstermediği görülmüştür. Ayrıca standardize edilmiş parametre tahminleri incelendiğinde her iki modelde de değerlerin benzer olduğu tespit edilmiştir. Bu sebeple hem standardize edilmiş parametre tahminleri hem de model uyum indeksleri arasında

büyük farklılıklar olmadığı için eksik veriler beklenti-maksimizasyon algoritması tekniğiyle atanarak analize devam edilmiştir.

DFA'nın bir diğer varsayımı olan çok değişkenli ve tek değişkenli uç değerleri belirlemek için uç değer analizleri yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda 30 adet uç değer belirlenmiştir. Belirlenen uç değerler veri setinden çıkarılarak (n = 457; $\chi^2$=266.593, sd=51, $\chi^2$/sd = 5.227 (p < .001), RMSEA = .096, GFI = .908, CFI = .882, SRMR = .092) ve çıkarılmadan (n = 487; $\chi^2$=254.707, sd=51, $\chi^2$/sd = 4.994 (p < .001), RMSEA = .091, GFI = .916, CFI = .895, SRMR = .078) iki ayrı DFA gerçekleştirilmiştir. Yapılan DFA sonuçları karşılaştırıldığında her iki modelinde yeterli uyum göstermediği ve uyum iyiliği değerleri arasında aşırı fark olmadığı görülmüştür. Dolayısıyla belirgin bir farklılığın olmaması ve veri kaybının yaşanmaması göz önünde bulundurularak uç değerler veri setine dâhil edilerek analize devam edilmiştir.

Dağılımın normalliğini test etmek amacıyla tek değişkenli ve çok değişkenli normallik analizleri yapılmıştır. Tek değişkenli normallik için tespit edilen basıklık katsayıları -.44 ile +1.41 arasında çarpıklık katsayıları ise -1.21 ile -.27 arasında değişmektedir. Çoklu normallik incelendiğinde ise verilerin normal dağılmadığı tespit edilmiştir (Mardia katsayısı=59.03, Cr=35.54). Normallik varsayımının karşılanmaması üzerine önyükleme işlemi yapılmıştır.

Çevresel türbülans ölçeği için üç faktörlü bir yapı test edilmiştir. Sonuç olarak test edilen modelin (Model 1) yeterli uyum iyiliği değerlerine sahip olmadığı belirlenmiştir. Sonrasında ifadelerin faktör yükleri incelendiğinde ÇT8 ifadesinin faktör yükünün .30 altında olduğu tespit edilmiştir. Dolayısı ile bu ifade modelden çıkarılarak yeni model (Model 2) yeniden test edilmiştir. Analiz sonucunda Model 2'nin yeterli uyuma sahip olduğu görülmüştür. Her iki modele ilişkin bulgulara aşağıda yer alan Tablo 2'de yer verilmiştir.

**Tablo 2.** Çevresel Türbülans Ölçeği Uyum İyiliği Değerleri

| Model | $\chi^2$ | sd | $\chi^2$/sd | GFI | CFI | RMSEA | SRMR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Kabul Edilebilir Değerler | - | - | <5 | >.90 | >.90 | <.08 | <.08 |
| Model1 | 254.707 | 51 | 4.994 | .916 | .895 | .091 | .0784 |
| Model2 | 151.256 | 51 | 3.689 | .945 | .939 | .074 | .0617 |

Çevresel türbülans ölçeği için elde edilen standardize faktör yüklerinin .50 ile .79 arasında değiştiği görülmektedir. Ayrıca ifadelere ait z değerlerinin 9.09 ile 16.31 arasında olduğu görülmektedir (p<0,001).

Çevresel türbülans ölçeğinde yer alan üç faktörün güvenilirliğini test etmek amacıyla Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre Teknolojik türbülans, Pazar Türbülansı ve Rakip türbülansı için Cronbach alfa katsayıları sırasıyla .79, .69, ve .84'tür. Ayrıca ölçeğin tamamı için cronbach alfa katsayısı .82 olarak hesaplanmıştır. Dolayısıyla her bir faktörün güvenilir olduğu tespit edilmiştir (Demir, 2020; Ursachi vd., 2015).

### 3.2.2. Örgütsel Doğaçlama Ölçeği

Toplam 20 kişiye ait eksik değerin veri setinden çıkarılıp çıkarılmayacağına karar vermek için eksik verilerin çıkarıldığı birinci veri seti ile eksik verilerin beklenti-maksimizasyon algoritması tekniğiyle atandığı ikinci veri seti kullanılarak ayrı ayrı DFA yapılmıştır. Birinci veri seti (n = 467; $\chi^2$=184.822, sd=20, $\chi^2$/sd = 9.241 (p < .001), RMSEA = .133, GFI = .905, CFI = .941, SRMR = .039) ile ikinci veri setine (n = 487; $\chi^2$=171.796, sd=20, $\chi^2$/sd = 8.590 (p < .001), RMSEA = .125, GFI = .914, CFI = .946, SRMR = .037) ait DFA sonuçları karşılaştırıldığında model uyum indekslerinin oldukça benzer olduğu ve her iki modelinde yeterli uyum göstermediği görülmüştür. Ayrıca standardize edilmiş parametre tahminleri incelendiğinde her iki modelde de tüm değerlerin anlamlı ve benzer olduğu tespit edilmiştir. Bu sebeple hem standardize edilmiş parametre tahminleri hem de model uyum indeksleri arasında büyük farklılıklar olmadığı için eksik veriler beklenti-maksimizasyon algoritması tekniğiyle atanarak analize devam edilmiştir.

DFA'nın bir diğer varsayımı olan çok değişkenli ve tek değişkenli uç değerleri belirlemek için uç değer analizleri yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda 20 adet uç değer belirlenmiştir. Belirlenen uç değerler veri setinden çıkarılarak (n = 467; $\chi^2$=150.849, sd=20, $\chi^2$/sd = 7.542 (p < .001), RMSEA = .118, GFI = .919, CFI = .953, SRMR = .035) ve çıkarılmadan (n = 487; $\chi^2$=171.796, sd=20, $\chi^2$/sd = 8.590 (p < .001), RMSEA = .125, GFI = .914, CFI = .954, SRMR = .037) iki ayrı DFA gerçekleştirilmiştir. Yapılan DFA sonuçları karşılaştırıldığında her iki modelinde yeterli uyum göstermediği ve uyum iyiliği değerleri arasında aşırı fark olmadığı görülmüştür. Dolayısıyla belirgin bir farklılığın olmaması ve veri kaybının yaşanmaması göz önünde bulundurularak uç değerler veri setine dahil edilerek analize devam edilmiştir.

Dağılımın normalliğini test etmek amacıyla tek değişkenli ve çok değişkenli normallik analizleri yapılmıştır. Tek değişkenli normallik için tespit edilen basıklık katsayıları .21 ile 1.74 arasında çarpıklık katsayıları ise -1.23 ile -.72 arasında değişmektedir. Çoklu normallik incelendiğinde ise verilerin normal dağılmadığı tespit edilmiştir (Mardia katsayısı=47.46, Cr=41.40). Normallik varsayımının karşılanmaması üzerine önyükleme işlemi yapılmıştır.

Örgütsel doğaçlama ölçeği için tek faktörlü bir yapı test edilmiştir. Sonuç olarak test edilen modelin (Model 1) yeterli uyum iyiliği değerlerine sahip olmadığı

belirlenmiştir. Sonrasında modifikasyon önerileri incelenip, e7-e8, e1-e2 ve e1-e8 arasına hata kovaryansları eklenerek model (Model 2) yeniden test edilmiştir. Analiz sonucunda Model 2'nin yeterli uyuma sahip olduğu görülmüştür. Modele ilişkin bulgulara aşağıda yer alan Tablo 3'te yer verilmiştir.

**Tablo 3.** Örgütsel Doğaçlama Ölçeği Uyum İyiliği Değerleri

| Model | $\chi^2$ | sd | $\chi^2$/sd | GFI | CFI | RMSEA | SRMR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Kabul Edilebilir Değerler | - | - | <5 | >.90 | >.90 | <.08 | <.08 |
| Model1 | 171.796 | 20 | 8.590 | .914 | .946 | .125 | .0373 |
| Model2 | 66.449 | 17 | 3.909 | .967 | .982 | .077 | .0244 |

Örgütsel doğaçlama ölçeği için elde edilen standardize faktör yüklerinin .72 ile .83 arasında değiştiği görülmektedir. Ayrıca ifadelere ait z değerlerinin 19.91 ile 21.14 arasında olduğu görülmektedir (p<0,001).

Örgütsel doğaçlama ölçeğinin güvenilirliğini test etmek amacıyla cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre Cronbach alfa katsayısı .93 olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla örgütsel doğaçlama ölçeğinin güvenilir olduğu belirlenmiştir (Demir, 2020; Ursachi vd., 2015).

### 3.3. Korelasyon Analizi Sonuçları

Çalışmanın bu kısmında araştırma değişkenleri arasındaki korelasyon değerlerine ve değişkenlerin ortalama ve standart sapma değerlerine yer verilmiştir.

**Tablo 4.** Ortalamalar, Standart Sapmalar ve Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar

| Değişkenler | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.Örgütsel Doğaçlama Kapasitesi | - | | | | |
| 2. Çevresel Türbülans | 0,456** | - | | | |
| 3.Teknolojik Türbülans | 0,395** | 0,807** | - | | |
| 4.Pazar Türbülansı | 0,581** | 0,664** | 0,449** | - | |
| 5.Rakip Türbülansı | 0,149** | 0,763** | 0,347** | 0,236** | - |
| Ortalama | 4,08 | 4,02 | 4,06 | 4,11 | 3,92 |
| Standart Sapma | 0,72 | 0,53 | 0,70 | 0,64 | 0,76 |

Tablo 4 incelendiğinde çevresel türbülans ile örgütsel doğaçlama kapasitesi arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (r=0,456 ; p<0,01). Çevresel türbülansın alt boyutları açısından bakıldığında ise teknolojik türbülans (r=0,395), pazar türbülansı (r=0,581) ve rakip türbülansı (r=0,149) ile örgütsel doğaçlama kapasitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde bir ilişki vardır (p<0.01).

### 3.4. Eşzamanlı Regresyon Analizi Sonuçları

Çalışmanın bu bölümünde çevresel türbülansın örgütsel doğaçlama kapasitesi üzerindeki etkisini incelemek amacıyla eşzamanlı regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına Tablo 5'te yer verilmiştir.

**Tablo 5.** Çevresel Türbülansın Örgütsel Doğaçlama Kapasitesi Üzerindeki Etkisine Yönelik Eşzamanlı Regresyon Analizi Sonuçları

| Bağımsız Değişkenler | B | SH | β | t | p | Tolerance | VIF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sabit | 1,55 | 0,23 | | 6,893 | 0,00 | | |
| Hastane yatak sayısı | 0,00 | 0,00 | 0,04 | 1,075 | 0,28 | 0,999 | 1,001 |
| Çevresel türbülans | 0,62 | 0,06 | 0,46 | 11,33 | 0,00 | 0,999 | 1,001 |
| R=0,458 | $R^2$=0,210 | | $F_{(2, 484)}$=64,395 | | | p=0,000 | |

Tablo 5 incelendiğinde regresyon modelinin anlamlı olduğu görülmektedir ($F_{(2,484)}$ = 64,395 , p = 0,000). Çevresel türbülansın standardize edilmiş regresyon katsayısı ve p değeri incelendiğinde çevresel türbülansın örgütsel doğaçlama kapasitesini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ve pozitif yönde yordadığı görülmektedir (β=0,46 , p = 0,00). Dolayısıyla çevresel türbülans arttıkça örgütsel doğaçlama kapasitesinin artacağı belirlenmiştir. Ayrıca hastane yatak sayısı ve çevresel türbülans, örgütsel doğaçlama kapasitesindeki değişimin %21'ini açıklamaktadır. Bu sonuçlar doğrultusunda $H_1$ hipotezi kabul edilmiştir.

### 3.5. Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Tablo 6'da hiyerarşik çoklu regresyon analizi sonucu elde edilen dört modele ilişkin değerler görülmektedir. Birinci modelde örgütsel doğaçlamayı yordayıcı ve aynı zamanda kontrol değişkeni olarak hastane yatak sayısı modele dahil edilmiştir. Analiz sonucunda modelin anlamsız olduğu tespit edilmiştir ($F_{(1,485)}$ = 0,328, p>0,05).

**Tablo 6.** Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

| Bağımsız Değişkenler | B | SH | β | F | $R^2$ | $\Delta R^2$ | Tolerance | VIF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Model 1** | | | | 0,328 | 0,001 | 0,001 | | |
| Hastane yatak sayısı | 0,00 | 0,00 | 0,03 | | | | 1,00 | 1,00 |
| **Model 2** | | | | 5,804** | 0,023 | 0,023*** | | |
| Hastane yatak sayısı | 0,00 | 0,00 | 0,04 | | | | 0,99 | 1,00 |
| Rakip türbülansı | 0,14** | 0,04 | 0,15 | | | | 0,99 | 1,00 |
| **Model 3** | | | | 29,80*** | 0,156 | 0,133*** | | |
| Hastane yatak sayısı | 0,00 | 0,00 | 0,02 | | | | 0,99 | 1,00 |
| Rakip türbülansı | 0,01 | 0,04 | 0,02 | | | | 0,88 | 1,14 |
| Teknolojik türbülans | 0,40*** | 0,05 | 0,39 | | | | 0,88 | 1,14 |
| **Model 4** | | | | 68,82*** | 0,364 | 0,207*** | | |
| Hastane yatak sayısı | 0,00 | 0,00 | 0,05 | | | | 0,99 | 1,01 |
| Rakip türbülansı | -0,03 | 0,04 | -0,03 | | | | 0,87 | 1,15 |
| Teknolojik türbülans | 0,18*** | 0,04 | 0,17 | | | | 0,73 | 1,36 |
| Pazar türbülansı | 0,58*** | 0,05 | 0,51 | | | | 0,79 | 1,27 |

** p<0,01, ***p<0,001

İkinci modelde rakip türbülansı modele dahil edilmiştir. Bu modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F_{(2,484)}$ = 5,804, p<0,01). Yordayıcı değişkenlerin standardize edilmiş regresyon katsayıları ve p değerleri incelendiğinde rakip türbülansının örgütsel doğaçlama kapasitesini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ve pozitif yönde yordadığı görülmektedir (β=0,15, p<0,01). İkinci modelde elde edilen bulgulara göre hastane yatak sayısı ve rakip türbülansı, örgütsel doğaçlama kapasitesindeki değişimin %2'sini açıklamaktadır ($R^2$ = 0,023). Birinci ve ikinci model için hesaplanan $R^2$ değerleri arasındaki fark dikkate alındığında rakip türbülansının örgütsel doğaçlama kapasitesindeki değişimin yaklaşık olarak %2'sini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde açıkladığı görülmektedir ($\Delta R^2$ = 0,023 , p < 0,05).

Üçüncü modelde teknolojik türbülans modele dahil edilmiştir. Bu modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F_{(3,483)}$ = 29,80, p=0,000). Teknolojik türbülansın standardize edilmiş regresyon katsayısı ve p değeri incelendiğinde teknolojik türbülansın örgütsel doğaçlama kapasitesini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ve pozitif yönde yordadığı görülmektedir (β=0,39, p=0,000). Üçüncü modelde elde edilen bulgulara göre hastane yatak sayısı, rakip türbülansı ve teknolojik türbülans örgütsel doğaçlama kapasitesindeki değişimin yaklaşık %16'sını

açıklamaktadır ($R^2$ = 0,156). İkinci ve üçüncü model için hesaplanan $R^2$ değerleri arasındaki fark dikkate alındığında teknolojik türbülansın örgütsel doğaçlama kapasitesindeki değişimin yaklaşık olarak %13'ünü istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde açıkladığı görülmektedir ($\Delta R^2$ = 0,133 , p = 0,000).

Dördüncü modelde ise pazar türbülansı modele dahil edilmiştir. Bu modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F_{(4,482)}$ = 68,82, p=0,01). Pazar türbülansının standardize edilmiş regresyon katsayısı ve p değeri incelendiğinde pazar türbülansının örgütsel doğaçlama kapasitesini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ve pozitif yönde yordadığı görülmektedir (β=0,51, p = 0,01). Dördüncü modelde elde edilen bulgulara göre hastane yatak sayısı ve rakip türbülansı, teknolojik türbülans ve Pazar türbülansı, örgütsel doğaçlama kapasitesindeki değişimin %36'sını açıklamaktadır ($R^2$ = 0,364). Ayrıca tüm değişkenlerin modele dahil edilmesiyle rakip türbülansının örgütsel doğaçlama kapasitesi üzerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamsız hale gelmiştir. Üçüncü ve dördüncü model için hesaplanan $R^2$ değerleri arasındaki fark dikkate alındığında pazar türbülansının örgütsel doğaçlama kapasitesindeki değişimin yaklaşık olarak %21'ini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde açıkladığı görülmektedir ($\Delta R^2$ = 0,207, p=0,05). Ayrıca VIF değerlerinin 10'un altında, tolerance değerlerinin ise 0,10'un üstünde olması çoklu bağlantı olmadığını ifade etmektedir (Keith, 2019). Bu sonuçlar doğrultusunda $H_{1b}$ ve $H_{1c}$ hipotezi kabul edilmiş, $H_{1a}$ hipotezi ise reddedilmiştir.

## 4. Tartışma ve Sonuç

Bu araştırma kapsamında çevresel belirsizliğin oldukça yüksek olduğu sağlık sektöründe çevresel türbülansın hastanelerin örgütsel doğaçlama kapasiteleri üzerindeki etkisi incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda özel hastanelerdeki çevresel türbülansın hastanelerin örgütsel doğaçlama kapasitesi üzerinde pozitif yönde bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla hastanelerin çevrelerindeki türbülans düzeyi arttıkça örgütsel doğaçlama kapasitelerinin de arttığı görülmektedir. Ayrıca çevresel türbülansında alt boyutlarından olan teknolojik türbülans, rakip türbülansı ve pazar türbülansının da örgütsel doğaçlama kapasitesi üzerindeki etkisi incelenmiştir. Rakip türbülansı tek başına modelde bulunduğunda örgütsel doğaçlama kapasitesini pozitif yönde etkilemektedir. Ancak teknolojik türbülans ve pazar türbülansı modele dahil edildiğinde rakip türbülansının etkisi istatistiksel olarak anlamsız hale gelmektedir. Buna karşın teknolojik türbülans ve pazar türbülansının örgütsel doğaçlama kapasitesi üzerindeki pozitif etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır.

Literatür incelendiğinde ise örgütsel doğaçlama kavramının henüz gelişme aşamasında olduğu görülmektedir. Çeşitli sektörlerde çevresel türbülans ve doğaçlama ilişkisini hem kavramsal hem de ampirik olarak ele alan çalışmalar mevcuttur. Ancak bu çalışmaların sonuçları incelendiğinde hem kavramsal hem de ampirik olarak tartışmaların devam ettiği görülmektedir. Ayrıca bu çalışmalar

oldukça sınırlı sayıdadır. Örneğin Moorman ve Miner'in (1998) elektronik ve gıda sektöründe yaptığı çalışmada çevresel türbülans arttıkça örgütsel doğaçlamanın da arttığı gözlemlenmiştir. Özel hastanelerde gerçekleştirilen bizim çalışmamız ile Moorman ve Miner'in (1998) çalışmasının bulguları örtüşmektedir. Cunha ve arkadaşlarının (2003) kavramsal çalışmasında çevresel türbülans ile örgütsel doğaçlama arasında eğrisel bir ilişkinin olacağı vurgulanmaktadır. Buna göre çevresel türbülansın düşük ve yüksek olduğu durumlarda örgütsel doğaçlamanın düşük olacağı, çevresel türbülansın orta düzeyde olduğu durumlarda ise örgütsel doğaçlamanın yüksek olacağı ifade edilmiştir. Ancak bizim çalışmamızda çevresel türbülans ile örgütsel doğaçlama kapasitesi arasında doğrusal bir ilişkinin olduğu ve çevresel türbülans arttıkça örgütsel doğaçlamanın da arttığı tespit edilmiştir. Pavlou ve El Sawy (2010)'un yeni ürün geliştirme biriminde çalışan 507 katılımcı ile gerçekleştirdiği çalışmada çevresel türbülans ile örgütsel doğaçlama arasında pozitif yönde doğrusal bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Akgün ve arkadaşlarının (2007) yüksek teknoloji kullanılan sektörlerde 197 ürün veya proje yöneticisinin katılımı ile yaptığı çalışmada ise çevresel türbülans ile takım doğaçlaması arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır.

Sonuç olarak bu çalışma belirsizliğin, dinamizmin ve dolayısıyla çevresel türbülansın yüksek olduğu sağlık sektöründe çevresel türbülansın örgütsel doğaçlama üzerindeki etkisini inceleyerek sağlık yönetimi literatürüne katkı sağlayacaktır. Ayrıca çeşitli sektörlerde ampirik ve kavramsal çalışmalar yapılarak incelenmiş olan ancak belirsizliğin bulunduğu çevresel türbülans ve örgütsel doğaçlama ilişkisinin ele alınması başta yönetim literatürü özellikle de örgütsel doğaçlama literatürünün gelişmesine katkıda bulunacaktır. Bu iki değişken arasındaki ilişkinin gücü, yönü ve şekli sektörlere göre farklılık gösterebilmesi muhtemeldir. Dolayısıyla bu ilişkinin sektörel bazlı karşılaştırma yapılarak incelenmesi gelecek çalışmalar açısından önemlidir. Ayrıca bu ilişki sektörel olarak farklılık gösterebileceği gibi, bu ilişkiyi etkileyebilecek bir takım farklı değişkenlerin olması da muhtemeldir. Bu sebeple gelecek çalışmalarda çevresel türbülans ve örgütsel doğaçlama kapasitesi arasındaki ilişkiyi etkilemesi muhtemel olan değişkenlerin araştırma modellerine dahil edilmesi, ilişkinin netleşmesi açısından önemli olacağı düşünülmektedir.

## Kaynakça


Akgün, A. E., Byrne, J. C., Lynn, G. S., & Keskin, H. (2007). New product development in turbulent environments: Impact of improvisation and unlearning on new product performance. *Journal of Engineering and technology Management*, *24*(3), 203-230.

Chen, Y., Liu, D., Tang, G., & Hogan, T. M. (2020). Workplace events and employee creativity: A multistudy field investigation. *Personnel Psychology*, *74*(2), 211-236.

Crossan, M., Cunha, M. P. E., Vera, D., & Cunha, J. (2005). Time and organizational improvisation. *Academy of Management Review*, *30*(1), 129-145.

Cunha, M. P., Cunha, J. V., & Kamoche, K. (1999). Organizational improvisation: What, when, how, and why. *International journal of management reviews*, *1*(3), 299-341.

Demir, İ. (2020). "Spss ile İstatistik Rehberi", İstanbul, Efe Akademi Yayıncılık, 2020.

Emery, F. & Trist, E. (1965). Te causal texture of organizational environments. *Human Relations,* 18, 21-32.

Gemici, E. Çevresel Çalkantı ve Örgütsel Yenilikçilik İlişkisi: Örgütsel Öğrenme ve Yüksek Performanslı İş Uygulamalarının Etkileri. Y.T.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2019, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Cemal Zehir).

Hatch, M. J., & Cunliffe, A. L. (2013). Organization Theory: Modern. *Symbolic, and Postmodern Perspectives*.

Hina, S. M., Hassan, G., Parveen, M., & Arooj, S. (2021). Impact of entrepreneurial orientation on firm performance through organizational learning: the moderating role of environmental turbulence. *Performance Improvement Quarterly*, *34*(1), 77-104.

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü (2021). https://istanbulism.saglik.gov.tr/TR-54027/ozel-hastaneler.html (Erişim Tarihi: 09.08.2021).

Kamoche K, Cunha MPE, Cunha JVD. (2003). Towards a theory of organizational improvisation: Looking beyond the jazz metaphor. *Journal of Management Studies*, 40(8).

Kaplan, M. Dinamik Yeteneklerin Rekabet Avantajı ve Çevresel Türbülans Üzerine Etkisi: Ayakkabıcılık Sektörü Örneği. S.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 2020, Konya (Danışman: Prof. Dr. A Çelik).

Keith, T. Z. (2019). Multiple regression and beyond: An introduction to multiple regression and structural equation modeling. Routledge.

Koçel, T. (2018). "İşletme Yöneticiliği", İstanbul: Beta Basım Yayım, 2018.

Kung, L., & Kung, H. J. (2019). Organization improvisational capability: Scale development and validation. *ACM SIGMIS Database: the Database for Advances in Information Systems*, *50*(2), 94-110.

Levallet, N., & Chan, Y. E. (2013). The role of information systems in organizational improvisation: A perspective based on two complementary theories.

Limon, İ., & Dilekçi, Ü. (2020). Organizational improvisation capability of schools: A study of scale adaptation and level determination. *Pegem Journal of Education and Instruction*, *10*(4), 1147-1182.

Moorman, C., & Miner, A. S. (1998). The convergence of planning and execution: Improvisation in new product development. *Journal of marketing*, *62*(3), 1-20.

Pavlou, P. A., & El Sawy, O. A. (2010). The "third hand": IT-enabled competitive advantage in turbulence through improvisational capabilities. *Information systems research*, *21*(3), 443-471.

Rego, L., Brady, M., Leone, R., Roberts, J., Srivastava, C., & Srivastava, R. (2022). Brand response to environmental turbulence: A framework and propositions for resistance, recovery and reinvention. *International Journal of Research in Marketing*, *39*(2), 583-602.

Song, S., Hossin, M. A., Yin, X., & Hosain, M. S. (2021). Accelerating green innovation performance from the relations of network potential, absorptive capacity, and environmental turbulence. *Sustainability*, *13*(14), 7765.

Ülgen, H., & Mirze, S. K. (2018). "İşletmelerde Stratejik Yönetim", İstanbul, Beta Basım Yayım Dağıtım AŞ, 2018.

Vera, D., & Crossan, M. (2005). Improvisation and innovative performance in teams. *Organization science*, *16*(3), 203-224.

White, M. C., Crino, M. D., & Kedia, B. L. (1984). Environmental turbulence: A reappraisal of Emery and Trist. *Administration & Society*, *16*(1), 97-116.

Wilden, R., & Gudergan, S. P. (2015). The impact of dynamic capabilities on operational marketing and technological capabilities: investigating the role of environmental turbulence. *Journal of the Academy of Marketing Science*, *43*(2), 181-199.

# MANAGERIAL NEEDS ASSESSMENT OF THE PRIMARY HEALTH CARE MANAGERS BELONGING TO THE WAR EFFECTED TRIBAL AREAS OF PAKISTAN

Naveed Sadiq [1], Mustafa Said Yıldız [2]

***Abstract***

*Due to war on terror, majority of the primary health facilities in Pakistan got closed and people displaced. With the re-opening of the health facilities, after peace established, need was felt to assess managerial training needs along with association with participants' socio-demographic factors. Cross-sectional was conducted among primary health managers from war-affected tribal districts. All data was collected through self-administered questionnaire. Descriptive statistics were computed. 90.8% of study participants needed training. Of these, 38.9% needed full training on all managerial domains. Among specific managerial domains, resource management, monitoring and evaluation accounted for the most. We did not detect any association between the socio-demographic variables and training needs. Majority of participants needed managerial training. By developing specific training modules that could meet the managerial training needs, the goal of effective management could be achieved. With effective management, primary health services may be improved.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Managerial Needs, Primary Health Care Managers, War Effected Areas, Pakistan*

# PAKİSTAN'IN SAVAŞTAN ETKİLENEN BÖLGELERİNDE BULUNAN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK TESİSİ YÖNETİCİLERİNİN YÖNETİM BİLGİSİ İHTİYAÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

***Özet***

*Terörle mücadele nedeniyle Pakistan'daki temel sağlık tesislerinin çoğu kapandı ve insanlar yerlerinden edildi. Sağlık tesislerinin barışla birlikte yeniden*

1 Assoc.Prof, Khyber Medical University, naveedsadiq@gmail.com

2 Assoc.Prof, Internal Auditor, Ministry of Health, msaid@email.com

*açılmasıyla katılımcıların yönetsel eğitim ihtiyaçlarının sosyo-demografik faktörler ile ilişkilendirilerek değerlendirilmesi ihtiyacı hissedildi. Savaştan etkilenen kabile bölgelerinde birinci basamak sağlık yöneticileri arasında kesitsel çalışma yapılmıştır. Tüm veriler, katılımcı tarafından doldurulan anket yoluyla toplanmış, tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır. Çalışmaya katılanların %90.8'inin eğitime ihtiyacı bulunuyordu. Bunların %38,9'unun tüm yönetim alanlarında tam eğitime ihtiyacı vardı. Spesifik yönetim alanları arasında en çok kaynak yönetimi, izleme ve değerlendirme başlıklarında eğitim ihtiyacı bulunuyordu. Sosyodemografik değişkenler ile eğitim ihtiyaçları arasında herhangi bir ilişki tespit edilmedi. Katılımcıların çoğunluğunun yöneticilik eğitimine ihtiyacı vardı. Yönetsel eğitim ihtiyaçlarını karşılayabilecek özel eğitim modülleri geliştirilerek etkin yönetim hedefine ulaşılacağı, etkin bir yönetim ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilebileceği sonucuna ulaşıldı.*

***Key Words**: Yönetim Eğitimi İhtiyaçları, Birinci Basamak Sağlık Tesisi Yöneticileri, Savaştan Etkilenen Bölgeler, Pakistan*

## 1. Introduction

Alma Ata declaration declared primary health care as an essential component of any health care system (1). The primary health care focuses on the health problems of a community (2). It is the first level of contact of an individual, family, and/or community with the health system (3). Primary health care addresses the broader determinants of health and focuses on the comprehensive health of an individual and communities including physical, mental, and social health and wellbeing (4). It provides complete health care throughout the person's life. The effective and efficient performance of primary health care results in early diagnosis of a disease that can lower the burden on tertiary care system (5).

Pakistan has a three tiered health care system: the primary health care system, the secondary and, the tertiary health care system (6). Pakistan has a large network of primary health care, especially in the tribal districts of Khyber Pakhtunkhwa province. The Tribal Districts is a tribal region located on the north-western side of Pakistan and borders Afghanistan. It consists of 7 main districts and 6 sub-districts.

When the war on terror started after 9/11 in Pakistan, the districts most affected are the North Waziristan Tribal District, South Waziristan Tribal District, Orakzai, and Khyber Districts. People from these districts were displaced and translocated in the settled areas of the Khyber Pakhtunkhwa province. This is why these districts are also called Temporary Displaced Person (TDP) Districts. As a result of which majority of the primary health facilities in these Districts got operationally closed. The 98 percent of displaced people returned voluntarily to their home town after return of peace in these districts. With the relocation of

(TDP) population and re-opening of the health facilities along with the merger of Tribal Districts of with KP, a need was felt to conduct an assessment for primary health care managers of these merge districts. The success of PHC depends on managerial knowledge and capacity of the health care provider (7).

To assess managerial training needs and to identify specific areas of training of the primary health managers in the TDP Districts and, to find out the socio-demographic factors of the health managers associated with managerial training domains.

## 2. Methodology

To achieve the objective of this study, a cross-sectional was conducted among the primary health managers from the TDP districts of KP. The primary health care managers from these areas were already coming to the university to attend a workshop. An opportunity was seized to undertake all the primary health care managers for research. This method of sampling was adopted as it was prohibited to visit those war-affected TDP areas at the time of study and there was no other means to contact the primary health managers in their areas. All the data was collected through self-administered questionnaire. The data was used to evaluate the managerial training needs of all the primary health care manager of merged districts of KP attending the workshop. The primary health care managers included the Medical Technician, Medical Officers, Dispensers, and Pharmacy technicians. To find an association between socio-demographic variables and managerial training needs a Fisher-exact test was used. Percentages were computed for all the statistical analyses using SPSS v.25.

## 3. Results

A total of 90.8% of the study participants needed training. Of these, only 38.9% needed a full training on all managerial domains.

**Table 1.** Percentage of Training Needs Assessment (N=131)

| | |
|---|---|
| No Training Needed | 9.2 |
| Training Needed in Specific Areas | 51.9 |
| Full Training Needed | 38.9 |

Those who needed the training in specific managerial domains, evaluation and resource and monitoring accounted for the most.

**Table 2.** Training Domains in sub categories(N=68)

| | |
|---|---|
| Planning | 0 |
| Organization | 1.5 |
| Direction | 10.3 |
| Supervision | 8.8 |
| Resource and Monitoring | 52.9 |
| Evaluation | 77.9 |

Most of the participants were male n= 127 (96. 9%). The n=72 (55%) of the participant were MT and n=37 (28.2%) of the participant were dispensers while the rest of the participants were MO n=12(9.2%) Pharmacy technicians n=10 (7.6%). The highest number of participants aged (32.8%) lied between 42-47 years. The highest numbers of participants (38.9%) belonged to district Kurram, followed by Orakzai (22.1%), district Khyber (17%), North Waziristan (6.9%), and South Waziristan (14.5%).

**Table 3.** Socio-Demographics of the Participants

| **Socio-Demographics** | **Percent** |
|---|---|
| **Gender** | 96.9 |
| Male | 3.1 |
| Female | |
| **Age group** | |
| 22-30 | 19.1 |
| 31-41 | 22.9 |
| 42-47 | 32.8 |
| 48-61 | 25.2 |
| **Number of Years in Service** | |
| <1 Years | 8.4 |
| 1-4 Years | 16.8 |
| 5-12 Years | 26 |
| 13-21 Years | 23.7 |
| 22 Years & above | 25.2 |
| **Number of Years in Charge** | |
| <1 Years | 31.3 |
| 1-2 Years | 18.3 |
| 3-6 Years | 25.2 |

| | |
|---|---|
| 7 Years & above | 25.2 |
| **Designation** | |
| Medical / Pharmacy Technician | 62.6 |
| Dispenser | 28.2 |
| Medical Officer | 9.2 |
| **Education** | |
| High School & Below | 36.6 |
| Non-Medical College Education | 55 |
| Medical Education | 8.4 |
| **District of Work** | |
| Khyber | 17.6 |
| Kurrram | 38.9 |
| Orakzai | 22.1 |
| South Waziristan | 14.5 |
| North Waziristan | 6.9 |
| **Health Facility Type** | |
| CD | 42.7 |
| CHC | 13 |
| BHU | 42 |
| RHC | 2.3 |

We did not detect any association between the socio-demographic variables and the training needs in this study.

**Table 3.** Association of Socio-Demographics with Primary Health Care Managerial Training Needs (N=131)

| Variables | | Training Needs | | | Total | p-value |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | No Training Needed | Training Needed in Specific Areas | Full Training Needed | | |
| **Gender** | Male | 100.0% | 95.6% | 98.0% | 96.9% | 0.752 |
| | Female | 0.0% | 4.4% | 2.0% | 3.1% | |
| **Age in years** | 22-30 | 25.0% | 13.2% | 25.5% | 19.1% | 0.376 |
| | 31-41 | 16.7% | 26.5% | 19.6% | 22.9% | |
| | 42-47 | 16.7% | 33.8% | 35.3% | 32.8% | |
| | 48-61 | 41.7% | 26.5% | 19.6% | 25.2% | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Years in Service Category** | Fresh Appointment | 8.3% | 7.4% | 9.8% | 8.4% | 0.751 |
| | 1-4 Years In Service | 8.3% | 17.6% | 17.6% | 16.8% | |
| | 5-12 Years In Service | 16.7% | 27.9% | 25.5% | 26.0% | |
| | 13-21 Years In Service | 50.0% | 22.1% | 19.6% | 23.7% | |
| | 22 Years & Above In Service | 16.7% | 25.0% | 27.5% | 25.2% | |
| **In-Charge Years Category** | Fresh In-Charge | 25.0% | 29.4% | 35.3% | 31.3% | 0.200 |
| | 1-2 Years as In-Charge | 16.7% | 22.1% | 13.7% | 18.3% | |
| | 3-6 Years as In-Charge | 8.3% | 30.9% | 21.6% | 25.2% | |
| | 7 Years & Above as In-Charge | 50.0% | 17.6% | 29.4% | 25.2% | |
| **Designation** | Medical / Pharmacy Technician | 33.3% | 69.1% | 60.8% | 62.6% | 0.039 |
| | Dispenser | 58.3% | 25.0% | 25.5% | 28.2% | |
| | MO | 8.3% | 5.9% | 13.7% | 9.2% | |
| **Education** | High School & Below | 41.7% | 38.2% | 33.3% | 36.6% | 0.455 |
| | Non-Medical College Education | 50.0% | 57.4% | 52.9% | 55.0% | |
| | Medical Education | 8.3% | 4.4% | 13.7% | 8.4% | |
| **District of Work** | Khyber | 8.3% | 11.8% | 27.5% | 17.6% | 0.075 |
| | Kurrram | 50.0% | 47.1% | 25.5% | 38.9% | |
| | Orakzai | 25.0% | 19.1% | 25.5% | 22.1% | |
| | South Waziristan | | 14.7% | 17.6% | 14.5% | |
| | North Waziristan | 16.7% | 7.4% | 3.9% | 6.9% | |
| **Health Facility Type** | CD/CHC | 75.0% | 58.8% | 47.1% | 55.7% | 0.172 |
| | BHU/RHC | 25.0% | 41.2% | 52.9% | 44.3% | |

## 4. Conclusion

This study showed that majority of the participants from the TDP districts needed managerial training. All the participants were good at the planning domain. However, the participants need training in the rest five managerial domains that include organization, supervision, direction, resource, monitoring and evaluation. Among these five categories, resource control, monitoring and evaluation, and organization need more attention because the percentage of training need is high as compared to other categories. By developing specific training modules that could meet the managerial training needs, the goal of effective management can be achieved. Once the management becomes effective, the primary health care services will be improved as a consequence.

## References


Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 1978 USSR, 6-12 September [Internet]. [cited 2020 Feb 17]. Available from: http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js21369en/ (06.09.2022).

Malik MA, Van De Poel E, Van Doorslaer E. (2017) Did contracting effect the use of primary health care units in Pakistan? *Health Policy Plan* ;32(7):1032–41.

Rao M, Pilot E. 2014 The missing link – the role of primary care in global health. *Global Health Action.* Feb 13;7(s2):23693.

Rifkin SB (2018). Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All—from consensus to complexity. *BMJ Global Health.* Dec 1;3(Suppl 3):e001188.

Shi L, Tsai J, Kao S. (2009) Public health, social determinants of health, and public policy. *J Med Sci.*;29(2):43–59.

WHO/Europe | Publications - Declaration of Alma-Ata, 1978 [Internet]. [cited 2020 Mar 5]. Available from: http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978 (06.09.2022).

WHO; UNICEF. Declaration of Astana. Glob Conf Prim Heal Care [Internet]. 2018; Available from: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf (06.09.2022).

# ÇABA-ÖDÜL DENGESİZLİĞİ (ÇÖD) ÖLÇEĞİNİN UZUN TÜRKÇE FORMUNUN (U-ÇÖD-TR) GEÇERLİK, GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

Hüseyin Abuhanoğlu [1]

***Özet***

*Sağlık hizmetlerinde istihdam edilmenin çekiciliği, kazanılan gelirin yanı sıra insanların önemli sağlık problemlerine çözüm olabilmenin vermiş olduğu içsel bir huzurdan kaynaklanmaktadır. Ancak, bu sektörün uzun çalışma saatleri, aşırı iş yükü, hasta sağlığı ile ilgili kaygılar, değişen hasta beklentileri, zaman baskısı ve riskli çalışma ortamları gibi koşullar, çalışanın elde edeceği kazanımdan (ödülden) daha yüksek derecede çaba sarf etmesine neden olmaktadır. Çaba ile ödül arasındaki bu dengesizliğin ise çalışan ve örgütte strese neden olacağı, örgüte duyulan güveni etkileyeceği beklenmektedir. Bu çalışma ile, Türkçe literatürde daha önce kullanılmamış olan Çaba-Ödül Dengesizliği (ÇÖD) ölçeğinin Türkçeye uyarlanması amaçlanmıştır. Araştırma sonucunda; Türkçeye uyarlanan ÇÖD ölçeğinin; örneklem olarak seçilen sağlık çalışanları açısından uzun formunun yeterli geçerlik ve güvenilirlikte olduğu tespit edilmiştir.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Çaba-Ödül Dengesizliği, Tükenmişlik, Ölçek Uyarlama*

# THE ANALYSIS OF THE VALIDITY RELIABILITY STUDY OF THE LONG FORM IN TURKISH OF THE SCALE EFFORT-REWARD IMBALANCE (ERI)

***Abstract***

*An employment in healthcare services captures great interest among people. Besides the income to be earned, it is the inner peace arising from finding solutions to the health problems of humans which makes it attractive. However the working conditions in this sector such as long working hours, excessive work load, concerns about the health of patients, changing expectations of patients,*

1 Dr., Kara Kuvvetleri Komutanlığı, habuhanoglu@gmail.com

*time pressure and risky work environments cause that the employees make an effort greater than the gain (reward) they would obtain. It is expected that this imbalance between effort-reward would give rise to stress on the employees and organization, have a negative impact on the confidence placed on the organization. In this study, we have aimed to adapt the Effort-Reward Imbalance (ERI) scale, which has not been used in the Turkish literature before, into Turkish. As a result of the research; The ERI scale adapted to Turkish; It has been determined that the long form has sufficient validity and reliability in terms of healthcare professionals selected as the sample.*

***Key Words:*** *Eford-Reward Imbalance, Burnout, Scale Adaptation*

## 1. Giriş

İş sağlığı araştırmacıları, çalışan sağlığı ve iş karakterleri arasındaki ilişkiye yönelik daha fazla fikir elde etmek için çalışmışlardır. Araştırmacılar iş stresi modellerinin yardımıyla iş ile sağlık arasındaki ilişkinin açıklanması için temel elementleri vurgulamışlardır. Son günlerde, iş sağlığı araştırmalarına rehberlik eden en önemli araştırmalardan bir tanesi de Çaba-Ödül Dengesizliği (ÇÖD) Modelidir (Siegrist, 1996; Siegrist, 1986). Model, 1986 yılında Siegrist ve arkadaşları tarafından kardiyovasküler hastalıkların açıklanması ve tanımlanması amacıyla yayımlanmıştır. ÇÖD modeli tıbbi sosyoloji merkezlidir ve çaba ile ödülün çalışma yapısını vurgulamaktadır (Marmot, 1999). Çalışmanın temelinde, düşük ödül ve yüksek çaba arasında bir dengesizlik yaşanmasının, işteki yeterlilik ve karşılıklılık ilkelerini ihlal edeceği ve bu durumun stres yaratıcı olacağı gerçeği yatmaktadır (Siegrist, 1996; Vegchel,2005).

Modele göre çaba; çalışan üzerine dayatılan ya da yükümlülük olarak verilen işleri gösterir. İş ödülleri; işveren tarafından dağıtılmış paraları, saygınlığı ve iş güvenliği/kariyer fırsatlarını içerir. Daha da özel olarak ÇÖD modeli, işin maliyet ve kazançlar arasındaki karşılıklılığının, düşük ödül ve yüksek çaba tarafından karakterize edildiğini savunur. Bu dengesizlik sürekli olarak gerilime neden olabilir. Bu nedenle, takdir edilmeden çok çalışma, stresli bir dengesizliğin örneği olabilir. İlave olarak, bu durumun aşırı bağlılık ile yoğunlaşacağı, sonuç olarak yüksek bağlılığı olan çalışanların düşük bağlılığı olan çalışanlara nazaran ÇÖD'e daha stresli cevaplar verecekleri savunulur (Vegchel,2005).

Geçtiğimiz dönemlerde, ÇÖD'ün belirlenmesine yönelik rağbet daha da artmaya başlamıştır. Uluslararası arenada birçok araştırmacı, ÇÖD ölçeğini kendi diline uyarlama çalışmaları yapmıştır. Yapılan bazı uyarlama çalışmalarına yönelik bilgi Tablo-1'de sunulmuştur. Çaba-ödül arasındaki dengenin ölçülmesinin hem örgütsel stres hem de örgütsel güven açısından öneminin yadsınamaz olmasının yanı sıra, ölçeğin Türk kültürüne adapte edilerek Türkçeye uyarlanması da ayrı bir önem arz etmektedir.

**Tablo 1.** ÇÖD Anketine Yönelik Uyarlama Çalışmaları

| Araştırmacılar | Yapıldığı Ülke | Çalışma Grubu | Yıl |
|---|---|---|---|
| Li ve arkadaşları (5) | Çin | Sağlık Çalışanları | 2005 |
| Buapetch ve arkadaşları (6) | Tayland | Tekstil Çalışanları | 2006 |
| Eum ve arkadaşları (7) | Kore | Petrokimya Çalışanları | 2007 |
| Jonge ve arkadaşları (8) | Almanya | Sağlık Çalışanları | 2008 |
| Silva ve arkadaşları (9) | Brezilya | Banka Çalışanları | 2010 |
| Zurlo ve arkadaşları (10) | İtalya | Öğretmenler | 2010 |
| Leineweber ve arkadaşları (11) | İsveç | Çeşitli Çalışanlar | 2010 |
| Msaquel ve arkadaşları (12) | Yunanistan | Sağlık Çalışanları | 2012 |
| Yadegarfar arkadaşları .(13) | İran | Poliakrik Çalışanları | 2013 |
| Almadi ve arkadaşları (14) | Ürdün | Öğretmenler | 2013 |
| Peters ve Hopkins (15) | Amerika | Çocuk Esirgeme Kurumu Çalışanları | 2014 |
| Garcia ve akadaşları (20) | 6 Latin Amerika Ülkesi | Tabipler, Hemşireler, Diğer Sağlık Çalışanları | 2015 |

## 2. Yöntem

### 2.1. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

#### 2.1.1. Çaba-Ödül Dengesizliği Ölçeği:

Literatürde, çaba-ödül dengesini değerlendirme yönünden farklı ölçüm yaklaşımları mevcuttur. (Siegrist vd., 2015). Çaba-ödül dengesizliği ve çift aşamalı sosyal değişim modelleri arasında bazı benzer noktalar olmasına rağmen, karşılıklılığı anlatma açısından ÇÖD açık bir şekilde avantajlara sahiptir (Derycke vd., 2010).

ÇÖD modeli, işte harcanan yüksek çaba ve alınan düşük mesleki ödüller arasındaki başarısız ilişkinin stres durumlarına neden olabileceğini varsaymaktadır (Derycke vd., 2010).

Bu anlamda çaba bileşenlerine ilişkin iki alt boyut düşünülmüştür. Birincisi çalışan üzerindeki fazla mesai ve zaman baskısı gibi durumların olduğu iş gereklerini ve/veya sorumluluklarını gösteren dışsal çaba, diğeri ise, yüksek bir onaylanma isteği ve işle ilgili aşırıbağlılığın bir motivasyonel model tarafından karakterize edildiği, çalışanlar arasındaki kişisel farklılıkları değerlendiren içsel çabadır. Aşırıbağlılık, ÇÖD modelinde önemini korumasına rağmen bir çok çalışma modeli temel hipotezi olduğu için sadece düşük ödül ve yüksek çabanın kombinasyonu üzerine odaklanmaktadır (Garcia vd.,2015).

ÇÖD modelindeki çaba, ödül ve aşırıbağlılık bileşenlerinin tümünü değerlendirmek için bir anket geliştirilmiştir. Bu anket ilk kez 1996 yılında tanıtılmıştır (Siegrist vd. 1996). ÇÖD anketinin iki versiyonu vardır: Bunlardan birincisi; 22 maddeden oluşan ve 4'lü likert ölçüm metodunu içeren orijinal veya uzun versiyonu, ikincisi ise 16 maddeyi içeren ve aynı şekilde 4'lü likert ölçüm metodunu içeren kısa versiyonudur.

ÇÖD'ün uzun formu içerisindeki çaba boyutu zaman baskısı, kesintiler, sorumluluklar, artan talepleri karşılamak üzere fazla mesai gibi fiziksel yüklerden çeşitli değişkenleri içeren altı sorudan oluşur. ÇÖD'ün uzun formu içerisindeki ödül 10 soru ile işlevselleştirilmiş ve teorik olarak, ödül üç faktörün altını çizmiştir (para, saygı ve güvenlik/kariyer fırsatları) (Siegrist vd., 2004). Aşırıbağlılığın işlevselleştirilmesi zaman içerisinde önemli değişikler göstermiştir. Orijinalinde aşırıbağlılık A tipi kişilik kavramının daha fazla işle ilgili olarak yeniden düzenlenmesi için "kontrol ihtiyacı" ölçeği ile işlevselleştirilmiştir (Vegchel vd.,2005).

### 2.1.2. Tükenmişlik Ölçeği

Ölçüt bağıntı geçerliğinin ölçülebilmesi amacıyla literatürde yaygın bir şekilde kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Maslach, Jachson, 1981) kullanılmıştır. Toplam 22 ifadeden oluşan ölçekte tükenmişlik; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissinin azalması olmak üzere üç alt boyuta ayrılmaktadır (Maslach vd.,2001; Maslach vd., 2008). Ölçeği Türkçeye uyarlama çalışmaları Ergin (26) tarafından yapılmıştır.

### 2.2. Verilerin Toplanması

Araştırma anketlerinin ilk uygulanması 03-04-05 Haziran 2015 tarihinde toplam 186 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Tekrar test bölümünün anketleri ise 22-26 Haziran 2015 tarihleri arasında 75 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir

### 2.3. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde, IBM Software Statistical Package for the Social Science 21.0 (SPSS) ve IBM SPSS Analysis of Moment Structures 21.0 (AMOS) kullanılmıştır.

Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği "Shapiro-Wilk" ve "Kolmogrov Simirnov" testleri ile incelenmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin içerik geçerliğini belirlemede "uzman görüşü"nden, yapısal geçerliğini test etmede ise "açımlayıcı (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizleri (DFA)"nden yararlanılmıştır. Ölçeklerin güvenirliğini test etmek için "Cronbach Alfa" değerleri hesaplanmıştır. Cronbach Alpha değerine yönelik:

0,00≤α≤0,40 olduğunda ölçeğin güvenilir olmadığı, 0,40≤α≤0,60 aralığında ölçeğin güvenilirliğinin düşük olduğu, 0,60≤α≤0,80 aralığında ölçeğin oldukça güvenilir olduğu, 0,80≤α≤1,00 aralığında ise ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu (Yıldırım, 2010) yorumları yapılmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçeklerin yapısal geçerliklerinin tespiti amacıyla;

a. Uyarlama çalışmasında ÇÖD'ün faktör analizi için uygun olup olmadığının değerlendirilmesine yönelik, öncelikle "başlangıç ortak değerleri" incelenmiştir. Bu anlamda, verilerin faktör analizine uygunluğunu ölçen analizlerden biride, test maddelerinin "Başlangıç Ortak Değerinin" incelenmesidir. Bir maddenin herhangi bir faktörde yer alabilmesi için faktör yükü değeri 0,30'dan büyük olmalıdır (Yıldırım, 2010) ilkesi bu çalışmada esas alınmıştır.

b. Başlangıç ortak değerleri uygun olduğu anlaşılan ölçeğe AFA uygulanmıştır. Açımlayıcı Faktör Analizi U-ÇÖD-Tr anketini oluşturan 22 maddenin yapısal geçerliğini açıklayabilmek amacıyla yapılmıştır. AFA'da maddelerin ölçekte kalması, çıkarılması veya döndürülmesi amacıyla üç kriter kullanılmıştır. Birincisi, Kaiser'in (Kaiser, 1974) geliştirdiği kritere göre faktörlerin yüksek eigenvalue (>1.0) değerine sahip olması faktörlerin kalmasını sağlayacaktır. Daha küçük değerlere sahip faktörler çıkarılmıştır. Eigenvalue değerlerinin 1'den yüksek olması; ancak birbirine yakın olarak seyretmeleri durumunda kırılma noktasının belirlemesi amacıyla Catell'in Scree Plot'ları (Cattell, 1966) kullanılmıştır. Bu iki kriterin gerçekleştirilmesini müteakip faktörler Varimax döndürme metodu kullanılarak değerlendirmeye hazır hale getirilmiştir. İlaveten, ortaya çıkan faktörlerin Siegrist (Siegrist, 1996) tarafından oluşturulan orijinal faktörler ile uyumlu olup olmadıkları kontrol edilmiştir.

Önceden oluşturulmuş bir modelin yapısal geçerliğinin test edilmesinde DFA yeterli olmasına karşın, Acar Güvendir've Özer Özkan'ın 33 ölçek uyarlama çalışması üzerinde yaptığı çalışmada, araştırmacıların % 66,67'sinin yapı geçerliğini açıklamaya AFA yaparak başladıkları tespit edilmiştir (Acar Güvendir, M., Özer Özkan, 2015).

c. Bu çalışmanın tamamında faktör yükü 0,30'un altında gerçekleşen sorular araştırma dışı bırakılmıştır.

ç. Araştırmada kullanılan ölçekler birinci veya ikinci seviye DFA ile değerlendirilmiş, sonuçlar uyum iyiliği indeksleri kapsamında yorumlanmıştır. DFA sonuçlarına göre "standardize edilmiş regresyon katsayıları" yetersiz görülen maddeler ölçeklerden çıkarılmıştır.

d. Uyarlama çalışmasında, ölçeğin kararlılığının tespit edilmesi amacıyla, test-tekrar test uygulaması yapılmış, elde edilen eşleştirilmiş puanlar arasında "Pearson Korelasyon" katsayısı ve "İntraclass Corelation Coefficient (ICC)" hesaplanmıştır.

e. Yapılan bir ölçmede kullanılabilecek güvenilirlik ölçütlerinden birisi de "zamana göre değişmezlik" tir. Pratikte çok uygulanan bu teknik daha çok "test-tekrar test" (test-retest) tekniği olarak da bilinir. Ölçme aracının uygulanması, belli bir zaman aralığı sonunda aynı gruba aynı ölçme aracı uygulamasının tekrarlanması ile elde edilen iki seri halindeki sonuçlar arasındaki korelasyonun hesaplanması ile elde edilir. Ölçme aracının bireydeki kalıcı (devamlı) özellikleri ne ölçüde ölçtüğünü belirler (Ergin,1995). Test-tekrar test uygulamasının yapılabilmesi amacıyla en az 30 çift verinin bulunması gerekmektedir. Bu verilerin değerlendirilebilmesi amacıyla en sık kullanılan bir diğer yöntem de ICC değerine başvurmaktır. ICC, 0,00 ile 1,00 arasında değişmekte, 0,60-0,80 arası değerler, güvenirliğin iyi, 0,80 üzerindeki değerler ise mükemmel derecede olduğunu göstermektedir (Menekli, Fadıllıoğlu, 2012).

f. Zamana göre değişmezlik ölçütü ile bulunacak güvenilirlik katsayısı için çoğunlukla Pearson'un çarpım momentler korelasyonu tercih edilir (Gözüm, Aksayan,1999). Korelasyon katsayısının 0,70–1,00 arasında olması, yüksek; 0,30–0,70 arasında olması orta; 0,00–0,30 olması ise düşük düzeyde bir ilişki olarak tanımlanabilir (Özdoğru, Aydın, 2013). Uyarlama çalışmasında ölçüt bağımlılığının tespiti amacıyla ÇÖD ve alt boyutları ile Tükenmişlik arasındaki ilişki "regresyon" analizine tabi tutulmuştur.

**2.4. Uyarlama Süreçleri**

a. Uyarlama çalışmasında aşağıdaki aşamalar takip edilmiştir.

b. ÇÖD Ölçeğinin Uygulanmasına Yönelik İzinlerin Alınması,

c. Ölçeğin Uyarlanabilirliğine Yönelik Uzman Görüşlerinin alınması,

d. Çeviri İşlemlerinin Yapılması,

e. Ölçeğin Uygulama Yönergesinin Hazırlanması,

f. Örneklemin Belirlenmesi,

g. Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA) yapılması,

h. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılması,

i. Ölçüt Geçerliliğinin Yapılması,

j. İç Tutarlılığın Belirlenmesi,

k. Test-Retest Yapılması.

## 3. Bulgular

a. ÇÖD ölçeğinin oluşturucusu olan Düseldorf Medikal Sosyoloji Enstitüsü Öğretim Üyesi Sayın Prof.Dr. Johannes Siegrist'ten ölçeğin Türkçeye uyarlanabilmesi amacıyla e-mail yoluyla izin alınmıştır. Ayrıca araştırmanın yürütüleceği kamu hastanelerinin ilgili kurullarından izinler alınmıştır.

b. Ölçeğin uyarlanabilirliğine yönelik alanında akademik kariyer sahibi sağlık hizmetleri yönetimi ve istatistik uzmanlarından görüş alınmıştır.

c. Çeviri işlemlerinin yapılması:

(1) Birinci Adım, İngilizce'den Türkçeye Çeviri: Çeviri işlemleri için farklı sektörlerden çeviriciler seçilmiştir. İki özel çeviri şirketi, bir akademik personel ve iki İngilizce öğretmeni metni ayrı ayrı Türkçeye çevirmiştir.

(2) İkinci Adım, İlk Türkçe Versiyon: Araştırmacı ve iki sağlık hizmetleri yönetimi uzmanı tarafından yapılan Türkçe çeviriler birleştirilerek ÇÖD anketinin ilk Türkçe versiyonu oluşturulmuştur.

(3) Üçüncü Adım, İkinci Türkçe Versiyon: İngilizce Türkçe çeviriler Araştırmacı ve akademik kariyer sahibi bir sağlık hizmetleri yönetimi uzmanı tarafından ikinci kere birleştirilmiş, anlam kaymaları düzeltilmeye çalışılmıştır.

(4) Dördüncü Adım, Türkçe'den İngilizceye Çeviri: İlk çeviriden farklı olarak iki çeviri şirketi ve bir İngilizce öğretmeni vasıtası ile oluşturulan Türkçe metinler tekrar İngilizceye çevirtilmiştir.

(5) Beşinci Adım, Türkçe ÇÖD'ün Uzun Formu (U-ÇÖD-Tr)'nun Oluşturulması: İngilizce çevirilerinin orijinal versiyondan sapmadığı, ölçeğin iki formu arasında kavramsal ve deneyimsel olarak eşitlik sağlandığı değerlendirilmiş ve Türkçe Çaba-Ödül Dengesizliği Uzun versiyonuna son hali verilmiştir.

d. Ölçeğin uygulama yönergesinin hazırlanması, (ölçeğe esas teşkil eden sorular Ek'te verilmiştir.)

(1) Çaba Boyutunun Ölçümü:

Çaba boyutu 6 soru ile ölçülmektedir (ÇÖD1 – ÇÖD6). Değerlemede yüksek çabalar karşılığında yüksek puanlar beklenir. Sorular 4'lü likert ((1) kesinlikle katılmıyorum, (2) katılmıyorum, (3) katılıyorum ve (4) kesinlikle katılıyorum) tarzında ölçeklendirilmiştir. Birinci dereceden doğrulayıcı faktör analizi ile tek boyutlu olarak tanımlanması önerilmektedir.

ÇÖD'ün likert ölçeği cevap formatının dört kategorili bir aşama olduğuna dikkat edilmelidir (Tsutsumi vd., 2008). Psikometrik araştırmalar dörtlü likert ile beşli likert arasında çok önemli farklılıkların olmadığını ortaya çıkarmıştır ve dörtlü likert tipli prosedürde cevaplanma oranlarının önemli ölçüde daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Msaourel vd., 2012). Bu yüzden bu son yaklaşımın kullanımı ölçeğin oluşturucuları tarafından tavsiye edilirken 5'li likert önerilmemektedir (Siegrist,, Montago,2015).

(2) Ödül Boyutunun Ölçümü:

Ödül boyutu, çaba boyutu gibi, 4'lü likertle ölçüm yapan toplam 10 sorudan oluşmaktadır (ÇÖD7–ÇÖD16). Mesleki ödüllendirmenin oluşturulması için üç alt boyut öngörülmüştür (Saygı, Terfi ve İş Güvenliği). Bu yüzden ikinci dereceden tek boyutlu bir doğrulayıcı faktör analizinin tanımlanması tavsiye edilmektedir. Puanlama prosedürü çaba ölçeğine benzer şekilde kurgulanmıştır. Yüksek puanlar, yüksek ödülü göstermektedir. ÇÖD anketinin ödül boyutunun 2012 yılından önceki versiyonunun 11 sorudan oluşmakta olduğu gözlenmektedir. Anketin daha geniş kitlelere uygulanabilmesi ve anlaşılabilirliğinin güçlendirilmesi amacıyla eski ÇÖD7 (Hakettiğim saygıyı üstlerimden görürüm) ve ÇÖD8 (Hak ettiğim saygıyı meslektaşlarımdan görürüm) soruları birleştirilerek yeni versiyondaki ÇÖD7 (Üstlerimden ya da diğer kişilerden hakettiğim saygıyı gördüğümü düşünüyorum) şeklinde kurgulanmıştır.

Ödül sorularında ÇÖD9, ÇÖD10, ÇÖD11, ÇÖD12 sorularının ters yüklenmesi gerektiği unutulmamalıdır. Ayrıca ödül boyutunu oluşturan saygınlık faktörü ÇÖD7, ÇÖD8, ÇÖD9 ve ÇÖD14 sorularından, terfi faktörü ÇÖD10, ÇÖD13, ÇÖD15, ÇÖD16 sorularından, iş güvencesi faktörü ÇÖD11 ve ÇÖD12 sorularından oluşmaktadır (Siegrist, Montago,2015).

(3) Aşırıbağlılık Boyutunun Ölçümü:

Aşırıbağlılık, saygınlık ve onaylanma isteğinin kombinasyonundaki bir aşırı hırsın yansıtıldığı A Tipi davranışın motivasyon, duygusal ve bilişsel bir personel karakteri tabanı gibi görülmektedir (Siegrist,1998, Hanson vd., 2000). Aşırıbağlılık kişiye özel bir bileşen gibi tanımlanmaktadır oysa çaba ve ödül duruma özgü bir uzlaşmayı yansıtmaktadır. Bu çalışmada da aşırıbağlılık ayrı bir boyut olarak ele alınmıştır.

Aşırıbağlılık boyutu 4'lü likert tipinde 6 soru ile tek boyutlu olarak ölçülmüştür (ÇÖD17-ÇÖD21). Bu yüzden tek boyutlu bir doğrulayıcı faktör analizinin tanımlanması tavsiye edilmektedir. Sorulardan ÇÖD19'un ters yüklenmesi gerekliliği unutulmamalıdır. Puanlama prosedürü çaba ve ödül boyutlarına benzer şekilde kurgulanmıştır. Yüksek puanlar, yüksek aşırıbağlılığı göstermektedir (Siegrist, Montago,2015).

ÇÖD alt boyutlarının kodlama prosedüründen sonra boyutları oluşturan sorular ve alabilecekleri en az ve en çok puanlar Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Tablo 2.** ÇÖD Boyutları ve Alabilecekleri Puanlar

| Boyutlar | Alt Boyutlar | Sorular | Puanlar |
|---|---|---|---|
| Çaba | - | ÇÖD١,ÇÖD٢,ÇÖD٣,ÇÖD٤, ÇÖD٥,ÇÖD٦ | 6'dan 24'e kadar |
| | Saygınlık | ÇÖD٧,ÇÖD٨,ÇÖD٩*,ÇÖD١٤ | 4'den 16'ya kadar |
| Ödül | Terfi | ÇÖD١٠*,ÇÖD١٣,ÇÖD١٥,ÇÖD١٦ | 4'den 16'ya kadar |
| | Güvence | ÇÖD١١*,ÇÖD١٢* | 2'den 8'e kadar |
| Aşırıbağlılık | - | ÇÖD١٧,ÇÖD١٨,ÇÖD١٩*, ÇÖD٢٠,ÇÖD٢١,ÇÖD٢٢ | 6'dan 24'e kadar |

* Ters yüklenecek sorular

e. Örneklemin belirlenmesi

Araştırmanın evrenini Haziran 2015 döneminde Ankara bölgesindeki üç kamu hastanesinde görev yapan doktor, hemşire, eczacı, sağlık idarecisi veya sağlık hizmetlerinin idari işlerinin yürütülmesinde görevli memurlar oluşturmaktadır. Örneklem olarak Ankara ilindeki hastanelerin seçilmesinin iki nedeni bulunmaktadır. Birincisi, uyarlanacak ölçek için tekrar test uygulamalarının yapılacak olması nedeniyle katılımcılar ile tekrar irtibata geçme zorunluluğu, ikincisi ise uyarlama çalışmasının yüz yüze hassasiyetle yapılmak istenmesidir. Araştırmanın örnekleminin hesaplanmasında, ölçek geliştirme çalışmaları için öngörülen örneklem hesaplamalarından; madde sayısı ve gözlem sayısı (kişi) kullanılmıştır. Literatürde örneklem büyüklüğünün uyarlanacak ankette bulunan soru sayısına göre 2 ila 10 kat arasında olmasının yeterli olacağı vurgulanmaktadır (Büyüköztürk,2002; Çetinkaya vd.,2015; Delice, Ergene,2015). Bu çalışmanın uyarlama aşamasında toplam 186 sağlık çalışanına ulaşılmıştır. Kullanılan ölçeğin 22 maddeden oluştuğu göz önünde tutulursa denek/madde oranının 9'a (186/22=8,45) yaklaştığı görülmektedir.

f. Açımlayıcı faktör analizlerinin yapılması

Araştırmanın yapısal geçerliğine yönelik faktör analizi yapılmadan önce faktör analizinin uygulanabilirliğinin ölçümü için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) yeterlilik ölçütüne ve Barlett Küresellik Testine bakılmıştır. Uyarlama çalışmamızda U-ÇÖD-Tr ölçeğinin KMO değeri 0,794; Barlet testi sonuçları Yaklaşık Ki-Kare: 1231,256; Serbestlik Derecesi: 136; p:<0,001 çıkmıştır. Bu sonuca göre, veri grubuna faktör analizi yapılmasının uygun olduğu değerlendirilmiştir.

Uyarlama çalışmasında literatürle uyumlu olarak AFA yapılmadan önce başlangıç ortak değerlerine bakılmıştır.Uyarlama çalışması başlangıç ortak değerleri Tab-

lo 3'de verilmiştir. Değerler incelendiğinde U-ÇÖD-Tr'nin 10'ncu sorusu 0,368 ile en düşük, U-ÇÖD-Tr'nin 15'nci sorusu 0,741 ile en yüksek yüklenen soru olmuştur.

**Tablo 3.** Başlangıç Ortak Değerleri:U-ÇÖD-Tr

| Soru | Başlangıç Değeri | Elde Edilen Sonuç |
|---|---|---|
| ÇÖD١ | 1,000 | 0,625 |
| ÇÖD٢ | 1,000 | 0,541 |
| ÇÖD٣ | 1,000 | 0,669 |
| ÇÖD٤ | 1,000 | 0,618 |
| ÇÖD٥ | 1,000 | 0,550 |
| ÇÖD٦ | 1,000 | 0,564 |
| ÇÖD٧ | 1,000 | 0,597 |
| ÇÖD٨ | 1,000 | 0,679 |
| ÇÖD٩ | 1,000 | 0,503 |
| ÇÖD١٠ | 1,000 | 0,368 |
| ÇÖD١١ | 1,000 | 0,580 |
| ÇÖD١٢ | 1,000 | 0,535 |
| ÇÖD١٣ | 1,000 | 0,672 |
| ÇÖD١٤ | 1,000 | 0,638 |
| ÇÖD١٥ | 1,000 | 0,741 |
| ÇÖD١٦ | 1,000 | 0,585 |
| ÇÖD١٧ | 1,000 | 0,626 |
| ÇÖD١٨ | 1,000 | 0,541 |
| ÇÖD١٩ | 1,000 | 0,610 |
| ÇÖD٢٠ | 1,000 | 0,451 |
| ÇÖD٢١ | 1,000 | 0,690 |
| ÇÖD٢٢ | 1,000 | 0,655 |

U-ÇÖD-Tr ölçeğine uygulanan AFA sonucunda eigenvalue değeri 1'in üzerinde olan 6 faktör oluşmuştur. Oluşan faktörler toplam varyansın %59,26'sını açıklamaktadır. Buna rağmen Scree-Plot izlendiğinde verilerin üç faktör olarak gruplandığı, dördüncü faktörden sonra kırılma noktalarının birbirine çok yakın olduğu görülmektedir. Bu nedenle, Siegrist (Siegrist,1996)'in orijinal teorik modelinde raporlandığı gibi üç faktörlü olarak veriler tekrar gruplandırılmıştır. Gruplandırma sonucunda oluşan faktör yükleri ve açıklanan varyanslar Tablo 4'de verilmiştir. Faktör analizi sonucunda oluşan ilk faktör orijinal ölçeğe uygun olarak çaba, ikinci faktör ödül, üçüncü faktör ise aşırıbağlılık olarak değerlendirilmiştir. Buna rağmen, Faktör analizi sonucunda ÇÖD11 oldukça düşük derecede yüklenmiş, ÇÖD17 ise aşırıbağlılık sorusu olmasına rağmen çaba faktörü içerisinde yer almıştır.

**Tablo 4.** Faktör Yükleri ve Açıklanan Varyans Değerleri: U-ÇÖD-Tr

| Sorular | Faktör 1 | Faktör 2 | Faktör 3 |
|---|---|---|---|
| ÇÖD١ | ***0,722*** | | |
| ÇÖD٢ | ***0,629*** | | |
| ÇÖD٣ | ***0,683*** | | |
| ÇÖD٤ | ***0,457*** | | |
| ÇÖD٥ | ***0,607*** | | |
| ÇÖD٦ | ***0,524*** | | |
| ÇÖD٧ | | ***0,605*** | |
| ÇÖD٨ | | ***0,556*** | |
| ÇÖD٩ | | ***0,492*** | |
| ÇÖD١٠ | | ***0,379*** | |
| ÇÖD١١ | | ***0,196*** | ***-0,263*** |
| ÇÖD١٢ | | ***0,607*** | |
| ÇÖD١٣ | | ***0,437*** | |
| ÇÖD١٤ | | ***0,745*** | |
| ÇÖD١٥ | | ***0,797*** | |
| ÇÖD١٦ | | ***0,482*** | |
| ÇÖD١٧ | ***0,679*** | | ***0,131*** |
| ÇÖD١٨ | | | ***0,607*** |
| ÇÖD١٩ | | | ***0,487*** |
| ÇÖD٢٠ | | | ***0,542*** |
| ÇÖD٢١ | | | ***0,759*** |
| ÇÖD٢٢ | | | ***0,744*** |
| Açıklanan Varyans % | ***15,992*** | ***14,653*** | ***11,728*** |
| Toplam Açıklanan Varyans % | ***42,373*** | | |

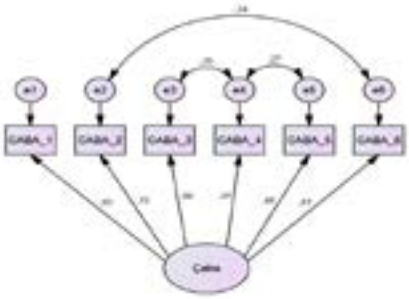
g. Doğrulayıcı faktör analizlerinin yapılması,

Analiz sonuçları, verilerin normal dağılıma uymadığı ($p<0,05$) sonucunu vermiştir; ancak örneklem sayısının büyüklüğü dikkate alındığında, veriler normal dağılmıyorsa ve $n\geq30$ ise bu dağılımın normale yaklaştığı kabul edilmektedir (Orhunbilge,2000). Ayrıca böyle bir dağılımın normal olup olmadığının değerlendirilmesinde, "histogram, p-p plots grafikleri, Skewness (basıklık) ve Kurtosis (çarpıklık)" değerleri dikkate alınmalıdır. Buna göre, Tabasnick (Tabachnick, Fidell, 2001) Skewness ve Kurtosis değerlerinin -1,5 ila +1,5 arasında olması, George ve Mallery (George, Mallery,2010) -2,0 ila +2,0 arasında olması, De Carlo, (De Carlo,1997) Hopkins ve Weeks (Hopkins, Weeks, 1990) ise bu değerlerin -3,0 ila +3,0 arasında olması durumunda verilerin normal dağıldığı varsayılabilir ilkelerine göre hareket edilmiştir.

Açımlayıcı faktör analizinden elde edilen bulgular ışığında uyarlanan ölçeğin geçerliğini test etmek için DFA kullanılmıştır.

Çaba alt boyutunun birinci seviye standardize edilmiş DFA'sı Şekil 1'de, sonuçlar ise Tablo 5'de sunulmuştur. Bulgular dikkate alındığında Çaba alt boyutuna yönelik uygulanan DFA sonucunda ulaşılan uyum iyiliği değerlerinin iyi uyum seviyesinde olduğu görülmüştür.

**Şekil 1.** Çaba Alt Boyutuna İlişkin Birinci Seviye DFA Sonuçları

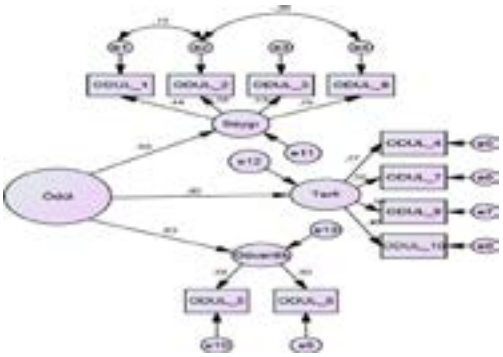


**Tablo 5.** Çaba Alt Boyutunun Uyum İyiliği Değerleri

| Uyum Değerleri | Çaba (Seviye 1) |
|---|---|
| $\chi^2$ | 8,441 |
| df | 6 |
| p | P=0,208 |
| $\chi^2$/df | 1,407 |
| GFI | 0,985 |
| AGFI | 0,947 |
| RMR | 0,024 |
| RMSEA | 0,047 |

Ödül alt boyutunun ikinci seviye standardize edilmiş DFA Şekil 2'de, sonuçları ise Tablo 6'da sunulmuştur. Ödül alt boyutuna yönelik uygulanan DFA sonucunda ulaşılan uyum iyiliği değerlerinin p değeri hariç iyi uyum seviyesinde olduğu görülmüştür. Geleneksel olarak araştırma raporlarında sonucu en çok verilen uyum indeksi p değeri ve $\chi^2$dir. Genel itibari ile $\chi^2$ testinin anlamsız çıkması beklenir. Fakat $\chi^2$ testine ait p değeri örneklem büyüklüğünden çok fazla etkilenir. Yani uygulamada $\chi^2$ değeri dolayısı ile p değeri genelde anlamlı çıkar (Çapık, 2014).

**Şekil 2.** Ödül Alt Boyutuna İlişkin Birinci Seviye DFA Sonuçları

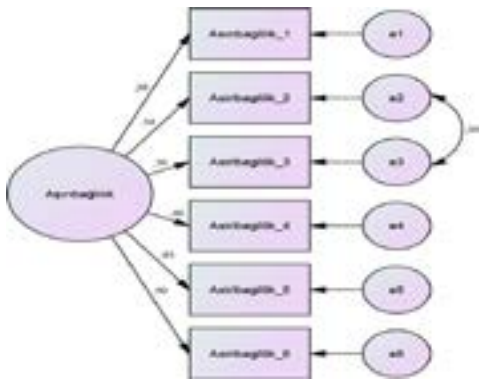


**Tablo 6.** Ödül Alt Boyutunun Uyum İyiliği Değerleri

| Uyum Değerleri | Ödül (Seviye 2) |
|---|---|
| $\chi^2$ | 54.103 |
| df | 30 |
| p | p=0,004 |
| $\chi^2$/df | 1,803 |
| GFI | 0,946 |
| AGFI | 0,900 |
| RMR | 0,046 |
| RMSEA | 0,066 |

Aşırıbağlılık alt boyutunun birinci seviye standardize edilmiş DFA'sı Şekil 3'de, sonuçlar ise Tablo 7'de sunulmuştur. Aşırıbağlılık alt boyutuna yönelik uygulanan DFA sonucunda ulaşılan uyum iyiliği değerlerinin iyi uyum seviyesinde olduğu görülmüştür.

**Şekil 3.** Aşırıbağlılık Alt Boyutuna İlişkin Birinci Seviye DFA Sonuçları



**Tablo 7.** Aşırıbağlılık Alt Boyutunun Uyum İyiliği Değerleri

| Uyum Değerleri | Aşırıbağlılık (Seviye 1) |
|---|---|
| $x^2$ | 10,291 |
| df | 8 |
| p | p=0,245 |
| $x^2$/df | 1,286 |
| GFI | 0,982 |
| AGFI | 0,953 |
| RMR | 0,027 |
| RMSEA | 0,039 |

ğ. Ölçüt geçerliği çalışması,

U-ÇÖD-Tr'nin Tükenmişlik ölçeği ile ölçüt bağıntısının kurulabilmesi amacıyla, U-ÇÖD-Tr'nin yönergesi çerçevesinde çaba-ödül dengesi hesaplanmıştır. Buna göre, çabadan alınan puan ortalaması 14,56 SS:3,4, ödülden alınan puan ortalaması 24,53, SS:4,80, Aşırıbağlılık'tan alınan puan ortalaması 14,96, SS:3,10 ve ÇÖDOR 1,0591 olarak gerçekleşmiştir.

Tükenmişlik alt boyutları; çaba, ödül ve aşırıbağlılık ile ayrı ayrı regresyon analizine tabi tutulmuştur. Modelde duygusal tükenmişlik tüm çaba-ödül alt boyut-

ları tarafından açıklanmıştır. Beklenildiği üzere çaba ve aşırıbağlılık tükenmişliği pozitif yönde etkilerken, ödül duygusal tükenmişliği negatif yönde etkilemiştir. Diğer taraftan kişisel başarı hissi azalması ve duygusal tükenmişlik çaba-ödül dengesizliğinin yaklaşık %29'unu açıklamıştır. Kişisel başarı hissinin azalması çaba-ödül dengesini negatif yönde etkilerken, duygusal tükenmişlik pozitif yönde etkilemektedir.

h. İç tutarlılığın belirlenmesi,

Araştırmada kullanılan U-ÇÖD-Tr ölçeğine uygulanan faktör analizi sonucunda belirlenen alt boyutlara ayrı ayrı iç tutarlılık testi yapılarak Cronbach Alpha değerleri hesaplanmıştır. U-ÇÖD-Tr ölçeğinin tamamına yönelik toplam bir puan oluşturulmamaktadır. Çaba ve ödül arasındaki denge iki alt boyut olan çaba'nın ödüle bölünmesi sonucunda bulunmaktadır. Dolayısı ile ölçek boyutlarının güvenirliği ayrı ayrı hesaplanmıştır. U-ÇÖD-Tr'nin güvenilirlik sonuçları Tablo 8'de verilmiştir.

**Tablo 8.** İç Tutarlılık: U-ÇÖD-Tr

| Boyutlar | Sorular | Cronbach's Alpha |
|---|---|---|
| Çaba | 1,2,3,4,5,6 | **0,746** |
| Ödül | 7,8,9*,10*,11*,12*,13,14,15,16 | **0,762** |
| Aşırıbağlılık | 17,18,19*,20,21,22 | **0,705** |

* Ters yüklenen sorular

ı. Test-tekrar test uygulamasının yapılması.

Bu çalışmadaki test-tekrar test için 75 katılımcı ile tekrar anket yapılmıştır. U-ÇÖD-Tr ölçeğinin alt boyutlarına yönelik test-tekrar test uygulamasın sonuçları Tablo 9.'de verilmiştir. Sonuçlar değerlendirildiğinde ölçeğin alt boyutlarının korelasyonunun 0,747 ve 0,768 arasında değiştiği dolayısı ile ölçeğin zamana göre değişmezliğinin yüksek olduğu söylenebilir.

**Tablo 9.** Re-Test Sonuçları: U-ÇÖD-Tr

| Re-Test (RT) | Çaba | Ödül | Aşırıbağlılık |
|---|---|---|---|
| Çaba RT | **,751** | | |
| Ödül RT | | **,747** | |
| Aşırıbağlılık RT | | | **,768** |

Bu çalışmada U-ÇÖD-Tr için ICC değerleri ise Çaba:0,847, Ödül:0,865, Aşırıbağlılık: 0,854 olarak bulunmuştur.

## 4.Tartışma

Bu çalışmada ulaşılan bulgular; yararlanılan teoriler, literatürde ortaya konan sonuçlar ile karşılaştırılarak yorumlanmıştır. Yapılan yorumların tamamı yazara aittir ve herhangi bir kurum ya da kuruluşu bağlamamaktadır.

Türkçe literatür incelendiğinde ÇÖD ölçeğinin ne sağlık çalışanları ne de diğer çalışanlar üzerinde uygulandığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte uluslararası literatürde ise ÇÖD ölçeğinin çeşitli dillere uyarlandığı birçok çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmalardan ÇÖD ölçeğinin uluslararası alanda geniş bir uygulama alanı bulduğu anlaşılmaktadır. Bu yüzden, bu çalışma ile Türkçe literatürde daha önce hiç çalışılmamış olan ÇÖD ölçeğini Türkçeye uyarlamak hedeflenmiştir.

Yapılan literatür incelemesinde ölçek uyarlama çalışmalarının son dönemde hız kazandığı tespit edilmiştir. Bu çalışmaların hız kazanmasının iki nedeni olabilir: Bunlardan birincisi, uyarlama çalışmalarının orijinal çalışmalar olması, ikincisi ise bu çalışmaların akademik yayınlarda kolaylıkla kabul görüyor olması sebebi ile araştırmacılar tarafından daha çok tercih edilmesidir. Bu denli yoğun bir şekilde yapılan çalışmaların belirli standartlar çerçevesinde olması için ölçek oluşturma ve uyarlamaya yönelik uluslararası bir test komisyonu kurulmuş ve belli standartlar geliştirilmiştir (Cook vd., 2006). Belirlenen bu standartlar çerçevesinde Acar Güvendir ve Özer Özkan tarafından 2006-2014 yılları arasında Türkçeye uyarlanan 33 çalışma incelenmiştir (Acar Güvendir, Özer Özkan, 2015).

U-ÇÖD-Tr'nin uyarlama çalışmaları kapsamında ilk olarak psikometrik özelliklerini işaret eden iç tutarlılık ve test-tekrar test sonuçlarının tatmin edici seviyede olduğu, bununla birlikte faktör yapısının teorik modelin işaret ettiği faktör yapısını iyi bir şekilde yansıttığı görülmektedir.

ÇÖD ölçeğinin ilk geliştirildiği dönemlerde, 5'li likert tipi sorular ile boyutların ölçülmesi amaçlanmıştır; ancak ölçek üzerinde yapılan geliştirmeler neticesinde soruların ölçümleri için 4'lü likert tipi ölçümlerin kullanılması önerilmiştir (Siegrist, Montago, 2015). Bu çalışmada da ölçümler 4'lü likert tipi sorular ile yapılmıştır. Bu uygulama yeni olduğu için literatürde 4'lü likerti kullanan sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılabilmiştir.

Uyarlama çalışmasındaki en önemli hususlardan bir tanesi çeviri çalışmalarının titizlikle yapılması hususudur. Zira benzer kelimeler ya da cümleler farklı kültürlerde farklı şekillerde algılanabilirler. Bu çalışmada da ÇÖD1 "Aşırı iş yükü sebebiyle zaman darlığı baskısı yaşıyorum" sorusundaki "zaman darlığı" ifadesi ile ÇÖD17 "İşimde yaşadığım zaman darlığı baskısı beni bunaltıyor" sorusundaki "zaman darlığı" ifadesinin katılımcılar tarafından benzer şekilde algılandığı, bu nedenle uyarlama çalışmasında "aşırıbağlılık" boyutu altında değerlendirilen ÇÖD17'nin, "çaba" boyutu içerisine yoğunlukla yüklendiği tespit edilmiştir. Bu

durumun düzeltilebilmesi amacıyla "uygulama" aşamasında ÇÖD17 ifadesi "işleri yapmam için yeterli zamanımın olmaması beni çabucak bunaltıyor" şeklinde yeniden düzenlenmiştir. Aynı maddenin Almadi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer ifadeler ile kullanıldığından dolayı (time pressure, work pressure) düşük yüklendiği belirtilmiştir (Almadi vd.,2013). Zurlo ve arkadaşları ile Li ve arkadaşlarının ayrı ayrı yaptıkları çalışmalarda da ÇÖD17'nin aşırıbağlılık sorusu olmasına rağmen çaba boyutunun içerisine yüklendiği bulguları rapor edilmiştir (Liv d., 2005; Zurlo vd., 2010). Eum ve arkadaşlarının yaptığı bir başka araştırmada da ÇÖD5 sorusunun "çaba" boyutu altında olması gerekirken "ödül" boyutu altında yüklendiği, ÇÖD17 ve ÇÖD20 sorularının ise "aşırıbağlılık" boyutunda olması gerekirken "çaba" boyutunda yüklendiği rapor edilmiştir (Buapetch vd., 2008). Ortiz'in yaptığı bir çalışmada ise ödül boyutu altında bulunması gereken ÇÖD15, ÇÖD16 ve ÇÖD17 sorularının bağımsız olarak farklı bir boyut teşkil ettiğini raporlamışlardır (Ortiz, 2010). Ölçeğin orijinalinin batı kültürleri esas alınarak hazırlanmış olması, diğer kültürlere uygulamayı güçleştirebilir. Dolayısı ile bazı soruların farklı boyutlar altında yükleniyor olması ya da yeterince yüklenmiyor olması kültürel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

ICC ve Korelasyon analizleri incelendiğinde, U-ÇÖD-Tr'nin alt boyutlarının mükemmel güvenilirlik sınırları içerisinde bulunduğu söylenebilir. Almadi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ICC; çaba için 0,86; ödül için 0,87; aşırıbağlılık için ise 0,92 olarak rapor edildiği (Almadi vd., 2013) göz önünde bulundurulursa U-ÇÖD-Tr'nin literatürle uyumlu olduğu da söylenebilir.

Verilerin analizi bölümünde açıklanan uyum iyiliği değerleri dikkate alınarak yapılan değerlendirmelerde U-ÇÖD-Tr'ye yönelik yapılan DFA sonuçlarının tatmin edici seviyede ve literatürle (Li vd., 2005; Buapetch vd., 2008; Eum, 2007; Siegrist vd. 2004; Hanson vd., 2000; Ortiz, 2010; Niedhammer vd., 2000; Tsutsumi vd.,2001; Tseng, Cheng, 2001) uyumlu oldukları söylenebilir.

Literatür ile karşılaştırıldığında, Baker ve arkadaşları yaptığı çalışma sonucunda hemşirelerin harcadıkları çaba ile duygusal tükenmişlik arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu (Baker vd., 2000), Fukuta ve arkadaşları öğrenciler üzerinde yaptıkları bir araştırmada erkeklerde tükenmişlik ile çaba ve aşırıbağlılık arasında pozitif bir ilişki saptarken, kızlarda tükenmişlik ile çaba arasında pozitif, aşırıbağlılık arasında ise negatif bir ilişki bulmuşlardır (Fukuta vd., 2010). Benzer şekilde Takaki ve arkadaşlarının teknoloji çalışanları üzerinde yaptıkları bir araştırmada çaba ve aşırıbağlılık ile tükenmişlik arasında pozitif bir ilişki olduğu bulgularına ulaşılmıştır (Takaki vd., 2006). Loerbroks ve arkadaşlarının öğretmenler üzerinde yaptıkları bir araştırmada ÇÖDOR ile tükenmişlik arasında pozitif bir ilişki saptamışlardır (Loerbroks vd., 2014). Rasmussen ve arkadaşlarının sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları bir araştırmada da diğer bulgularla benzer şekilde yüksek çaba ve düşük ödülün duygusal tükenmişliği artırdığı, duyarsızlaşma üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı, aşırıbağlılığın duygusal tükenme ve duyarsızlaşma ile pozitif yönlü bir ilişkisinin olduğu vurgusu yapılmıştır (Rasmussen vd.,

2015). Schulz ve arkadaşlarının sağlık çalışanları üzerinde yaptıkları bir araştırmada ise yukarıda belirtilen çalışmalar ile benzer şekilde duygusal tükenmişlik ile çaba ve aşırıbağlılık arasında pozitif yönlü bir ilişki, ödül arasında ise negatif yönlü bir ilişki, çaba ile duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma arasında pozitif yönlü, kişisel başarı hissi ile ise negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur (Schulz vd., 2009). Tüm bu literatür verileri incelendiğinde U-ÇÖD-Tr'nin yeterli seviyede ölçüt bağıntı geçerliğinin olduğu söylenebilir.

## 5.Sonuç ve Öneriler

Daha çok emek yoğun teknolojinin ağırlığının hissedildiği sağlık hizmetlerinin sunumunda başarı, çalışan performansı ile doğru orantılı olarak gelişmektedir. Bu açıdan bakıldığında, sağlık hizmetlerindeki başarı ve çalışan performansı hususları dikkatle değerlendirilmesi gereken bir nokta olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumundaki başarıyı iki kategoride ele almak mümkün olabilir. Bunlardan birincisi tıbbi başarıdır. Tıbbi başarı sağlık personelinin eğitim ve yetenekleri ile kullanabildiği tıbbi lojistik imkânlarına göre değişmektedir. İkinci başarı ise yönetim başarısıdır. Yönetim başarısı beşeri ve maddi faktörlerin sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik en etkili ve verimli şekilde kullanılmasına göre değişmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunun verimi büyük oranla çalışanın performansının artırılabilmesi ile mümkün olabilir. Bununla birlikte tıbbi ve yönetim başarısı yüksek oranda hasta memnuniyeti ile değerlendirilebilir. Zira, memnuniyeti yüksek olan hasta tekrar aynı tabibi, dolayısı ile aynı hastaneyi tercih edebilecektir. Tekrar tercihler ise sağlık hizmetlerinin sunulduğu hastanelerde; günümüz geri ödeme sistemleri dikkate alındığında, finansal sürdürülebilirlik için en önemli gereklilikler arasında yer alacaktır.

Çalışanın performansı ise günümüzde tüm sağlık kuruluşlarında hassas bir şekilde değerlendirilmeye çalışılan bir husustur. Sağlık hizmetlerinin sunumunda başarıyı doğrudan etkileyen çalışanın performansı, diğer sektörlerde olduğu gibi çağımızın hastalığı olan stresten olumsuz yönde etkilenmektedir. Yapılan çalışmalarda, çalışan üzerindeki stresin önemli bir kısmı; örgütsel stresin de bir parçası olarak sayılabilecek, çaba-ödül dengesizliğinden kaynaklanmaktadır. İşveren ile çalışan arasındaki karşılıklılığın bozulması şeklinde tarif edilebilecek çaba-ödül dengesizliği örgütsel stresin alevlenmesi ile sonuçlanmaktadır. İlaveten bozulan karşılıklılık sağlık çalışanları arasında açık bir iletişim ve işbirliğinin önüne geçerek örgütsel güveni azaltabilecektir.

Yukarıda bahsedilen sonuçlar ve literatür verileri incelendiğinde Ulusal anlamda yapılmış ilk çalışma örneğini oluşturan ÇÖD ölçeğinin; Uluslararası test komisyonunun belirlediği ilkeler çerçevesindeki analizleri sonucunda Türkçeye uyarlanabilir olduğu görülmüş ve ÇÖD ölçeğinin Uzun Türkçe formu; U-ÇÖD-Tr olarak isimlendirilmiştir.

## Kaynakça


Acar Güvendir, M., Özer Özkan, Y., (2015), Türkiye'deki Eğitim Alanında Yayımlanan Bilimsel Dergilerde Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Konulu Makalelerin İncelenmesi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. Kış, Cilt 14, Sayı 52, 023-033.

Almadi, T., Cathers, I., Chow, C.M., (2013), An Arabic Version of The Effort-Reward Imbalance Questionnaire: Translation And Validation Study. Psychological Reports: Measures & Statistics. (1), 275-290.

Baker, B.A., Killmer, C.H., Siegrist, J., Schaufeli, W.B., (2000), Effort-reward imbalance and burnout among nurses. Journal of Advanced Nursing,, s. 31(4), 884-890.

Buapetch, A., Lagampan, S., Faucett, J., Kalampakorn, S., (2008), The Thai Version of Effort-Reward Imbalance Questionnaire (Thai ERIQ): A Study of Psychometric Properties in Garment Workers, ournal Of Occupational Health, (50), 480-491.

Büyüköztürk, Ş., (2002), Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi. 8 (32), 470-483.

Cattell, R.B., (1966), The scree test for the number of factors. Multivariate Behavioral Research. (1). 245-276.

Cook, L.L., (2005), Schmitt-Cascallar, A.P. ve Brown, C. Adapting Achievement and Aptitude Tests: A Review of Metodological Issues. Lawrence Erlbaum Associates. London.

Çapık, C., (2014), Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışmalarında Doğrulayıcı Faktör Analizinin Kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 17:3.

Çetinkaya, A., Özmen, D., (2015), Bayık Temel, A.,Hemşirelikte Mesleğe Bağlılık Ölçeği'nin Geçerlik Ve Güvenilirlik Çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi , s. 8(2), 54-60.

De Carlo, L.T., (1997), On The Meaning and Use of Kurtosis. Psychological Methods. (2).292-307.

Delice, A., Ergene, Ö.,(2015), Ölçek Geliştirme Ve Uyarlama Çalışmalarının İncelenmesi:Matematik Eğitimi Makaleleri Örneği. Karaelmas Journal of Educational Sciences. (3). 60-75.

Derycke, H., Vlerick, P.; Burnay, N.; Decleire, C.; D'Hoore, W.; Hasselhorn, H.M.; Braeckman, L., (2010), Impact of the effort-reward imbalance model on intent to leave among Belgian health care workers: A prospective study. Journal of Occupational and Organizational Psychology. (83). 879-893.

Ergin, C., (1992), Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. 143-154.

Ergin, Y., (1995), Ölçeklerde Geçerlik ve Güvenilirlik. M.Ü.Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi. Sayı : 7. Sayfa 125-148.

Eum, K.D., Li, J., Li, H.E., Kim, S.S., Paek, D., Siegrist, J., Cho, S.I., (2007), Psychometric properties of the Korean version of the efort–reward imbalance questionnaire:a study in a petrochemical company. Int Arch Occup Environ Health. (80), 653–661.

Fukuta, S.,Yamano, E.,Joudoi, T., Mizuno, K., Tanaka, M., Kawatani, J., Takano, M.,Tomoda, A., Imai-Matsumura, K., Miike, T., Watanabe, Y., (2010), Effort-Reward Imbalance for Learning is Associated with Fatigue in School Children. Behavioral Medicine. 36: 53–62.

Garcia, A.J., Calzaretta, A.V., Gomez, G.B., Ortiz, V.G., Mendoza, E.H., Ubillus, J.J., Choi, B., (2015), Validity of the Effort/Reward Imbalance Questionnaire in Health Professionals From Six Latin-American Countries. American Journal Of Industrial Medicine. (58),636–649.

George, D., Mallery, M., (2010), Using SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference. Allyn & Bacon.Boston.

Gözüm, S., Aksayan, S., (1999), Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeği'nin Türkçe Formunun Güvenilirlik ve Geçerliliği. Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. Cilt 2, Sayı 1, 21-34.

Hanson, E.K., Schaufeli, W., Vrijkotte, T., Plomp, N.H., Godaert, G.L., (2000), The validity and relia-

bility of the Dutch Effort-Reward Imbalance Questionnaire. Occup Health Psychol, s. 5(1), 142-155.

Hopkins, K.D.i Weeks, D.L., (1990), Test For Normality and Measures of Skewness and Kurtosis: Their Place in Research Reporting. Educational and Phsycological Measurement. (50), 717-729.

Jonge, J.D., Linden, S.V.D., Schaufeli, W., Peter, R., Siegrist, J., (2008), Factorial Invariance and Stability of the Effort-Reward Imbalance Scales: A Longitudinal Analysis of Two Samples with Different Time Lags. International Journal of Behavioral Medicine. (15), 62–72.

Kaiser, H.F., (1974), Analysis of factorial simplicity. Psychometrika. 39, 31-36.

Leineweber, C., Wege, N., Westerlund, H., Theorell, T., Wahrendorf, M., Siegrist, J., (2010), How valid is a short measure of effortereward imbalance at work? A replication study from Sweden. Occup Environ Med. (67), 526-531.

Li, J., Yang, W., Cheng, Y., Siegrist, J., Cho, S.I., (2005), Effort–reward imbalance at work and job dissatisfaction in Chinese healthcare workers: a validation study. Int Arch Occup Environ Health. (78), 198–204.

Loerbroks, A., Meng, H., Chen, M., Herr, L., Angerer, P., Li, J., (2014), Primary school teachers in China: associations of organizational justice and effort–reward imbalance with burnout and intentions to leave the profession in a cross-sectional sample. Int Arch Occup Environ Health. (87). 695–703.

Marmot, M., Siegrist, J., Theorell, T., Feeney, A., (1999), Health and the psychosocial environment at work. Oxford University Press. England.

Maslach, C., Jachson, S.E., (1981), The Measurement of Experienced Burnout. Journal of Occupational Behaviour. 2.

Maslach, C., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., (2001), Job Burnout. Annual Review of Psychology. (52). 397-422.

Maslach, C., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., (2008) Job Burnout: 35 Years of Research and Practice. Career Development International. 14 (3): 204-220.

Menekli, T., Fadıllıoğlu, Ç., (2012), Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 1-21.

Msaourel, P., Keramaris, N.C., Apostolopulos, A.P., Syrmos, N., Kappos, T., Tasoulis, A., Tripodaki, E.S., Kagiampaki, E., Lekkas, I., Siegrist, J., (2012), The Effort-reward Imbalance Questionnaire in Greek:Translation, Validation and Psychometric Properties in Health Professionals. Journal Of Occupational Health. (54), 119–130.

Niedhammer, I., Siegrist, J., Landre, M.F., Goldberg, M., Leclerc, A., (2000), Psychometric properties of the French version of the Effort-Reward Imbalance model. Rev. Epidém. et Santé Publ. (48). 419-437.

Orhunbilge, N., (2000), Örnekleme Yöntemleri ve Hipotez Testleri. Avcıol Basım. İstanbul.

Ortiz, V.G.,(2010), Assessment of Psychosocial Stressors at Work: Psychometric Properties of the Spanish Version of the ERI (Effort-Reward Imbalance) Questionnaire in Colombian Workers). Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Vol 26, 147-156.

Özdoğru, M., Aydın, B., (2013), İlköğretim Öğretmenlerinin Karara Katılma Durumları ve İstekleri ile Motivasyon Düzeyleri Arasındaki İlişki. Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi. Cilt 12, Sayı 2.

Peters, S.C., Hopkins, K., (2014), Validation of the Use of the Effort-Reward Imbalance Scale in Human Services UsingConfirmatory Factor Analysis. Journal of the Society for Social Work and Research. Volume 5, Number 4.

Rasmussen, V., Turnell, A., Butow, P., Juraskova, I., Kirsten, L., Wiener, L., Patenaude, A., Hoekstra-Weebers, J., Grassi, L., (2015), Burnout among psychosocial oncologists: an application and extension of the effort–reward imbalance model. Psycho-Oncology. 1-9.

Schulz, M., Damkröger, A., Heins, C., Wehlitz, L., Löhr, M., Driessen, M., Behrens, J., Wingenfeld, K., (2009), Effort–reward imbalance and burnout among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. (16). 225–233.

Siegrist, J., (1996), Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. Journal of Occupational Health Psychology. No. 1, 27-41.

Siegrist, J., (1998), Adverse Health Effects of Effort-Reward Imbalance at Work: Theory, Empirical. Oxford University. England.

Siegrist, J., Li, J., Montago, D., (2015), Psychometric Properties Of The Effort-Reward Imbalance Questionnaire. http://www.uniklinik-duesseldorf.de/fileadmin/Datenpool/einrichtungen/ institut_fuer_medizinische_ soziologie _id54/ERI/PsychometricProperties.pdf. [01.02.2015].

Siegrist, J., Peter, R., (1996), Threat to occupational status control and cardiovascular risk., Israel Journal of Medical Sciences,, s. 32, 179–184.

Siegrist, J., Siegrist, K., Weber, I., (1986), Sociological concepts in the etiology of chronic disease:the case of ischemic heart disease. Social Science & Medicine. (22), 247–253.

Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., Peter, R., (2004), The measurement of effort–reward imbalance at work:European comparisons. Social Science & Medicine,, s. 58, 1483–1499.

Silva, L.S., Barreto, S.M., (2010), Transcultural adaptation into Brazilian Portuguese of the effort-reward imbalance scale: a study with bank workers. Rev Panam Salud Publica. 27(1).

Tabachnick, B., Fidell, L., (2001), Using multivariate statistics (fourth edition). Allyn and Bacon. Needham.

Takaki, J., Nakako, M., Karita, K., Nishikitani, M., Yano, E., (2006), Reliationships between Effort-Reward Imbalance, Overcommitment and Fatigue in Japanese Information-Teknology Workers. J.Occup Health. (48). 62-64.

Tseng, H., Cheng, Y., (2002), Reliability and validity of the Chinese demand-control support model and effort-reward imbalance model questionnaires: A study among employes of the microelectronic industry . Taiwan Journal of Public Health. (21)ç 420–432.

Tsutsumi, A., Ishitake, T., Peter, R., Siegrist, J., Matoba, T., (2001), The Japanese version of the Effort-Reward Imbalance Questionnaire: A study in dental technicians. Work & Stress. vol. 15, no. 1, 86-96.

Tsutsumi, A., Iwata, N., Wakita, T., Kumagai, R., Noguchi, H., Kawakami, N., (2008), Improving the Measurement Accuracy of the Effort-Reward Imbalance Scales. International Journal of Behavioral Medicine,, s. 15: 109–119.

Vegchel, N.V., Jonge, J.D., Bosma, H., Schaufeli, W., (2005), Reviewing the effort–reward imbalance model:drawing up the balance of 45 empirical studies. Social Science & Medicine. (60), 1117-1131.

Yadegarfar, G., Alinia, T., Hosseini, R., Hassanejad, R., Fayaz, M., Sanati, J., Sanati, K., Harandi, J., Hajnoorozali, V., Baghi, M.R., Mirzavand, E., Majeed, A., (2013), Psychometric properties of the Farsi version of effort-reward imbalance questionnaire: a longitudinal study in employees of a synthetic Wbre factory in Iran. Int Arch Occup Environ Health. (86), 147–155.

Yıldırım, Y., (2010), Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokullarındaki Görevli Akademisyen Personelin Örgütsel Stres ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Samsun. 2010.

Zurlo, M.C., Pes, D., Siegrist, J., (2010), Validity and reliability of the effort-reward imbalance questionnaire in a sample of 673 Italian teachers. Int Arch Occup Environ Health. (83), 665–674.

***EK 1: Çaba-Ödül Dengesizliği Anketi (U-ÇÖD-Tr)***

Lütfen aşağıdaki önermelerle ilgili size uygun olanı ***daire*** içine alınız.

**1** ⟷ **4**

**Kesinlikle Katılmıyorum** — **Kesinlikle Katılıyorum**

| Soru No (ÇÖD) | İfadeler | 1 Kesinlikle Katılmıyorum | 2 Katılmıyorum | 3 Katılıyorum | 4 Kesinlikle Katılıyorum |
|---|---|---|---|---|---|
| **1** | *Aşırı iş yükü sebebiyle zaman darlığı baskısı yaşıyorum* | (1) | (2) | (3) | (4) |
| **2** | *Sorumluluğumun dışında, sık sık farklı görevler verilmesi işimde kesintilere neden oluyor ve karışıklıklar yaşıyorum.* | (1) | (2) | (3) | (4) |
| **3** | *İşimde çok fazla sorumluluğum olduğunu düşünüyorum* | (1) | (2) | (3) | (4) |
| **4** | *İşimde fazla mesai yapmam konusunda baskı hissediyorum* | (1) | (2) | (3) | (4) |
| **5** | *İşim fiziksel zorlanma gerektiriyor* | (1) | (2) | (3) | (4) |
| **6** | *Son yıllarda, mesleğimin daha zahmetli hale geldiğini düşünüyorum* | (1) | (2) | (3) | (4) |
| **7** | *Üstlerimden ya da diğer kişilerden hakkettiğim saygıyı gördüğümü düşünüyorum* | (1) | (2) | (3) | (4) |
| **8** | *Zor durumlarda bana yardımcı olacak yeterli desteği sağlayabiliyorum* | (1) | (2) | (3) | (4) |
| **9** | *İşimle ilgili haksızlığa uğradığımı (adil davranılmadığını) düşünüyorum* | (1) | (2) | (3) | (4) |
| **10** | *Mesleğimde yükselme şansımın çok az olduğunu düşünüyorum* | (1) | (2) | (3) | (4) |
| **11** | *İşimde, beklenmeyen bir değişim yaşadım veya yaşamayı umuyorum* | (1) | (2) | (3) | (4) |
| **12** | *İş sağlığı ve güvenliğimin çok az olduğunu düşünüyorum* | (1) | (2) | (3) | (4) |
| **13** | *Şu andaki görevim veya mesleki konumumum aldığım eğitime uygun olduğunu düşünüyorum* | (1) | (2) | (3) | (4) |
| **14** | *Tüm çabalarım ve başarılarım dikkate alındığında işimde, hak ettiğim saygıyı ve prestiji gördüğümü düşünüyorum* | (1) | (2) | (3) | (4) |
| **15** | *Tüm çabalarım ve başarılarım dikkate alındığında, işimin beklentilerimi karşıladığını düşünüyorum* | (1) | (2) | (3) | (4) |
| **16** | *Tüm çabalarım ve başarılarım dikkate alındığında, maaşımın yeterli olduğunu düşünüyorum* | (1) | (2) | (3) | (4) |
| **17** | *İşleri yapmam için yeterli zamanımın olmaması beni çabucak bunaltıyor* | (1) | (2) | (3) | (4) |
| **18** | *Sabah kalktığımda işimle ilgili problemleri düşünmeye başlıyorum* | (1) | (2) | (3) | (4) |
| **19** | *İşten çıkıp eve geldiğimde, kolayca rahatlayabilir ve iş hakkındaki her şeyi unutabilirim* | (1) | (2) | (3) | (4) |
| **20** | *Çevremdekiler veya bana yakın olan kişiler, kendimi işe çok fazla adadığımı söylüyorlar* | (1) | (2) | (3) | (4) |
| **21** | *Uyumaya hazırlanırken bile iş aklımdan çıkmıyor* | (1) | (2) | (3) | (4) |
| **22** | *Bugün yapılması gereken işleri yarına bırakırsam veya ertelersem, gece zor uyurum veya uyku problemi yaşarım* | (1) | (2) | (3) | (4) |

# BİREYLERİN SAĞLIK HABER ALGI DÜZEYLERİNİ BELİRLEMEYE YÖNELİK BİR ÇALIŞMA

Dilek Uslu [1], Gülizar Gülcan Şeremet [2], Canan Demir [3]

***Özet***

*Bu araştırma bireylerin sağlık haberler algı düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş Çınar ve ark. tarafından (2018) geliştirilmiş 'Sağlık Haberleri Algısı Ölçeği' kullanılmıştır. Ölçek ticari kaygı ve reklam, tüketime yöneltme, davranış değişikliği, sağlık davranışını istismar, sağlık haberlerine duyulan inanç olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Araştırmanın evrenini Ankara ilinde yaşayan 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Veriler rastgele örneklem yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermesinden dolayı parametrik testler uygulanmıştır. Araştırma verilerinden elde edilen sonuca göre bireylerin sağlık haber algılarına yönelik en yüksek ortalama 3,48 ile sağlık haberlerine duyulan inanç boyutu oluşturmaktadır. Çalışmada sağlık haber algısının medeni durum, eğitim düzeyi ve internette yer alan haberlere güven durumuna göre sağlık haber algısı arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Sağlık, Sağlık Haberleri, Sağlık Haber Algısı*

# A STUDY TO DETERMINE THE HEALTH NEWS PERCEPTION OF INDIVIDUALS

***Abstract***

*This research was carried out to determine the health news perception levels of individuals. In the study, the validity and reliability of which were tested, Çınar et al. (2018) 'Health News Perception Scale' was used. The scale consists of five sub-dimensions: commercial anxiety and advertising, orientation to consump-*

1 Dr. Öğr. Üyesi, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, dilek.uslu@hbv.edu.tr

2 Arş. Gör. Dr., Çankırı Karatekin Üniversitesi, gulizargulcanseremet@karatekin.edu.tr

3 Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Lisans Mezunu, dmrcanan85@outlook.com

*tion, behavior change, abuse of health behavior, and belief in health news. The population of the research consists of individuals over the age of 18 living in Ankara. The data were obtained using the random sampling method. Parametric tests were applied due to the normal distribution of the data. According to the results obtained from the research data, the belief in health news with the highest average of 3,48 for the health news perceptions of individuals constitutes the dimension. In the study, a significant difference was found between the perception of health news according to marital status, education level and trust in the news on the internet.*

***Key Words**: Health, Health News, Health News Perception*

## 1. Giriş

Günümüzün modern toplumunda bireyler sağlıklarını korumak için bilgiye ihtiyaç duymaktadır. Modern tıbbın ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte, sağlık alanında her gün yeni ilerlemeler kaydedilmektedir. Ulusal ve uluslararası platformlarda sağlık alanında yaşanan bu ilerlemelerin topluma duyurulmasında ve toplumun bilgilendirilmesinde görsel ve yazılı medya gibi kitle iletişim araçlarından yararlanılmaktadır.

Bireylere kitle iletişim araçları vasıtası ile sağlık hizmet sunumunun yapılması önemli bir konudur. Çünkü birçok bireyin kendi yaşamını ilgilendirdiği konularla ilgili temel bilgi kaynakları arasında ilk sırada kitle iletişim araçları yer almaktadır (Avcı ve Sönmez, 2013: 120-121). Bu nedenle sağlık, kitle iletişim araçları içinde önemli bir haber kategorisi olmakta ve aynı zamanda kitle iletişim araçları sağlık alanında da kişilerin algısını yönlendirmekte ve değiştirmektedir (Bilişli, 2019: 3609).

Kitle iletişim araçları kullanılarak yapılan bilgilendirmeler haber niteliği taşımaktadır ve aynı zamanda toplumu "bilgilendirme ve duyurma" işlevini üstlenmektedir (Utma, 2017: 598). Kitle iletişim araçları kullanılarak kamu ve özel kuruluşlar kişilere ulaşmaya çalışmakta ve kişilerin sağlığa ilişkin verecekleri kararlarda etkin olabilmeyi amaçlamaktadırlar (Tosyalı ve Sütçü 2016: 12). Bu nedenle sağlık haberciliğinin toplum üzerindeki etkisi önem arz etmektedir (Friedman vd., 2014: 379). Bu bağlamda, görsel ve yazılı basın bireyleri sağlık hizmetleri ve halk sağlığı konusunda eğitebilmek amacıyla eşsiz fırsattır. Bu nedenle bu fırsatı doğru kullanmak ve mesajların etkili olabilmesi için, hedef kitlenin özellikleri dikkate alınarak, hedef kitlenin konu üzerine algılamalarına dikkat edilmelidir (Çınar vd., 2018: 165).

Bireylerin sağlıklı bir şekilde yaşamlarını sürdürebilmesi ve sağlığa ilişkin farkındalıklarının artması için sağlık haberleri oldukça önemli bir yer tutmaktadır.

Sağlık haberleri, kişilerin sağlıklı bir hayat sürebilmeleri ve bu hayatı devam ettirebilmeleri açısından oldukça önem arz etmektedir. Bu kapsamda bu çalışmada bireylerin sağlık haberlerine yönelik algı düzeylerinin incelenmesi ve sağlık haber algı düzeylerinin sosyo-demografik faktörlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen sonuçların sağlık hizmet sunucularına, sağlık politikacılarına ve sağlık habercilerine yön göstermesi açısından önemli olacağı düşünülmektedir.

## 2. Yöntem

Araştırmanın evrenini Ankara ilinde yaşayan sağlık haberlerinden yararlanan 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Verilerin toplanmasında, ana kütlenin bütününü incelemek, zaman ve maliyet bakımından zor olacağından rastgele örneklem yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü 568 kişiye online anket linki 1-28 Şubat 2022 tarihleri arasında uygulanmıştır. 568 anket formundan değerlendirilebilir 553 anket formu elde edilmiştir. Araştırma sürecinin Covid-19 salgın dönemine denk gelmesi nedeni ile yüz yüze anket yönteminin risk taşımasından dolayı online anket linki gönderilerek çalışma yürütülmüştür. Katılımcılara anket linki e-posta aracılığıyla gönderilmeden önce Ankara ilinde ikametgâh etme durumları sorulmuş ve Ankara ilinde yaşayan katılımcıların anketi doldurması istenmiştir.

Araştırmanın yürütülebilmesi için Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 06.04.2020 tarihli ve 11054618-302.08.01 sayılı kararı ile etik kurul izni alınmıştır. Araştırmacılar tarafından Sağlık Haberleri Algısı Ölçeği'nin araştırmada kullanımı için yazarlardan gerekli izinler alınmıştır. Ayrıca katılımcılara araştırma ile ilgili bilgilendirmeler anket formunun ön kısmında belirtilmiş ve araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak 2 bölümden oluşan 39 soruluk bir anket formu kullanılmıştır. Birinci bölümde bireylerin demografik bilgilerini ölçmeye yönelik sorular, ikinci bölümde ise bireylerin sağlık haberlerine ilişkin algılarını ölçen sorular yer almaktadır. Bireylerin sağlık haber algı düzeylerini ölçmek için Çınar ve ark. tarafından (2018) geliştirilmiş olan 26 sorudan oluşan 'Sağlık Haberleri Algısı Ölçeği' kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği Çınar ve ark. (2018) tarafından yapılmış ve Cronbach Alfa değeri 0,84 olarak bulunmuştur. Ölçek beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar; ticari kaygı ve reklam, tüketime yöneltme, davranış değişikliği, sağlık davranışını istismar, sağlık haberlerine duyulan inançtır. Soru formunda 5'li likert tipi (1=kesinlikle katılmıyorum; 5= kesinlikle katılıyorum) ölçek kullanılmıştır. Ölçek ortalama puanı arttıkça (ortalama 5'e yaklaştıkça) sağlık haber algı düzeyi de artmaktadır. Bu araştırmada Sağlık Haberleri Algısı Ölçeği'nin Cronbach Alfa değeri 0,87 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın verileri, SPSS 23.00 paket programında değerlendirilmiştir. Sağlık haberlerine yönelik algı düzeyinin katılımcıların demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesinde, öncelikle normallik varsayımı incelenmiştir. Bu amaçla, Kolmogorov-Smirnov testi yapılarak verilerin basıklık, çarpıklık değerleri ile ortalama-medyan değerlerin yakınlığı incelenmiş ve verilerin dağılımının normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel analizinde yüzdelikler ve ortalamalar alınmış, ölçek puanlarının sosyo-demografik verilerle karşılaştırılmasında normal dağılım gösterdiğinden ikili gruplarda bağımsız örneklem için t-testi, ikiden fazla gruplar için ise tek yönlü varyans analizi (one-way ANOVA) uygulanmıştır. ANOVA analizi sonucunda tespit edilen farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla çoklu karşılaştırma (Post-Hoc) testlerinden Tukey Testi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular % 95 güven aralığında ve %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

## 3. Bulgular

Bireylerin sağlık haber algı düzeylerinin belirlenmesi, sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık haber algıları üzerinde farklılık oluşturup oluşturmadığının tespit edilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen verilere yönelik yapılan analizler aşağıda yer almaktadır.

Tablo 1'e göre araştırmaya katılanların % 76,9'u kadın, % 62,2'si bekâr, % 70,9'u il, % 39,4'ü 21-30 yaş aralığında, % 62,7'sinin eğitim seviyesi lisanstır. Aynı zamanda % 41,4'ü öğrenci, % 36,7'sinin günlük internette geçirdiği süre ise 3-4 saattir. Katılımcıların %72,2'si internette yer alan kaynaklara güveniyor musunuz sorusuna hayır yanıtını vermiş, % 61,1'i internette yer alan kaynakları araştırdığını, % 84,8'i kronik rahatsızlığının olmadığını, % 82,5'i sürekli kullandığı bir ilacın olmadığını, % 98,8'i ise bedensel bir rahatsızlığının bulunmadığını ifade etmiştir.

**Tablo 1.** Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

| **Sosyo-Demografik Özellikler ve Ek Sorular** | | **N** | **%** |
|---|---|---|---|
| Cinsiyet | Kadın | 425 | 76,9 |
| | Erkek | 128 | 23,1 |
| Medeni Durum | Evli | 209 | 37,8 |
| | Bekar | 344 | 62,2 |
| Yaşanılan Yer | **İl** | 392 | 70,9 |
| | **İlçe** | 139 | 25,1 |
| | Köy | 22 | 4,0 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Yaş | 20 yaş ve altı | 115 | 20,8 |
| | 21-30 yaş | 218 | 39,4 |
| | 31-40 yaş | 121 | 21,9 |
| | 41-50 yaş | 70 | 12,7 |
| | 51 yaş ve üzeri | 29 | 5,2 |
| Eğitim Seviyesi | Lise ve altı | 101 | 18,3 |
| | **Ön lisans** | 62 | 11,2 |
| | Lisans | 347 | 62,7 |
| | Lisansüstü | 43 | 7,8 |
| Günlük İnternette Geçirilen Süre | 1 saatten az | 34 | 6,1 |
| | 1-2 saat | 140 | 25,3 |
| | 3-4 saat | 203 | 36,7 |
| | 5 saat ve üzeri | 176 | 31,8 |
| İnternette yer alan haberlere güveniyor musunuz? | Evet | 154 | 27,8 |
| | Hayır | 399 | 72,2 |
| İnternette yer alan haberlerin kaynaklarını araştırıyor musunuz? | Evet | 338 | 61,1 |
| | Hayır | 215 | 38,9 |
| Kronik (sürekli) bir hastalığınız var mı? | Evet | 84 | 15,2 |
| | Hayır | 469 | 84,8 |
| Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? | Evet | 97 | 17,5 |
| | Hayır | 456 | 82,5 |
| Sağlığınızla ilgili herhangi bir bedensel engel durumunuz var mı? | Evet | 6 | 1,1 |
| | Hayır | 547 | 98,8 |
| Toplam | | 553 | 100 |

Tablo 2'ye göre sağlık haber algısı ölçeğine ait ifadelerin ortalaması 3,05'tir. Ölçek alt boyutlarda, ticari kaygı ve reklam boyutunun ortalaması 3,37, tüketime yöneltme boyutunun ortalaması 2,69, davranış değişikliği boyutunun ortalaması 2,44, sağlık davranışını istismar boyutunun ortalaması 3,37 ve sağlık haberlerine duyulan inanç boyutunun ortalaması ise 3,48'dir. Alt boyutlar arasında en yüksek ortalama 3,48 ile sağlık haberlerine duyulan inanç boyutudur.

**Tablo 2.** Sağlık Haber Algısı Ölçeğine Ait İfade Ortalamaları

| Sağlık Haber Algısı ve Alt Boyutları | X̄ |
|---|---|
| *Ticari Kaygı ve Reklam* | 3,37 |
| 1. Ticari Kaygı ve Reklam | 3,42 |
| 2. Ticari Kaygı ve Reklam | 3,33 |
| 3. Ticari Kaygı ve Reklam | 3,14 |
| 4. Ticari Kaygı ve Reklam | 3,14 |
| 5. Ticari Kaygı ve Reklam | 3,64 |
| 6. Ticari Kaygı ve Reklam | 3,48 |
| 7. Ticari Kaygı ve Reklam | 3,47 |
| *Tüketime Yöneltme* | 2,69 |
| 8. Tüketime Yöneltme | 2,67 |
| 9. Tüketime Yöneltme | 2,72 |
| 10. Tüketime Yöneltme | 2,67 |
| *Davranış Değişikliği* | 2,44 |
| 11. Davranış Değişikliği | 2,86 |
| 12. Davranış Değişikliği | 2,41 |
| 13. Davranış Değişikliği | 2,52 |
| 14. Davranış Değişikliği | 2,27 |
| 15. Davranış Değişikliği | 2,54 |
| 16. Davranış Değişikliği | 2,03 |
| 17. Davranış Değişikliği | 2,44 |
| *Sağlık Davranışını İstismar* | 3,37 |
| 18. Sağlık Davranışını İstismar | 3,03 |
| 19. Sağlık Davranışını İstismar | 3,51 |
| 20. Sağlık Davranışını İstismar | 3,40 |
| 21. Sağlık Davranışını İstismar | 3,56 |
| 22. Sağlık Davranışını İstismar | 3,36 |
| 23. Sağlık Davranışını İstismar | 3,36 |
| *Sağlık Haberlerine Duyulan İnanç* | 3,48 |
| 24. Sağlık Haberlerine Duyulan İnanç | 3,52 |
| 25. Sağlık Haberlerine Duyulan İnanç | 3,45 |
| 26. Sağlık Haberlerine Duyulan İnanç | 3,46 |
| Ölçek Geneli | 3,05 |

Veriler normal dağılım göstermektedir. Bu nedenle cinsiyet, medeni durum, internette yer alan haberlere güven, internette yer alan kaynakları araştırma, kronik rahatsızlık, sürekli ilaç kullanımı ve bedensel engel değişkenleri ile sağlık haber algısı ortalaması arasında t-testi yapılmıştır. Yaşanılan yer, eğitim düzeyi, gelir durumu, meslek, internette geçirilen süre değişkenleri ile sağlık haber algısı ortalaması arasında ANOVA Testi yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda medeni durum, eğitim seviyesi ve internette yer alan haberlere güven değişkenleri ile sağlık haber algısı arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (p<0,05*).

Medeni durum ve sağlık haber algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olup olmadığını tespit etmek amacıyla t-testi yapılmıştır. Medeni duruma göre anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tablo 3'te evli bireylerin (3,11) bekar bireylere (3,02) göre sağlık haber algı ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir (p<0,05*).

**Tablo 3.** Medeni Durum ile Sağlık Haber Algısı Arasındaki Farklılığa Ait t-Testi Sonuçları

| | Medeni Durum | N | X̄ | Sd. | t | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sağlık Haber Algısı | Evli | 209 | 3,11 | ,560 | 2,035 | 0,025* |
| | Bekar | 344 | 3,02 | ,464 | 1,945 | |

Eğitim düzeyi ve sağlık haber algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olup olmadığını tespit etmek amacıyla ANOVA Testi yapılmıştır. Eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılığın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Gruplar arası farklılıkları tespit amacıyla Post-Hoc (Tukey) testi yapılmıştır. Sağlık haber algısı alt boyutlarından ticari kaygı ve reklam, sağlık davranışını istismar ve sağlık haberlerine duyulan inanç boyutlarında eğitim düzeylerine göre anlamlı farklılıklar bulunmuştur (p<0,05*).

**Tablo 4.** Eğitim Düzeyi ile Sağlık Haber Algısı Arasındaki İlişkiye Ait ANOVA Testi Sonuçları

| Sağlık Haber Algısı ve Alt Boyutları | Eğitim Düzeyi | N | X̄ | Std. | F | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ticari Kaygı ve Reklam | Lise | 101 | 2,63 | ,757 | 5,457 | 0,001* |
| | Ön Lisans | 62 | 2,82 | ,958 | | |
| | Lisans | 347 | 2,68 | ,929 | | |
| | Lisansüstü | 43 | 2,98 | ,915 | | |
| Tüketime Yöneltme | Lise | 101 | 2,68 | ,757 | 2,322 | 0,074 |
| | Ön Lisans | 62 | 2,82 | ,958 | | |
| | Lisans | 347 | 2,63 | ,929 | | |
| | Lisansüstü | 43 | 2,98 | ,915 | | |
| Davranış Değişikliği | Lise | 101 | 2,51 | ,619 | 1,183 | 0,315 |
| | Ön Lisans | 62 | 2,39 | ,808 | | |
| | Lisans | 347 | 2,41 | ,722 | | |
| | Lisansüstü | 43 | 2,57 | ,659 | | |
| Sağlık Davranışını İstismar | Lise | 101 | 3,10 | ,634 | 7,020 | 0,000* |
| | Ön Lisans | 62 | 3,45 | ,711 | | |
| | Lisans | 347 | 3,43 | ,654 | | |
| | Lisansüstü | 43 | 3,33 | ,742 | | |
| Sağlık Haberlerine Duyulan İnanç | Lise | 101 | 3,20 | ,670 | 7,237 | 0,000* |
| | Ön Lisans | 62 | 3,54 | ,762 | | |
| | Lisans | 347 | 3,56 | ,711 | | |
| | Lisansüstü | 43 | 3,37 | ,655 | | |
| Sağlık Haber Algısı | Lise | 101 | 2,92 | ,490 | 3,564 | 0,014* |
| | Ön Lisans | 62 | 3,08 | ,559 | | |
| | Lisans | 347 | 3,07 | ,495 | | |
| | Lisansüstü | 43 | 3,17 | ,475 | | |

Tukey testi sonucuna göre; sağlık haber algısının ticari kaygı ve reklam alt boyutunda lise eğitim düzeyine sahip olanlar ile lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05^*$). Lise mezunu olanların lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olanların ortalamasından daha düşük ortalamaya sahip olduğu görülmüştür. Sağlık haber algısının sağlık davranışını istismar alt boyutunda lise eğitim düzeyine sahip olanlar ile ön

lisans ve lisans eğitim düzeyine sahip olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (p<0,05*). Lise mezunu olanların ön lisans ve lisans eğitim düzeyine sahip olanların ortalamasından daha düşük ortalamaya sahip olduğu görülmüştür. Sağlık haber algısının sağlık haberlerine duyulan inanç alt boyutunda ise lise eğitim düzeyine sahip olanlar ile ön lisans ve lisans eğitim düzeyine sahip olanlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (p<0,05*). Lise mezunu olanların ön lisans ve lisans eğitim düzeyine sahip olanların ortalamasından daha düşük ortalamaya sahip olduğu görülmüştür.

**Tablo 5.** Eğitim Düzeyi ile Sağlık Haber Algısı Arasındaki İlişkiye Ait Tukey Testi Sonuçları

| **Değişkenler** | **Eğitim Düzeyi** | **Alt Gruplar** | **Ort. Farkı** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| Ticari Kaygı ve Reklam | Lise | Lisans | -,264 | ,008* |
| | | Lisansüstü | -,494 | ,001* |
| Sağlık Davranışını İstismar | Lise | Ön Lisans | -,350 | ,006* |
| | | Lisans | -,335 | ,000* |
| Sağlık Haberlerine Duyulan İnanç | Lise | Ön Lisans | -,342 | ,015* |
| | | Lisans | -,359 | ,000* |

İnternette yer alan haberlere güven düzeyi ve sağlık haber algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olup olmadığını tespit etmek amacıyla t-testi yapılmıştır. İnternette yer alan haberlere güven düzeyine göre anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tablo 5'te hayır diyenlerin ortalamasının (3,07) evet diyenlerin ortalamasına (3,02) göre daha yüksek olduğu görülmektedir (p<0,05*).

**Tablo 6.** İnternette Yer Alan Haberlere Güven Düzeyi ile Sağlık Haber Algısı Ortalaması Arasındaki İlişkiye Ait t-Testi

| | Güven Düzeyi | N | X̄ | Sd. | t | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sağlık Haber Algısı | Evet | 154 | 3,02 | ,537 | -,888 | 0,037* |
| | Hayır | 399 | 3,07 | ,491 | -,853 | |

## 4. Tartışma ve Sonuç

Kitle iletişim araçları arasında da sağlık haberleri önemli bir yer almaktadır. Sağlık haberlerinin kitlelere ulaştırılmadan önce titizlikle işinin ehli uzmanlar tarafından denetlenip, doğru ve güvenilir içeriklerin kitlelere aktarılması büyük önem taşımaktadır. Sağlık bilgisi odaklı tüketicinin interneti tıbbi hizmetler hakkında bilgi almak için kullandığı bulgusu göz önüne alındığında, hizmet sağlayıcıların sağlık odaklı bireylere ulaşmak için bu aracı kullanmaları gerekmektedir. Dutta-Bergman (2004) ve Dutta ve Feng (2007) tarafından yapılan araştırmada bireylerin interneti sağlık hizmetleri hakkında bilgi almak için kullandığını ve sağlık hizmet sağlayıcılarının da sağlık bilgisi arama davranışında bulunan bireylere ulaşmak için internet aracını kullanmaları gerektiğini ifade etmiştir.

Umunç (2020)'un yapmış olduğu araştırmada, sağlık programlarının bilimsel bir kaynağa dayanarak sağlık bilgilerinin eğlenceli bir şekilde sunulması halinde kişilerin sağlıklı beslenme farkındalığının ve ilgisinin artacağını belirtmiştir. Bu kapsamda sağlık haber algısı düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma sonucunda elde edilen bulgular aşağıda belirtilmiştir.

Araştırma sonuçlarından elde edilen verilere göre evli bireylerin sağlık haber algı düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre lise eğitim düzeyine sahip katılımcıların sağlık haber algısı düzeyinin daha düşük olduğu görülmüştür. Koparan (2007) katılımcıların medyayı enformasyon amaçlı kullandıklarında eğitimin önemli olduğunu ifade etmiştir. Çünkü; kişilerin eğitim seviyelerinin artmasıyla birlikte hem bilgi edinmek hem de medyanın olumsuz etkilerinden korunabileceklerini belirtmiştir. Kahraman vd. (2005), Ertaş ve ark. (2019) tarafından yapılan çalışmada da sağlık haber algısı ile eğitim durumu arasında farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre internette yer alan haberlere güvenmeyenlerin sağlık haber algısı düzeyinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Koparan (2007) çalışmasında katılımcıların büyük çoğunluğunun televizyon programlarına (% 63,0) güven duyarken % 45,6'sının gazetede yer alan bilgilere ve %18,2'si de internetteki bilgilere güven duyduğunu belirtmiştir.

Çalışma belirli bir zaman diliminde yürütülmüş ve bu durum araştırma için bir kısıtlılık oluşturmuştur. Araştırmanın daha geniş bir zaman diliminde farklı örneklem üzerinde uygulanması sonuçların karşılaştırılabilirliği açısından önemli olacaktır.

## Kaynakça


Avcı, İ. ve Sönmez, M. F. (2013). Sağlık İletişimi Bağlamında Bireylerin Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Alışkanlıkları ve Motivasyonları: Elâzığ Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2(2), 119–138.

Bilişli, Y. (2019). İnternet Sağlık Haberlerinde Tıbbileştirmenin İnşası: Sağlık Haber Söylemine Eleştirel Bir Bakış. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi,* 8(4): 3608-3629.

Çınar, F., Şengül, H., Çapa, H., Çakmak, C. ve Bilge, Y. (2018). Sağlık Haberleri Algısı: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi,* 4(3), 164-171.

Dutta-Bergman, M. J. (2004). Health Attitudes, Health Cognitions, and Health Behaviors Among Internet Health İnformation Seekers: Population-Based Survey. Journal of Medical Internet Research, 6(2).

Dutta, M. J. and Feng, H. (2007). Health Orientation And Disease State As Predictors Of Online Health Support Group Use*. Health Communication*, 22, 181–189.

Ertaş, H., Kıraç, R. ve Ünal, S. (2019). Halkın Sağlık Haberleri Algı Düzeylerinin İncelenmesi. *3. International 13. National Congress on Health and Hospital Administration*. Sakarya.

Friedman, D. B., Tanner, A. and Rose, I. D. (2014). Health Journalists' Perceptions of Their Communities and Implications for The Delivery of Health Information in The News. *Journal of Community Health,* 39(2), 378-385.

Kahraman, G., Baş, T. ve Akbolat, M. (2015). Obeziteye Yönelik Tutum ve İnançların Geliştirilmesinde Sağlık Programlarının Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 89-98.

Koparan, N. (2007). *Medyanın Kadınlar Üzerindeki Etkis*i. Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Tosyalı, H. ve Sütçü, C. (2016). Sağlık İletişiminde Sosyal Medya Kullanımının Bireyler Üzerindeki Etkileri. *Maltepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi,* 2, 3-22.

Umunç, C. (2020). Yemek ve Sağlık Programlarında Katılımcı ve Takipçi Yorumlarının Sağlıklı Beslenme Farkındalığı Açısından İncelenmesi. *Erciyes İletişim Dergisi*, 7(2), 1263-1284.

Utma, S. (2017). Medyadaki Sağlık Haberlerini "Doğru" Okumak. *International Journal of Social Science* ,57(1), 597-605.

# SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNİN İLETİŞİM BECERİLERİNİN İNCELENMESİ

Bilge Büyükşirin [1], Serol Karalar [2]

***Özet***

*Bu çalışmada, sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin iletişim becerileri algılarını ve iletişim beceri algılarının çeşitli sosyo-demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit etmek amaçlanmaktadır. Çalışmanın evreni, bir devlet üniversitesinde öğrenim gören sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinden oluşmaktadır (N: 693). Örneklem seçilmemiş olup anket uygulaması sonucunda 355 öğrenciden (evrenin %51'i) veri elde edilmiştir. Çalışma verilerinin analizi sonucunda öğrencilerin iletişim beceri düzeyine ilişkin görüşlerinin orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Sosyo-demografik özelliklere göre yapılan karşılaştırma sonucunda öğrencilerin iletişim becerileri düzeyi puanlarında anne eğitim düzeyi, algılanan aile ekonomi düzeyi, aile tutumu, 18 yaşına kadar yaşanılan yer, başarı durum algıları, hâlihazırda bir işte çalışma durumu ve iletişim ile ilgili ders ya da eğitim alma durumuna göre anlamlı bir farklılık oluşmamıştır (p>0,05). Cinsiyet, sınıf düzeyi, baba eğitim düzeyi, üniversite eğitimi sırasında kalınan yer ve bölüm memnuniyet durumuna göre iletişim beceri puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı tespit edilmiştir. (p<0,05).*

***Anahtar Kelimeler:*** *Sağlık Yönetimi, Öğrenci, İletişim Becerisi*

# EXAMINATION OF COMMUNICATION SKILLS OF HEALTH MANAGEMENT DEPARTMENT STUDENTS

***Abstract***

*In this study, it was aimed to determine the perceptions of communication skills of health management department students and whether their perceptions of communication skills differ according to various socio-demographic characteristics. The population of the study consists of health management department*

1 Arş. Gör., Trakya Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, bilgebuyuksirin@trakya.edu.tr

2 Doç. Dr., Trakya Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, serolkaralar@trakya.edu.tr

*students studying at a state university (N: 693). The sample was not selected and data were obtained from 355 students (51% of the population) as a result of the implemented questionnaires. As a result of the analysis of the study data, it was determined that the students' opinions on the level of communication skills were at a medium level. As a result of the comparison made according to socio-demographic characteristics, there was no significant difference in the communication skills level scores of the students according to the mother's education level, perceived family economy level, family attitude, place of residence until the age of 18, perceptions of success status, current employment status, and taking courses or training on communication (p>0.05). It was found that communication skill scores differed significantly according to gender, grade level, father's education level, place of residence during university education and department satisfaction (p<0,05).*

***Key Words:*** *Health Management, Student, Communication Skill*

## 1. Giriş

Türk Dil Kurumuna göre iletişim, " duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması, bildirim, haberleşme veya komünikasyondur" (TDK, 2019). İletişim, "bilgi üretme, aktarma ve anlamlandırma süreci" olarak da tanımlanmaktadır (Buzlu vd., 2006) İletişim becerisi ise, bireylerin duygu, düşünce, fikir, inanç ve tutumlarını amaca uygun bir biçimde aktarabilme becerisi olarak ifade edilmektedir (Üstün, 2005).

İletişim becerilerinin kazanılması, geliştirilmesi ve etkili iletişimin sağlanması yaşamın her alanında önemlidir. Bireylerin yakın ilişkilerinde yaşadıkları sorunların çoğu etkili olmayan iletişimden kaynaklanmaktadır (Johnson, 1972). Etkili iletişim becerileri, insan etkileşimlerinde ve bütün meslek alanlarında ilişkileri kolaylaştırabilmektedir. İletişim becerisi gelişmiş bireyler karşılaştıkları problemlerle daha sağlıklı başa çıkabilmekte, doyurucu ilişkiler geliştirebilmekte ve meslek hayatlarında daha başarılı olabilmektedirler (Deniz, 2003). Her meslek farklı bilgi, beceri yetenek gerektirmekle birlikte hemen hemen tüm meslek grupları için önem taşıyan becerilerden biri iletişim becerileri olarak görülür. Bununla birlikte iletişim becerileri, insan ilişkilerinin ön planda olduğu meslek gruplarında, insan ilişkilerine daha az dayanan teknik içerikli mesleklerle kıyaslandığında daha fazla önem arz etmektedir (Toy, 2007). Sağlık kurumları işlevsel bağlılığın yüksek olduğu, teknoloji yoğun hizmet sektörü olarak tanımlanmaktadır. Mesleki yaşantılarına hizmet sektöründe devam edecek olan sağlık yöneticilerinin, insanlarla birebir etkileşimlerinin de fazla olacağı göz önünde bulundurulursa iletişim becerilerinin yüksek olması önemlidir. Bu nedenle bu araştırmada sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin iletişim beceri düzeylerini ve iletişim beceri düzeylerini etkileyen faktörleri tespit etmek amaçlanmaktadır.

## 2. Gereç ve Yöntem

### 2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evreni, bir devlet üniversitesinin, sağlık yönetimi bölümünde, örgün ve ikinci öğretim programında öğrenim gören öğrencilerden oluşturmaktadır. Bu bölümde birinci sınıfa kayıtlı 195, ikinci sınıfa kayıtlı 169, üçüncü sınıfa kayıtlı 165 ve dördüncü sınıfa kayıtlı 165 olmak üzere öğrenim gören toplam öğrenci sayısı 693'tür. Araştırmada örneklem seçilmemiş olup evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel özelliktedir. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde devamsızlık nedeni ile 333 öğrenciye ulaşılamamıştır. Anket dağıtılan, ankete cevap veren öğrenci sayısı 360'dır. Anket formlarında eksiklik veya hata tespit edilen 5 anket formu çalışmaya dâhil edilmemiştir. Araştırmanın çalışma grubu 355 öğrenciden oluşmaktadır. Çalışma grubu evrenin %51'ini oluşturmaktadır. Anket uygulaması ise 15-18/12/2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

### 2.2. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında 'Kişisel Bilgi Formu' ve 'İletişim Becerileri Ölçeği' kullanılmıştır.

*Kişisel Bilgi Formu (KBF):* Araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Öğrenci ve aileleri ile ilgili çeşitli demografik bilgilerin sağlanmasına yönelik toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

İletişim Becerileri Ölçeği (İBÖ): Ersanlı ve Balcı tarafından 1988 yılında üniversite öğrencilerinin iletişim beceri düzeylerini saptamak amacıyla geliştirilmiş, 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçekte yer alan her bir anlatım her zaman 5, genellikle 4, bazen 3, nadiren 2 ve hiçbir zaman 1'e denk gelecek şekilde puanlanmaktadır. Ölçek her biri 15 anlatım içeren, zihinsel beceriler, duygusal beceriler ve davranışsal beceriler olmak üzere 3 alt boyut ve toplamda 45 anlatımdan oluşmaktadır. Her bir boyuttan alınabilecek en düşük puan 15, en yüksek puan 75'tir. Benzer şekilde toplam puanda en az 45, en fazla 225 olabilmektedir. Daha yüksek puan kişilerin daha iyi iletişim becerisine sahip olduğunu göstermektedir (Ersanlı ve Balcı 1998).

### 2.3. Verilerin Analizi

Anket formlar aracılığıyla elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS 20,0 programı ile analiz edilmiştir. Araştırma verilerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için çarpıklık ve basıklık durumuna bakılmış ve normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir. Katılımcı ve ailelerine yönelik tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak belirtilmiştir. Değişkenler için iletişim beceri

puan karşılaştırmalarında, parametrik test varsayımları sağlandığında iki kategoriden oluşan değişkenlerde t test, ikiden fazla kategoriden oluşan değişkenlerde ise ANOVA testi kullanılmıştır. Anlamlı farklılık gösteren değişkenlerde farklılığın hangi kategoriler arasında olduğunu belirlemede LSD testi uygulanmıştır. Parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise puan karşılaştırmalarında iki kategorili değişkenlerde Mann-Whitney U testi, ikiden fazla kategoriden oluşan değişkenlerde ise Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Bu çalışmada anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. İletişim becerileri ölçeğine güvenirlik analizi uygulanmış ve Cronbach katsayısı 0,887 olarak bulunmuştur.

### 2.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın çalışma grubu yalnızca bir Devlet Üniversitesinde öğrenim gören Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinden oluşmaktadır.

## 3. Bulgular

Çalışma kapsamındaki katılımcıların (öğrencilerin) ve ailelerinin sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Öğrencilerin ve Ailelerinin Tanımlayıcı Özellikleri

| **Değişken** | | **n** | **%** |
|---|---|---|---|
| Cinsiyet | Kadın | 258 | 73 |
| | Erkek | 97 | 27 |
| Program türü | 1. Öğretim | 190 | 54 |
| | 2. Öğretim | 165 | 46 |
| Sınıf düzeyi | 1. Sınıf | 110 | 31 |
| | 2. Sınıf | 86 | 24 |
| | 3. Sınıf | 70 | 20 |
| | 4. Sınıf | 89 | 25 |
| Anne eğitim düzeyi | Okuryazar değil | 18 | 5 |
| | İlkokul | 141 | 40 |
| | Ortaokul | 92 | 26 |
| | Lise | 83 | 23 |
| | Lisans ve üstü | 21 | 6 |
| Baba eğitim düzeyi | Okuryazar değil | - | - |
| | İlkokul | 103 | 29 |
| | Ortaokul | 107 | 30 |
| | Lise | 115 | 32 |
| | Lisans ve üstü | 30 | 8 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Algılanan aile ekonomi düzeyi | Düşük gelirli | 31 | 9 |
| | Orta gelirli | 317 | 89 |
| | Yüksek gelirli | 7 | 2 |
| Aile tutumu | Demokratik ve hoşgörülü | 200 | 56 |
| | Koruyucu ve denetleyici | 128 | 36 |
| | Tutarsız ve dengesiz | 12 | 3 |
| | Otoriter ve baskıcı | 15 | 4 |
| 18 yaşına kadar yaşadığınız yer | Köy | 44 | 12 |
| | Kasaba | 13 | 4 |
| | İlçe | 118 | 33 |
| | İl merkezi | 67 | 19 |
| | Büyükşehir | 113 | 32 |
| Üniversite eğitimi sırasında kalınan yer | Aile Yanında | 27 | 8 |
| | Yurtta | 229 | 65 |
| | Evde | 99 | 28 |
| Arkadaş ilişkileri | Olumlu ve sakin | 331 | 93 |
| | Sözel Tartışmalar | 24 | 7 |
| Öğrencilerin başarı durum algısı | Başarılı | 8 | 2 |
| | Orta seviyede | 254 | 72 |
| | Başarısız | 93 | 26 |
| Sağlık yönetimi bölümünü isteyerek mi tercih ettiği | Evet | 233 | 66 |
| | Hayır | 122 | 34 |
| Hali hazırda bir işte çalışma durumu | Çalışıyorum | 43 | 12 |
| | Çalışmıyorum | 312 | 88 |
| İletişimle ilgili ders ya da eğitim alma durumu | Evet | 55 | 15 |
| | Hayır | 300 | 85 |
| Toplam | | 355 | 100 |

Çalışmaya katılan 355 öğrencinin %73'ü kızlardan oluşmaktadır. Katılımcıların %31'i birinci sınıf, %24'ü ikinci sınıf, %20'si üçüncü sınıf, %25'i ise dördüncü sınıf öğrencilerden oluşmaktadır. Öğrencilerinin %45'inin anne eğitim düzeyleri ilkokul ve altı düzeydedir. Öğrencilerin baba eğitim düzeyleri %30'u ortaokul, %32'si lise düzeyindedir. %89'u aile ekonomik seviyelerini orta gelirli olarak belirtmiştir. % 56'sı ailelerinin tutumlarını demokratik ve hoşgörülü olarak değerlendirmiştir. %65'i üniversite eğitimi sırasında yurtta kalmaktadır. Öğrencilerin %93'ü arkadaşları ile ilişkilerini olumlu ve sakin olarak değerlendirmiştir. Öğrencilerin %72'si kendilerini orta seviyede başarılı olarak değerlendirmiştir. Öğrencilerin yalnızca %12'si bir işte çalışmaktadır. Öğrencilerin %66'sı sağlık yönetimi bölümünü isteyerek tercih ettiklerini belirtmiştir.

Öğrencilerin iletişim becerileri ölçeğinden ve alt boyutlarından elde ettikleri puanlar Tablo 2'de gösterilmektedir. Öğrencilerin iletişim beceriler ölçeğinden

minimum 123, maksimumum 217 puan aldıkları görülmektedir. Tüm öğrencilerin ölçekten aldıkları toplam puan ortalaması ise 173,12dir. Buna göre öğrencilerin iletişim beceri düzeylerine ilişkin görüşlerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Ayrıca ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında davranışsal iletişim beceri puan ortalamasının diğer boyut ortalamalarından yüksek olduğu görülmektedir.

**Tablo 2**. İletişim Becerileri Ölçeğinin Alt Boyut ve Toplam Puanı

| | **Ortalama± Standart Sapma** | **Minimum Puan** | **Maksimum Puan** |
|---|---|---|---|
| Toplam Puan | 173,1±18,8 | 123 | 217 |
| Zihinsel Beceriler | 57,2±6,5 | 38 | 72 |
| Duygusal Beceriler | 57,1±7,4 | 32 | 73 |
| Davranışsal Beceriler | 58,8±6,8 | 36 | 75 |

Öğrencilerin incelenen özelliklerine göre iletişim beceri ölçeği ve alt boyutlarından elde ettikleri puan karşılaştırmaları Tablo 3'te verilmiştir.

**Tablo 3.** Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Özellikler ile İletişim Beceri Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

| **Değişken** | | **Zihinsel Beceriler** | **Duygusal Beceriler** | **Davranışsal Beceriler** | **Toplam Puan** |
|---|---|---|---|---|---|
| Cinsiyet | Kadın (n=258) | 58,0±6,7 | 58,1±7,1 | 59,5±6,7 | 175,6±18,8 |
| | Erkek (n=97) | 55,2±5,3 | 54,2±7,4 | 57,1±7,0 | 166,6±17,3 |
| | p | **0.000** | **0.000** | **0.003** | **0.000** |
| | Z/t | Z: -3,749 | t: 4,539 | t: 2,97 | t: 4,114 |
| Program türü | 1. Öğretim (n=190) | 57±6,2 | 57,1±7,0 | 58,5±6,8 | 172,5±18,0 |
| | 2. Öğretim (n=165) | 57,5±6,8 | 57±7,8 | 59,2±6,9 | 173,8±19,8 |
| | p | 0.427 | 0.961 | 0.317 | 0.536 |
| | t | t: -0,795 | t: 0,48 | t: -1,001 | t: -0,619 |
| Sınıf düzeyi | 1. Sınıf (n=110) | 59,7±5,9 | 59,5±6,4 | 61,1±6,1 | 180,3±16,5 |
| | 2. Sınıf (n=86) | 56,1±5,9 | 57,0±6,8 | 58,6±6,8 | 171,8±18,2 |
| | 3. Sınıf (n=70) | 56,8±6,5 | 55,8±7,4 | 57,7±6,9 | 170,3±19,9 |
| | 4. Sınıf (n=89) | 55,7±6,5 | 55,0±7,4 | 57,1±7,1 | 167,7±18,8 |
| | p | **0.000** | **0.000** | **0.000** | **0.000** |
| | F | F: 8,352 | F: 7,380 | F: 7,020 | F: 9,013 |
| Anne eğitim düzeyi | Okuryazar değil (n=18) | 59,0±6,0 | 59,8±6,7 | 60,7±5,6 | 179,5±17,0 |
| | İlkokul (n=١٤١) | 56,9±6,8 | 57,0±7,5 | 58,8±6,7 | 172,7±19,1 |
| | Ortaokul (n=92) | 57,9±6,3 | 57,3±6,8 | 58,7±7,2 | 173,9±18,3 |
| | Lise (n=83) | 56,7±6,2 | 56,8±7,9 | 58,7±7,3 | 172,1±19,5 |
| | Lisans ve üstü (n=21) | 57,0±6,4 | 55,1±7,4 | 58,4±6,2 | 170,6±18,2 |
| | p | 0.535 | 0.397 | 0.827 | 0.579 |
| | F | F: 0,785 | F: 1,021 | F: 0,374 | F: 0,720 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Baba eğitim düzeyi | Okuryazar değil (n=0) | - | - | - | - |
| | İlkokul (n=١٠٣) | 57,1±6,0 | 56,7±7,4 | 58,8±6,2 | 172,6±17,7 |
| | Ortaokul (n=107) | 58,2±6,8 | 57,9±7,1 | 59,6±7,3 | 175,7±19,1 |
| | Lise (n=115) | 57,2±6,7 | 57,3±7,4 | 59,0±6,8 | 173,5±19,2 |
| | Lisans ve üstü (n=30) | 54,5±5,4 | 54,2±7,7 | 55,4±6,9 | 164,1±17,6 |
| | p | 0.053 | 0.093 | **0.032** | **0.029** |
| | F | F: 2,590 | F: 2,155 | F: 2,977 | F: 3,054 |
| Algılanan aile ekonomi düzeyi | Düşük gelirli (n=31) | 59,5±7,0 | 58,7±8,4 | 61,5±6,2 | 179,8±19,5 |
| | Orta gelirli (n=317) | 57,0±6,4 | 57,0±7,1 | 58,6±6,8 | 172,5±18,4 |
| | Yüksek gelirli (n=7) | 57,0±8,9 | 53,1±13,8 | 59,1±9,2 | 169,3±30,8 |
| | p | 0.121 | 0.240 | 0.067 | 0.061 |
| | F/ $x^2$ | F: 2,121 | $x^2$: 2,855 | F: 2,720 | $x^2$: 5,608 |
| Aile tutumu | Demokratik ve hoşgörülü (n=200) | 57,2±6,5 | 56,9±7,9 | 58,6±6,9 | 172,6±19,3 |
| | Koruyucu ve denetleyici (n=128) | 57,5±6,2 | 57,9±6,4 | 59,6±6,5 | 175,0±17,2 |
| | Tutarsız ve dengesiz (n=12) | 56,5±8,6 | 54,8±7,5 | 55,8±7,7 | 167,0±22,4 |
| | Otoriter ve baskıcı (n=15) | 56,5±7,5 | 54,3±7,6 | 58,2±8,7 | 169,1±21,7 |
| | p | 0.917 | 0.201 | 0.212 | 0.343 |
| | F/ $x^2$ | F: 0,169 | $x^2$: 4,633 | F: 1,507 | F: 1,115 |
| 18 yaşına kadar yaşadığınız yer | Köy (n=44) | 54,6±6,1 | 55,3±7,7 | 56,3±6,3 | 166,2±18,0 |
| | Kasaba (n=13) | 59,2±4,4 | 57,3±5,4 | 60,6±6,3 | 177,1±13,6 |
| | İlçe (n=١١٨) | 57,3±6,6 | 57,4±7,8 | 59,0±6,5 | 173,8±19,1 |
| | İl merkezi (n=٦٧) | 57,8±6,0 | 57,6±6,0 | 58,9±7,3 | 174,4±17,4 |
| | Büyükşehir (n=113) | 57,6±6,7 | 57,0±7,7 | 59,4±7,2 | 173,1±18,8 |
| | p | 0.058 | 0.500 | 0.112 | 0.128 |
| | F | F: 2,301 | F: 0,842 | F: 1,887 | F: 1,799 |
| Üniversite eğitimi sırasında kalınan yer | Aile yanında (n=27) | 59,4±5,6 | 58,3±7,5 | 60,4±7,2 | 178,1±19,0 |
| | Yurtta (n=229) | 57,7±6,7 | 57,7±7,3 | 59,5±6,4 | 174,9±18,5 |
| | Evde (n=99) | 55,6±5,9 | 55,2±7,4 | 56,9±7,3 | 167,7±18,8 |
| | p | **0.040** | 0.120 | **0.040** | **0.020** |
| | F | F: 5,528 | F: 4,514 | F: 5,569 | F: 6,221 |
| Arkadaş ilişkileri | Olumlu ve sakin (n=331) | 57,6±6,3 | 57,5±7,1 | 59,2±6,7 | 174,3±18,2 |
| | Sözel tartışmalar (n=24) | 52,0±6,6 | 50,3±8,0 | 54,0±6,7 | 156,4±19,0 |
| | p | **0.000** | **0.000** | **0.000** | **0.000** |
| | t | t:4,158 | t: 4,785 | t: 3,611 | t: 4,647 |
| Öğrencilerin başarı durum algısı | Başarılı (n=8) | 54,5±6,6 | 52,1±9,7 | 56,5±7,1 | 163,1±19,9 |
| | Orta seviyede (n=254) | 57,1±6,5 | 56,9±6,7 | 58,5±6,6 | 172,4±17,9 |
| | Başarısız (n=93) | 57,8±6,5 | 58,0±8,8 | 60,0±7,4 | 175,8±20,7 |
| | p | 0.310 | 0.055 | 0.068 | 0.103 |
| | F/$x^2$ | F: 1,174 | $x^2$: 5,804 | F: 2,703 | F: 2,286 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Sağlık yönetimi bölümünü isteyerek mi tercih ettiği | Evet (n=233) | 58±6,5 | 57,7±7,5 | 59,4±7,0 | 175,2±19,1 |
| | Hayır (n=122) | 55,6±6,1 | 55,6±7,0 | 57,6±7,0 | 168,7±17,4 |
| | p | **0.029** | 0,565 | 0.104 | 0,125 |
| | t | t: 2,194 | Z: -0,576 | t: 1,631 | t: 1,539 |
| Halihazırda bir işte çalışma durumu | Çalışıyorum (n=٤٣) | 58,1±6,8 | 57,6±8,4 | 59,5±8,3 | 175,2±21,8 |
| | Çalışmıyorum (n=٣١٢) | 57,1±6,4 | 57,0±7,3 | 58,7±6,6 | 172,8±18,4 |
| | p | 0.329 | 0.796 | 0.556 | 0.523 |
| | t/Z | t: 0,978 | Z: -0,259 | Z: -0,639 | Z: -0,588 |
| İletişimle ilgili ders ya da eğitim alma durumu | Evet (n=55) | 57,7±7,1 | 56,5±8,1 | 59,1±7,4 | 173,2±21,3 |
| | Hayır (n=300) | 57,2±6,4 | 57,2±7,2 | 58,8±6,7 | 173,1±18,4 |
| | p | 0.601 | 0.542 | 0.779 | 0.966 |
| | t | t: 0,523 | t: -0,611 | t: 0,281 | t: 0,043 |

Cinsiyete göre yapılan karşılaştırmada kız öğrenciler ile erkek öğrenciler arasında toplam puan ve alt boyut puanlarının hepsinde anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Buna göre kız öğrencilerin toplam, zihinsel, duygusal ve davranışsal iletişim puanları erkek öğrencilerden anlamlı olarak yüksektir.

Sınıf düzeyine göre yapılan karşılaştırmada toplam puan ve alt boyut puanlarının hepsinde anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Farklılığın hangi kategoriden kaynakladığını anlamak için yapılan LSD testinde birinci sınıf öğrencileri puanlarının diğer sınıf düzey puanlarından anlamlı olarak farklılaştığı tespit edilmiştir. Buna göre birinci sınıf öğrencilerin toplam, zihinsel, duygusal ve davranışsal iletişim beceri puanları diğer sınıf düzeyindeki öğrencilerden anlamlı olarak daha yüksektir.

Yapılan karşılaştırmalarda program türüne, algılanan aile ekonomik düzeyine, aile tutumuna, hali hazırda bir işte çalışıp çalışmama durumuna, iletişim ile ilgili ders alıp alamama durumuna, öğrencilerin başarı düzey durumlarına ve 18 yaşına kadar yaşamını sürdürdüğü yere göre toplam puan ve alt boyutlardan aldıkları puanlarda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Anne eğitim düzeyine göre yapılan karşılaştırmada anlamlı bir farklılık bulunmazken, baba eğitim düzeyine göre yapılan karşılaştırmada toplam puanda ve davranışsal beceri puanında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($p<0,05$). Bu farklılığın babaları lisans ve üstü eğitim seviyesinde olan öğrencilerden kaynaklandığı bulunmuştur. Buna göre babaları lisans ve üstü seviyede eğitim almış öğrencilerin iletişim beceri toplam puanı ve davranışsal iletişim beceri puanları babalarının eğitim seviyesi ilkokul, ortaokul ve lise olan öğrencilerinden anlamlı olarak düşük çıkmıştır.

Üniversite eğitimi sırasında kalınan yere göre yapılan karşılaştırmada, toplam puan, zihinsel beceri puanı ve davranışsal beceri puanında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Farklılığın üniversite eğitimi sırasında ailesi yanında kalan öğrencilerden kaynaklandığı bulunmuştur. Buna göre üniversite eğitimi sırasında ailesi yanında kalan öğrencilerin iletişim becerileri toplam puanı, zihinsel ve davranışsal iletişim beceri puanları evde ve yurtta kalan öğrencilerden anlamlı olarak yüksek çıkmıştır.

Arkadaşları ile olan ilişkilerine göre yapılan karşılaştırmada da anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Buna göre arkadaşları ile olan ilişkilerini genellikle olumlu ve sakin olarak belirten öğrencilerin toplam iletişim beceri puanı ile alt boyutların hepsinden aldıkları puanlar arkadaşlarıyla genellikle sözel tartışma yaşadıklarını belirten öğrencilerden anlamlı olarak yüksek çıkmıştır.

Okudukları bölümü (sağlık yönetimi bölümü) isteyerek tercih edip etmeme durumuna göre yapılan karşılaştırmada yalnızca zihinsel beceri puanında anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Buna göre bölümü isteyerek tercih ettiklerini belirten öğrencilerin zihinsel iletişim beceri puanı istemeyerek tercih ettiklerini belirten öğrencilerden anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır.

## 4. Tartışma ve Sonuç

Bu çalışmada bir devlet üniversitesinde, sağlık yönetimi bölümünde öğrenim gören öğrencilerin iletişim beceri düzeylerinin tespit edilmesi ve iletişim beceri düzeylerini etkileyen özelliklerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmada kullanılan ölçeğin Cronbach katsayısı 0,887 bulunmuştur. Ölçekten toplamda alınabilecek puan minimum 45, maksimum 225'tir. Bu çalışmada öğrencilerin ölçekten aldığı toplam puan 173,12'dir. Bu değer ortalama değerin üzerinde olduğu için olumlu olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte öğrencilerin ölçekten aldığı en düşük değer 123 iken en yüksek değer 217'dir. Ölçek üç alt boyuttan oluşmakta ve her bir alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 15, en yüksek puan 75'tir. Öğrencilerin ölçeğin zihinsel, duygusal ve davranışlar alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ise sırası ile 57,2; 57,1; 58,8 değerindedir. Bu değerlerinde birbirine yakın ve ortalama değerin üzerinde olduğu görülmektedir. Bu çalışmada Ersanlı ve Balcı (1998) tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır. Aynı ölçek kullanılarak yapılan çeşitli çalışmalar incelendiğinde, Kahyaoğlu Süt vd. (2015) tarafından klinik uygulamaya çıkan hemşirelik bölümü öğrencileri ile yapılan çalışmada iletişim becerileri (İB) toplam puan ortalamaları 168 iken alt boyutlarda en yüksek puan zihinsel İB (59,1)'den en düşük puan ise duygusal İB (53) alt boyutundan alınmıştır. Erigüç vd. (2013) tarafından bir Meslek yüksekokulu öğrencileri ile gerçekleştirilen çalışmada genel puan ortalaması 166 bulunmuştur. Aynı çalışmada ölçeğin alt boyutlarından alınan puanlardan en yüksek puan davranışsal İB (57,61) boyutundan alınırken en düşük puan duygusal İB (53,41) boyutun-

dan alınmıştır. Şahin vd. (2015) tarafından hemşireler üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada ise İB toplam puan ortalamaları 192,69 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada İB alt boyutlarından en yüksek puan duygusal İB (65,54) boyutundan alınırken en düşük puan zihinsel İB (60,20) boyutundan alınmıştır. Toy (2007) tarafından hukuk ve mühendislik fakültesi öğrencilerinin iletişim becerilerinin karşılaştırıldığı çalışmada, hukuk fakültesi öğrencilerin İB puan ortalamaları 168,10 olup alt boyutlardan alınan puanlarda en yüksek puan davranış İB (57,49) den, en düşük puan duygusal İB (55,07) boyutundan alınmıştır. Mühendislik fakültesi öğrencilerinin ise genel puan ortalamaları 162,15 olup alt boyutlardan alınan puanlarda en yüksek puan davranışsal İB (55,06) boyutundan alınırken en düşük puan zihinsel İB (53,33) boyutundan alınmıştır. Yukarıda bahsedilen çalışma sonuçlarına genel olarak bakıldığında gerek toplam puanlarda gerek alt boyutlardan alınan puanlarda meslek gruplarına göre farklılıklar gözlenmekle birlikte tüm değerlerin orta düzey üzerinde olduğu görülmektedir.

Çalışmada iletişim beceri düzeyleri çeşitli sosyo demografik özelliklere göre incelendiğinde, anne eğitim düzeyi, algılanan aile ekonomi düzeyi, algılanan aile tutumu ve 18 yaşına kadar yaşanılan yer bakımından genel iletişim beceri puanında ve ölçeğin tüm alt boyutlarında anlamlı bir farklılık oluşmamıştır. Literatür incelemesi sonucu araştırmanın sonuçlarıyla hem benzerlik gösteren hem de farklılaşan çalışmaların olduğu tespit edilmiştir. Bu sebeple sonuçları genellemek doğru olmayacaktır. Ayrıca çalışmada program türüne (örgün, ikinci öğretim) göre ve hali hazırda bir işte çalışma durumuna göre de karşılaştırma yapılmış ve öğrencilerin iletişim beceri puanlarında program türüne ve bir işte çalışma durumuna göre de anlamlı bir farklılık oluşmamıştır. Fakat literatür taramasında aynı özellikle yapılan bir değerlendirmeye rastlanılmamıştır.

Çalışmada anne eğitim düzeyine göre öğrencilerin iletişim beceri puanlarında anlamlı bir farklılık oluşmamaktadır ($p>0,005$). Kahyaoğlu Süt vd. (2015) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin iletişim beceri düzeyinde annenin eğitim düzeyi anlamlı bir farklılık oluşturmamıştır. Elkin vd. (2016) tarafından sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinin iletişim becerilerinin değerlendirildiği çalışmada da benzer şekilde anne eğitim düzeyi açısından iletişim beceri puanlarında anlamlı bir farklılık oluşmamıştır. Farklı olarak Erigüç ve Eriş. (2013) tarafından yapılan çalışmada ise anne eğitim seviyesinin genel iletişim beceri puanında anlamlı bir farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir. Buna göre annesi ilkokul mezunu olan öğrencilerin genel iletişim beceri puanları annesi lise ve üzeri mezun olan öğrencilerden daha yüksek çıkmıştır.

Çalışmada algılanan aile ekonomi düzeyine göre öğrencilerin iletişim beceri düzeyinde anlamlı bir farklılık oluşmamaktadır ($p>0,005$). Erigüç vd. (2013) tarafından yapılan meslek yüksekokulu öğrencileri ile yürütülen çalışmada algılanan ekonomik durumuna göre öğrencilerin iletişim beceri puanları anlamlı olarak farklılaşmamaktadır. Farklı olarak Yılmaz (2007) tarafından eğitim fakül-

tesi öğrencileri ile yürütülen çalışmada algılanan ekonomik düzeye göre ölçeğin alt boyutlarından duygusal İB puanları anlamlı olarak farklılaşmıştır. Buna göre öğrencilerden ekonomik düzeylerini düşük olarak değerlendirenlerin duygusal İB puanları, ekonomik düzeyini orta ve yüksek olarak değerlendirenlerden daha yüksek çıkmıştır.

Çalışmada algılanan aile tutuma göre genel iletişim beceri puanlarında anlamlı bir farklılık oluşmamıştır (p>0,005). Erigüç vd. (2013) tarafından yapılan çalışmada meslek yüksekokulu öğrencilerinin de benzer şekilde algıladıkları aile tutumlarına göre iletişim beceri puanlarında anlamlı bir farklılık oluşmamıştır. Farklı olarak Yılmaz (2007) tarafından eğitim fakültesi öğrencileri ile yürütülen çalışmada ölçeğin alt boyutlarında davranışsal İB puanlarında anlamlı bir farklılık oluşmuştur. Buna göre aile tutumlarını demokratik olarak değerlendiren öğrencilerin davranışsal İB puanları, aile tutumunu otoriter, ilgisiz, koruyucu, tutarsız olarak değerlendiren öğrencilerden anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır.

Çalışmada 18 yaşına kadar yaşanılan göre yapılan karşılaştırmada öğrencilerin iletişim beceri puanlarında anlamlı bir farklılık oluşmamıştır (p>0,005). Kahyaoğlu Süt vd. (2015) tarafından hemşireler ile yürütülen çalışmada da benzer şekilde yaşanılan yere göre iletişim beceri puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Acar (2009) tarafından öğretmen adayları ile yürütülen çalışmada da benzer şekilde ailenin ikamet ettiği yere göre iletişim beceri puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Araştırma sonuçlarından farklı olarak Erigüç ve Eriş (2013) üniversite öğrencileri ile yürütülen çalışmada ailenin ikamet ettiği yere göre yalnızca davranışsal İB puanında anlamlı bir farklılık oluşmuştur. Buna göre ailesi büyükşehirde ikamet eden öğrencilerin davranışsal İB puanları diğer öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmada iletişim ile ilgili ders ya da eğitim alma duruma göre yapılan karşılaştırmada beklenmedik bir şekilde öğrencilerin iletişim beceri puanlarında anlamlı bir farklılık oluşmamıştır (p>0,005). Elkin vd. (2016) tarafından sağlık yüksekokulu öğrencileri ile yürütülen çalışmada ise iletişimle ilgili ders alma durumuna göre öğrencilerin davranışsal İB puanlarının anlamlı olarak farklılaştığı tespit edilmiştir. Buna göre iletşim dersi alan öğrencilerin davranışsal İB puanları ders almayan öğrencilerden daha yüksek çıkmıştır.

Çalışmada baba eğitim düzeyine göre yapılan karşılaştırmada öğrencilerin genel iletişim beceri ve davranışsal İB puanlarında anlamlı bir farklılık oluşmuştur (p<0,05). Buna göre babaları lisanüstü seviyede eğitim alan öğrencilerin genel iletişim beceri ve davranışsal iletişim beceri puanları diğer öğrencilere göre anlamlı olarak daha düşük çıkmıştır. Türkmen vd. (2017) tarafından sağlık yüksekokulu öğrencileri ile yürütülen çalışmada baba eğitim düzeyine göre öğrencilerin iletişim beceri puanlarında herhangi bir farklılık oluşmamıştır. Kahyaoğlu Süt vd.

(2015) tarafından hemşirelik bölümü öğrencileri ile yürütülen çalışmada da baba eğitim düzeyine göre yapılan karşılaştırmada iletişim beceri puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışmada üniversite eğitimi sırasında kalınan yere göre yapılan karşılaştırma sonucunda öğrencilerin genel iletişim beceri puanında ve zihinsel ve davranışsal İB puanlarında anlamlı bir farklılık oluşmuştur ($p<0,05$). Bu farklılığın ise ailesiyle yaşayan öğrencilerden kaynaklandığı tespit edilmiştir. Buna göre ailesiyle kalan öğrencilerin toplam, zihinsel ve davranışsal İB puanları anlamlı olarak diğer öğrencilerden (yurtta, evde kalan) anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Elkin vd. (2016) tarafından sağlık bilimleri yüksekokulu öğrencileri ile yürütülen çalışmada ise kalınan yere göre yapılan karşılaştırmada öğrencilerin iletişim beceri puanlarında anlamlı bir farklılık oluşmamıştır. Türkmen vd. (2017)'nin sağlık yüksekokulu öğrencileri ile gerçekleştirdikleri çalışmada ise öğrencilerin kaldıkları yere göre zihinsel ve duygusal İB puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Buna göre aile, akraba veya arkadaş ile kalanların zihinsel ve duygusal İB puanları, yurtta, evde veya tek başına kalanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmada arkadaş ilişkilerine göre yapılan karşılaştırmada öğrencilerin toplam iletişim beceri ve tüm alt boyut puanları anlamlı olarak farklılaşmaktadır ($p<0,05$). Buna göre arkadaş ilişkilerini olumlu ve sakin olarak değerlendiren öğrencilerin bahsedilen puanları sözel tartışma yaşadıklarını belirten öğrencilerden anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Acar (2009) tarafından öğretmen adayları ile yürütülen çalışmada arkadaş ilişkilerine göre yapılan karşılaştırmada duygusal İB puanı hariç diğer boyutlarda ve toplam puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre arkadaş ilişiklerini olumlu sakin olarak değerlendiren katılımcıların bahsedilen puanları diğerlerinden anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Araştırma sonuçlarından farklı olarak Erigüç ve Eriş. (2013) tarafından üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada ise arkadaş ilişkilerine göre iletişim beceri puanlarında anlamlı bir farklılık oluşmamıştır.

Çalışmada cinsiyete göre yapılan karşılaştırmada öğrencilerin iletişim beceri puanı ve alt boyutlardan aldıkları puanlarda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre kız öğrencilerin iletişim beceri puan ortalamaları, erkek öğrencilerden daha yüksek çıkmıştır. Elkin vd. (2016) tarafından yapılan çalışmada ise cinsiyete göre yalnızca davranışsal İB puanında anlamlı bir farklılık oluşmuş ve kız öğrencilerin davranışsal İB puanı erkek öğrencilerden daha yüksek çıkmıştır. Irak vd. (2017) tarafından yapılan çalışmada ise cinsiyete göre iletişim beceri puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışmada öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıf düzeyine göre yapılan karşılaştırmada toplam ve tüm alt boyut puanlarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Buna göre birinci sınıfta okuyan öğrencilerin tüm iletişim beceri pu-

anları diğer öğrencilerden daha yüksek çıkmıştır. Türkmen vd. (2017) tarafından sağlık yüksekokulu öğrencileri ile yapılan çalışmada sınıf düzeyine göre yapılan karşılaştırmada anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna göre 4. sınıf öğrencilerin iletişim beceri puanları diğer öğrencilerden daha yüksek çıkmıştır. Kahyaoğlu Süt vd. (2015) tarafından hemşirelik bölümü öğrencileri ile yürütülen çalışmada ise sınıf düzeyine göre iletişim beceri puanlarında anlamlı bir farklılık oluşmamıştır.

Çalışmada bölümü isteyerek tercih edip etmeme durumuna göre yapılan karşılaştırmada yalnızca zihinsel İB puanında anlamlı bir farklılık oluşmuştur. Buna göre bölümü isteyerek tercih ettiklerini belirten öğrencilerin puanları daha yüksektir. Bu sonuca göre öğrencilerin çalışmaktan memnun duyacakları bölümleri tercih ederek okumaları önemlidir.

Çalışma sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde bölüm öğrencilerinin iletişim beceri puanlarının ortalama değer üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte kız öğrencilerin, birinci sınıf düzeyindeki öğrencilerin, arkadaşlarıyla olan ilişkilerini olumlu ve sakin olarak değerlendirenlerin toplam iletişim beceri puanları ile ölçek alt boyutların tümünden aldıkları puanlar anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Ayrıca bölümü isteyerek tercih ettiklerini belirten öğrencilerin zihinsel İB puanlarının diğerlerinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Babası lisans ve üstü eğitim seviyesine sahip olan öğrencilerin toplam iletişim beceri puanı ile davranışsal İB puanı diğerlerinden anlamlı olarak düşük çıkmıştır. Üniversite eğitimi sırasında ailesiyle beraber kalan öğrencilerin ise zihinsel, davranışsal İB puanı ile toplam iletişim beceri puanı diğerlerinden anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Bu çalışmada iletişim dersi alan öğrencilerin (55 öğrenci) puanlarının anlamlı olarak farklılaşmaması beklenmedik bir sonuçtur. Bu noktada sağlık yönetimi bölümü gibi mezunlarının hizmet sektöründe veya iletişim ağının yoğun olduğu sektörlerde çalışacakların, iletişim ile ilgili derslerin müfredat programlarına zorunlu ders olarak eklenmesi, iletişim ders içeriklerinin gereksinim ve günün koşullarına göre güncellenmesi önerilebilir. Dijitalleşme ile çeşitlenen iletişim ortamları ve araçlarının farkındalığı ve kullanımı konusunda öğrenciler bilgilendirip teşvik edilebilir. Öğrencilerin iletişim becerilerini öğrenmesi, kazanması veya geliştirmesi için üniversite içi veya dışında gerçekleştirilen eğitimlere daha fazla katılması noktasında desteklenebilirler. Bu çalışmanın yalnızca bir devlet üniversitesinde öğrenim gören sağlık yönetimi öğrencileri ile gerçekleştirilmesi tüm sağlık yönetimi bölümü öğrencilerine genelleme yapılmasında sınırlılık oluşturmaktadır. Bu konu ile ilgili gelecekteki çalışmaların farklı bölge ve üniversite öğrencilerinin de dâhil edilerek ve diğer çalışma metotları ile de desteklenerek çalışılması önerilmektedir.

## Kaynakça


Acar V. (2009) Öğretmen Adaylarının İletişim Becerileri. Yüksek Lisans Tezi, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Burdur.

Buzlu S., Küçük L. İletişim ve İletişim Becerileri. Sağlık Kurumlarında İletişim İstanbul; İstanbul Üniversitesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu, 2006.

Deniz İ. (2003) İletişim Becerileri Eğitiminin İlköğretim 8. Sınıf Öğrencilerinin İletişim Becerisi Düzeylerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Elkin, N., Karadağlı, F., Barut, Y. (2016). Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Öğrencilerinin İletişim Becerileri Düzeyleri ve İlişkili Değişkenlerin Belirlenmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(2), 70-80.

Erigüç G., Eriş H. (2013) Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin İletişim Becerileri: Harran Üniversitesi Örneği. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 12(46):232-254

Erigüç, G., Şener, T., Eriş H. (2013). İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi: Bir Meslek Yüksekokulu Öğrencileri Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 16(1), 45-65.

Ersanlı K., Balcı S. (1998) İletişim Becerileri Envanterinin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2(10):7

Irak H., Taşcıoğlu, R., Dal, M., Tunç, Y. (2017). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin İletişim Becerileri: Iğdır Üniversitesi Örneği. Atatürk İletişim Dergisi, (14), 187-202.

Johnson, D. W. (1972). Reaching Out: Interpersonal Effectiveness and Self-Actualization.

Süt, H. K., Demir, N. G., Özer, B., (2015). Klinik Uygulamaya Çıkan Öğrenci Hemşirelerin İletişim Becerileri ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2(2), 167-177.

Şahin, Z. A., Özdemir, F. K. (2015). Hemşirelerin İletişim ve Empati Beceri Düzeylerinin Belirlenmesi. Jaren, 1(1), 1-7.

Toy S. (2007) Mühendislik ve Hukuk Fakülteleri Öğrencilerinin İletişim Becerileri Açısından Karşılaştırılması ve İletişim Becerileriyle Bazı Değişkenler Arasındaki İlişkiler. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Türk Dil Kurumu 2019. Erişim adresi:www.tdk.gov.tr Erş. Tarihi:05.27.2019

Türkmen, S., Bayraktar, T., Arslan, G. (2017). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Zor Hasta Algısı ve İletişim Becerilerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4(1), 27-38.

Üstün B. Çünkü iletişim Çok Şeyi Değiştirir. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 2: 88-94.

Yılmaz B. (2007) Üniversite Öğrencilerinin Kişilerarası İletişim Becerileri ve Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Muğla.

# TÜRKİYE'DEKİ TERMAL KAPLICA TESİSLERİNİN WEB SAYFALARININ İŞLETME VE SAĞLIK TEMASI BAKIMINDAN İÇERİK ANALİZİ İLE İNCELENMESİ

Tezcan Şahin [1], Saffet Ocak [2], Şükran Karakaş [3]

***Özet***

*Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de faaliyet gösteren termal kaplıca tesislerinin web sayfalarını işletme ve sağlık teması bakımından içerik analizi ile incelemektir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı tarafından İzinli Kaplıca Tesisleri listesinden yararlanılarak toplam 244 tesis ismi incelenmiş ve bu tesislerden sadece 148 (%60,65) tanesinin web sayfasının olduğu; bunlar işletme teması bakımından incelendiğinde %50'den fazlasının 30 kriterden 15 ve üzeri kriteri web sayfalarında açıkladığı; sağlık teması bakımından incelendiğinde ise %50'den fazlasının web sayfasında 14 kriterden 3 ve altı kriteri olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada hem işletme hem de sağlık teması kapsamında inceleme yapılarak literatürdeki önemli bir boşluğun doldurulduğu düşünülmektedir. Ayrıca elde edilen sonuçlarla mevcut durum tespiti yapılmış ve hem Sağlık hem de Kültür ve Turizm Bakanlıkları tarafından yürütülen çalışmalara veri olarak kullanabilecekleri bilgi üretilmiş ve bu konuda gelişmeye katkı sağlayabilecek öneriler sunulmuştur.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Termal Turizm, Kaplıca, Web Sayfası, Sağlık, İşletme*

# INVESTIGATION OF WEBSITES OF THERMAL SPA FACILITIES IN TURKEY WITH CONTENT ANALYSIS IN TERMS OF BUSINESS AND HEALTH THEME

***Abstract***

*The aim of this study is to analyze the websites of thermal facilities operating in Turkey with content analysis in terms of business and health themes. In this context, total of 244 facility names were examined by using the List of Permitted*

1 Dr. Öğr. Üyesi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, tezcankasmer@mu.edu.tr

2 Doç. Dr., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, saffetocak@mu.edu.tr

3 Yüksek Lisans Öğrencisi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, karakasukran@gmail.com

*Spa Facilities by the Ministry of Health, and 148 of these facilities have websites; when these are examined in terms of business theme, more than 50% of them explain 15; when examined in terms of health theme, it was determined that more than 50% of them had 3 criteria on their websites. In this study, it is thought that an important gap in the literature has been filled by examining both themes. The current situation has been determined with results obtained, and information that can be used as data for the studies carried out by both the Ministries of Health and Culture Tourism has been produced and suggestions that can contribute to development in this regard have been presented.*

***Key Words:*** *Thermal Tourism, Spa, Web Site, Health, Business*

## 1. Giriş

Genel olarak turizm ve sağlık turizmin bir türü olan termal turizm, milli gelirin artması, iş ve istihdam imkânları yaratması ve diğer birçok ulusal düzeyde katkıları nedeniyle ülke politikalarının belirlenmesine önemli bir yer almaktadır. Bu nedenle turizm, birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'nin gündeminde çok önemli bir sosyoekonomik konu olarak değerlendirilmektedir (Özbek, 2021). Termal turizm konusunda dünyada olduğu gibi Türkiye'de de çok fazla hizmet sunan tesis bulunmaktadır. Türkiye, jeotermal kaynaklar açısından Dünyada ilk yedi ülke arasında yer alırken, Avrupa'da kaynak potansiyeli açısından birinci, kaplıca uygulamaları konusunda ise üçüncü sıradadır (Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, 2021a).

Türkiye'deki termal otellerden 2020 yılında 130598 yerli, 940220 yabancı olmak üzere toplam 1070818 kişi hizmet almıştır. Nitekim termal turizmin geliştirilmesi yönünde Kültür ve Turizm Bakanlığı tarafından 2007 yılı içerisinde hazırlanan ve 2007-2023 yıllarını kapsayan Türkiye Turizm Stratejisi ve Termal Turizm Master Planı kapsamında çalışmalar yürütülmeye devam etmektedir. Bu çalışmalar, ülke turizm gelirlerinin arttırılmasının yanında bölgesel gelişmeye de destek olunması açısından ele alınmakta, ülke genelinde turizmin çeşitlendirilmesi kapsamında yürütülen projeler arasında önemli bir yer tutmaktadır. Bu proje çalışmaları ile yenilenebilir olan jeotermal kaynakların daha etkin ve verimli kullanmasına yönelik olarak geleneksel kaplıca kullanımından farklı bir anlayış ve yaklaşım geliştirilmeye çalışılmaktadır (Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, 2021b).

Sağlık turizminin önemli boyutlarından biri olan termal turizm, günümüzde sıklıkla tercih edilen alternatif bir sağlık hizmeti olarak değerlendirilmektedir. Karar vericilerin özellikle gelişen teknoloji ve internet ağları aracılığı ile web tabanlı bilgileri inceleyerek değerlendirme yaptıklarını ortaya koyan çeşitli araştırmalar mevcuttur. Kişiler, seyahat olanaklarının artması ve kolaylaşması nedeniyle sadece kendi ülkelerindekileri değil diğer ülkelerdeki olanakları da değerlendirebilme

olanağına sahiplerdir. Bu nedenle dünyadaki her birey, termal turizm talebi konusunda bir potansiyel olarak düşünülebilir. Bu bakış açısıyla irdelendiğinde termal tesislerin web sayfalarının bazı bilgileri içermesinin gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Her ne kadar politikalar aracılığı ile termal turizm konusunda destekleyici faaliyetler yürütülüyor olsa dahi bu konuda işletmelerin gerçekleştirdiği faaliyetler de bir o kadar mühimdir. Termal turizm konusunda önemli bir stratejik avantaja sahip olan ülkemizde bu durumun işletmeler tarafından da olumlu bir biçimde kullanılması potansiyel yararın gerçekleşen yarara dönüşmesini sağlayacaktır. Literatürde termal otellerin web sayfalarının incelenmesine yönelik çalışmalar bulunmasına rağmen genellikle işletme bilgileri bakımından incelemelerin yapıldığı, sağlık temasının ise eksik kaldığı tespit edilmiştir.

Bu çalışmanın temel sorunsalı, termal otellerin işletmecilik boyutu ile birlikte sağlık hizmeti vermesi nedeniyle bu iki kategoride kişileri ikna edici bilgiler sunarak etkileyebilecekleri bir alan olan web sayfalarını ne kadar iyi tasarlayabildiklerini irdelemektir. Bu kapsamda satın alma kararında genellikle ilk temas noktası olarak önem arz eden termal otellerin web sayfaları işletme ve sağlık temaları bakımından içerik analizi ile incelenecek ve durum tespiti yapılarak önerilerde bulunulacaktır.

### 1.1. Kavramsal Çerçeve

Termal turizm, "Termomineral su banyosu, içme, inhalasyon, çamur banyosu gibi çeşitli türdeki yöntemlerin yanında iklim kürü, fizik tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, psikoterapi, diyet gibi destek tedavilerinin birleştirilmesi ile yapılan kür (tedavi) uygulamalarının yanı sıra termal suların eğlence ve rekreasyon amaçlı kullanımı ile meydana gelen turizm türüdür" (Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, 2021c). Termal turizmin özelliklerini şu şekilde sıralamak mümkündür (Göçmen, 2008):

- Termal turizm müşterilerini genellikle üçüncü yaş grubundaki kişiler oluşturmaktadır.
- Bireylerin turizme kendiliğinden katılması zor olduğu için işletmeler bu katılmayı sağlamakta veya yardımcı olmaktadır.
- Termal turizm, tıp mensuplarını ilgilendirmesi ve turizm olayını da içinde barındırması nedeni ile kendine özgü bir turizm türüdür.
- Termal turizm hem tedavi hem de konaklama amaçlı bir turizm faaliyeti olması nedeni ile tüm yıl boyu süren bir olaydır.

- Termal turizmin sağlık sağlama özelliğinin yanında ekonomik olma özelliği de bulunmaktadır. Yani termal sulardan ticari amaçlarla yararlanabilme olanağı söz konusudur.

- Termal turizm sadece hastalara değil; sağlıklı insanlara da hitap etmektedir.

Tüm bu özellikleri nedeni ile insanların termal turizm hareketine katılması için pazarlama yönetimi konusunda yeni gelişmelerin takip edilmesine ve kişilerin nasıl etkilenebileceği konusunda değerlendirmeler yapılmasına ihtiyaç vardır. İnternetin bütün dünyada hızlı yayılması ve web 2.0 döneminin başlaması, sosyal medya kullanım oranını arttırmış ve sağlıkta iletişim konusunda sosyal medya ve internet kullanımı oldukça yaygın hale gelmiştir (Mesci ve Sağlık, 2020). Sağlık turizmi de dijital iletişimin etkili şekilde kullanılması gereken en önemli alanlardan birisidir. Bulundukları yer dışında sağlık hizmeti alacak kişiler, her şeyden önce gidecekleri yer hakkında detaylı bilgiye sahip olmak isteyeceklerdir (Altıntaş ve Öksüz, 2016). Bu nedenle sağlık turizmi pazarlamacılarının odaklanması gereken noktalar; kişilerin hastalıklarından ziyade sundukları hizmet, hizmetin kalitesi, hizmetin hızı ve söz konusu hizmetin hastanın yararına olması ve bundan fayda sağlamasıyla ilgilidir. Bunun için sağlık turizmi hizmetleri işletmelerinin, tüm pazarlarda ve dijital pazarlarda hizmeti alan kişinin uzun vadede elde ettiği kazanç ve faydaları göz önünde bulundurmak zorundadır (Kılıçarslan, 2019).

Günümüzde sağlık turizmi işletmelerinin web sitelerini bilgilendirme amacının yanı sıra pazarlama ve doğrudan dağıtım aracı olarak kullanması giderek yaygın hale gelmiştir. Bilgi teknolojilerinin tüketicilere sunduğu fırsatlarla bilgiye erişim ve kıyaslama olanağı arttığından, turistler için bilgi ve tatil planı arayışları zenginleşmiştir. Sağlık turizmi işletmeleri de etkili web siteleri geliştirmenin rekabet yeteneği açısından önemini kavramışlardır (Ateş ve Boz, 2015). Kılıçarslan (2019)'ın yaptığı araştırmaya göre de sağlık turizmi kuruluşları değişen sektörde varlığını sürdürmek için dijitalleşme pazarlamasına ayak uydurmuşlardır.

Dijitalleşme sürecinde birçok işletmenin yaptığı gibi termal otellerin de ilk gerçekleştirdiği uygulamalardan biri web sayfası tasarımı olmuştur. Ancak buradaki temel sorun web sayfalarının müşterilerin ihtiyaç duyduğu bilgileri içerip içermemesidir. Bu konuda yapılmış bazı araştırmalara aşağıda yer verilmiştir.

Kuzu (2010)'nun gerçekleştirdiği çalışmada Türkiye'de yer alan 4 ve 5 yıldızlı 910 otel işletmesinden termal hizmeti veren 35 tanesinin web siteleri incelenmiştir. Araştırmada termal otellerin müşterilerini etkilemek için web sitelerinde kullandığı özelliklerin tespit edilmesine yönelik içerik analizi yapılmış ve termal otellerin web sitesi girişlerinin incelenmesi sonucunda tasarımda ön plana çıkan unsurların otel adı, otel logosu, otelin yıldız sayısı ve dil seçenekleri olduğu görülmüştür. Web sitesindeki ana sayfa tasarımında ise site girişlerinde ön plana çıkan unsurların yanı sıra online rezervasyon, görsellerin kullanıldığı linkler, haberler

ve duyurular, çeşitli görseller, iletişim bilgileri, genel bilgiler ve flashlara yaygın olarak yer verildiği tespit edilmiştir. Ceylan (2018), Türkiye'deki 82 termal tesisin web sayfasını içerik analizi ile incelemiştir. Literatürden elde edilen ve bir web sitesinde bulunması gereken kriterlere göre yapılan araştırmada termal otellerin etkin bir web tasarımına sahip olup olmadığı tespit edilmeye çalışılmıştır. Web sitelerinin ziyaretinden elde edilen bilgiler, içerik analizi ile incelenerek güçlü ve zayıf yönler ortaya konulmaya çalışılmıştır. Araştırma sonucunda, termal otellerin web sayfalarının tamamında, işletme logosu, otel hakkında kısa bilgi, otelin mülkiyet bilgisi, otele ulaşım bilgisi, dil seçeneği, fotoğraflı sunum ve foto galeri, otelin görüntüsü, hizmet verilen bölümler ve işletmenin misyon, vizyon ve amaçları bilgilerinin mevcut olduğu görülmüştür. Ayrıca termal oteller, promosyon bilgisi, işletmelerine ilişkin haberleri içeren basın bilgisi, akreditasyon bilgisi, online randevu, e-mail adresleri bilgisi, insan kaynakları linki, sosyal paylaşım sitesi linki, yerel saat bilgisi, son güncelleme tarihi, site içi arama motoru ve fiyat bilgilerine web sayfası içeriklerinde yeteri kadar yer verdikleri tespit edilmiştir. Fakat Ateş ve Boz (2015), Çanakkale'de faaliyet gösteren sağlık turizmi işletmelerinden 3, 4 ve 5 yıldızlı otel işletmelerinin web sitelerinin erişilebilirlik ve kullanım açısından değerlendirilmesini amaçlayan çalışmalarında, otel işletmelerinin kendi web sitelerini oluşturdukları, ancak web sitelerini yeterince etkin ve etkileşimli olarak kullanmadıkları, gerekli güncellemeleri yapmadıkları tespit edilmiştir. Cengiz ve Akkuş (2015) tarafından gerçekleştirilen araştırmada Erzurum ilindeki sağlık turizm işletmelerinin bilgi teknolojilerini hangi ölçüde kullandığı, var olan web sitelerinde hangi özelliklerin bulunduğu ve işletmenin türüne göre web site özelliklerinin değişiklik gösterip göstermediğinin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Araştırmada turizm ve hizmet sektöründe web sitelerin kullanımı ile ilgili oluşturulan Standart Web Site Değerlendirme Ölçeğinden yararlanılmıştır. Analiz sonucunda 107,54 puan alan Erzurum ili sağlık turizm işletmeleri web sitelerinin %41,4'lük vasat bir görünüm sergilediği belirlenmiştir. Avcikurt vd. (2011) çalışmalarında termal otel web sitelerini değerlendirmişler ve Türkiye'deki termal otellerin interneti pazarlama aracı kullanmadığını tespit etmişlerdir. Literatürdeki araştırmalar esas alınarak genel bir değerlendirme yapıldığında; genellikle termal otellerin web sayfalarının istenen düzeyde bilgiler içermediği tespit edilmiştir.

## 2. Araştırma Yöntemi

Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de faaliyet gösteren termal kaplıca tesislerinin web sayfalarının işletme ve sağlık temaları bakımından incelenmesidir. Araştırmanın amacına ulaşmak için verilerin değerlendirilmesinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. İçerik analizi, çeşitli belgelerin karakterize edilmesi ve kıyaslanması için tercih edilen bir analiz yöntemi olup (Altunışık vd., 2010) temel olarak metin halindeki verilerin çözümlenmesi için geliştirilmiş, nitel verileri nicel terimlere indirgeyen bir tekniktir (Öğülmüş, 1991).

Bu araştırmanın evrenini Türkiye'de faaliyet gösteren ve Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından "termal kaplıca tesis işletme izni" bulunan 244 işletme oluşturmaktadır. Bu işletmelerin tespitinde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanmış olan listeden yararlanılmıştır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021). Araştırmada örneklem seçimi yapılmamış, evrenin tamamı dikkate alınmıştır. Araştırma Mart-Mayıs 2021 tarihleri arasında yapılmış olup 244 tesisten 148 tanesinin web sayfasının mevcut olduğu tespit edilmiştir. Dolayısı ile araştırmada evrenin %60,65'ine (148/244) ulaşılmıştır.

Tesislerin web sayfalarının analizinde kriterler iki bağlamda ayrıştırılmıştır. Bunlar; işletme bilgileri (30 kriter) ve sağlık bilgileri (14 kriter) şeklindedir. Bu kapsamda ele alınan kriterler şöyledir:

- İşletme bilgileri: işletme logosu, tarihçesi, kısa bilgilendirme, otelin yıldız sayısı, dil seçeneği, ulaşım bilgileri, promosyon bilgileri, fotoğraflı sunum, sanal tur, hizmet alanları (spa, masaj, wellness gibi), fiyat bilgisi, online rezervasyon, anlaşmalı kurumlar, canlı destek hattı, akreditasyon bilgileri, tanıtım filmi, etkinlik takvimi, site içi arama motoru, e-mail adresleri, faks numaraları, iklim bilgisi, yerel saat bilgisi, ziyaretçi yorumları, sosyal paylaşım site linki, basından haberler, kurumun misyon, vizyon ve değerleri, oda bilgileri, restoran ve bar bilgileri, online ödeme, sıkça sorulan sorular

- Sağlık bilgileri: Hizmet veren hekimlere ait bilgiler, hemşirelere ait bilgiler, fizyoterapistlere ait bilgiler, diyetisyenlere ait bilgiler, tıbbi danışma, tedavi uygulama türleri (kaplıca tedavisi, balneoterapi, inhalasyon uygulamaları, içme kürleri, peloidterapi, klimaterapi, talassoterapi, hidroterapi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, medikal tedavi, destek uygulamalar), termal su sınıfı (mineralli sular, termomineral sular, özel balneolojik sular), sulara ilişkin ayrıntılı açıklayıcı bilgiler, kür uygulamalarına ilişkin ayrıntılı bilgiler, özel diyet programları, özel menü tasarımları, engelli ziyaretçiler için özel hizmetler, özel havuzlar, Koronavirüs hastalığı (Covid-19) tedbirleri.

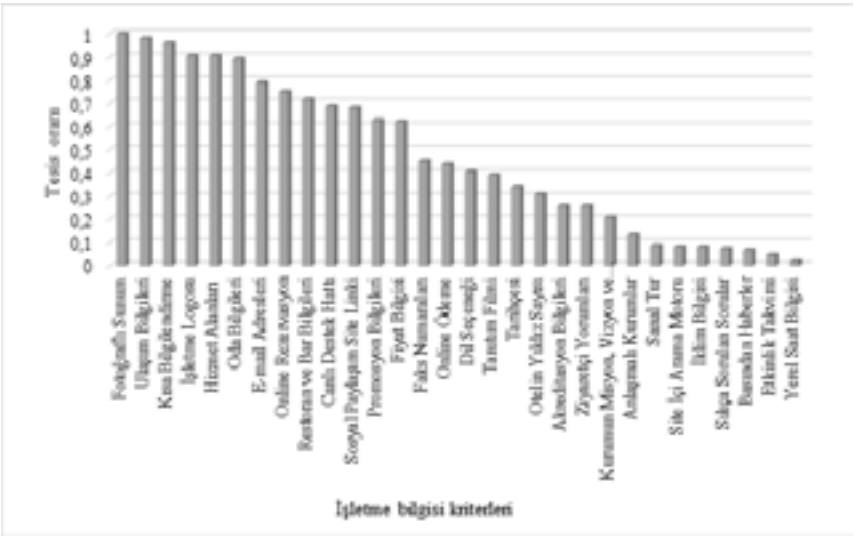
Tesislerin web sayfaları belirtilen kriterler kapsamında değerlendirilmiş ve kriterlerdeki ifadeyi kapsayanlara 1, kapsamayanlara 0 değeri girilmiştir. Elde edilen sayısal veriler Excel programı ile analiz edilmiştir. Analizlerde işletmelerin elde ettikleri toplam puanlar ve kriterlerin işletmeler tarafından karşılanması bakımından sayısal ve oransal dağılımları incelenmiştir.

## 3. Bulgular ve Tartışma

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan izinli termal kaplıca tesis listesinde yer alan 244 işletmeden 148'inin web sayfası bulunmaktadır. Bu bilgi doğrultusunda Türkiye'de yer alan izinli termal kaplıca tesislerin %60'ının web sayfasının mevcut olduğu, %40'ının web sayfasına sahip olmadığı görülmektedir (Şekil 1).

**Şekil 1.** Termal Kaplıca Tesislerinin Web Sayfalarının Bulunma Oranı

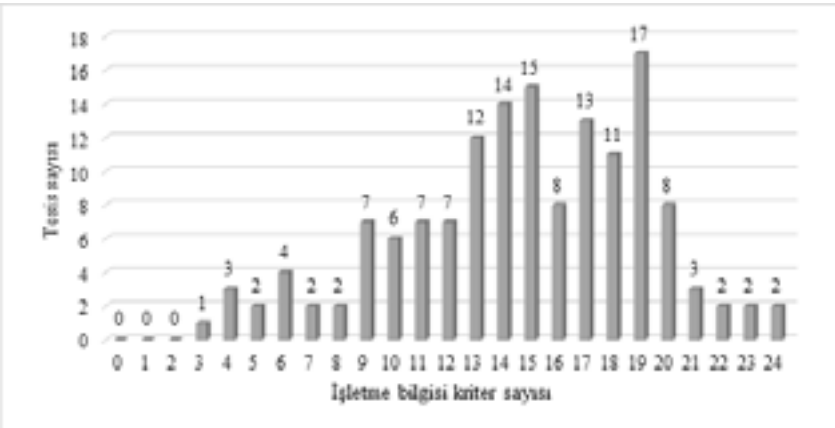
Şekil 2›de işletme bilgisi kriterlerine sahip olan tesislerin yüzdesel dağılımı incelenmiş olup en çok yerine getirilen kriterin %100 oran ile fotoğraflı sunum olduğu görülmektedir. Bu kritere yakın oranlarla ulaşım bilgisi (%97) ve kısa bilgilendirme (%95) kriterleri eşlik etmektedir. Tesisler tarafından en az yerine getirilen kriterler ise yerel saat bilgisi (%2), etkinlik takvimi (%4) ve basından haberler (%6) olmuştur. Termal kaplıca tesisleri web sayfalarında fiyat bilgisi bulundurma oranı %62 (92 adet) olarak tespit edilmiştir. Tesisten alınması planlanan hizmet/hizmetler hakkındaki temel bilgiler kapsamında düşünüldüğünde bu oran yeterli görünmemektedir. %40 oranına sahip olan dil seçeneği kriteri de 148 tesis içinde yalnızca 60 termal kaplıca tesisi web sayfasında bulunarak ortalama değerin altında kalmaktadır.




**Şekil 2.** Termal Kaplıca Tesislerin İşletme Bilgilerine Göre Değerlendirilmesi

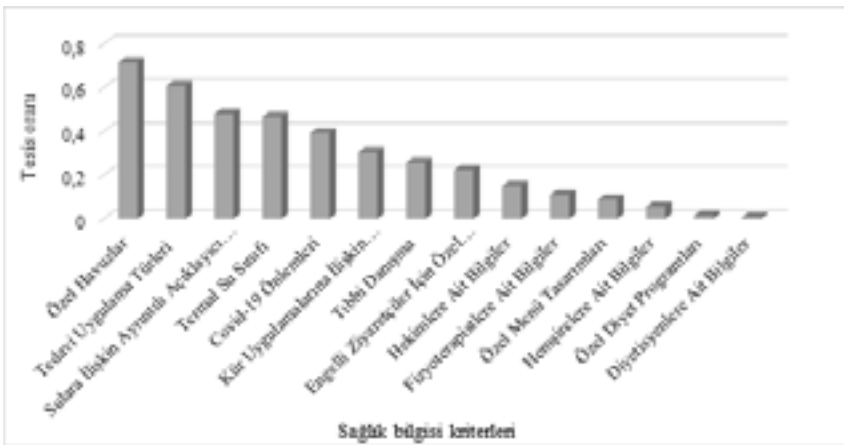
Yukarıda detaylandırılmış işletme bilgisi kriterlerine yönelik tesis oranı verilen işletmelerin Şekil 3'te nicelik yönünden işletme bilgisi kriterlerini bulundurma

oranı hesaplanmıştır. İşletme bilgileri skalasında toplam 30 adet kriter bulunmaktadır. Analiz yapıldığında sadece 2 tesisin 24 kriteri web sayfasında açıkladığı ve genel değerlendirmeye bakıldığında tesislerin daha çok 13-19 kriteri açıkladığı görülmektedir (Şekil 3).



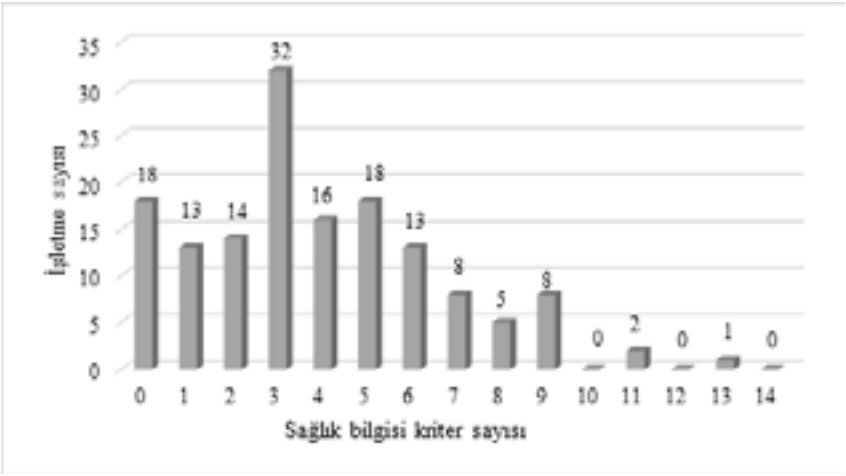

**Şekil 3.** İşletme Bilgisi Kriter Gruplarının İşletme Adetince Değerlendirilmesi

Şekil 4›te termal kaplıca tesislerin sağlık bilgisine sahip olma oranları görülmektedir. Buna göre tesislerin web sayfasında en çok barındırdığı bilgi %71'lik oran ile özel havuzlar kriteri iken en az yer verilen bilgi ise ‰6 değeri ile diyetisyen bilgisi kriteri olmuştur. İncelenmiş olan 148 termal kaplıca tesisin yalnızca %47'sinin sulara ilişkin bilgi vermiş olduğu ve %46'sının termal su sınıfı hakkında açıklama yapmış olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Dünyayı etkisi altına almış olan Covid-19 pandemi tedbirlerine yönelik bilgilendirmeyi ise tesislerden %39'u (58 adet) web sayfasında bulundurmaktadır. Pandeminin etki boyutu göz önüne alındığında bu değerin düşük olduğu dikkat çekmektedir.




**Şekil 4.** Termal Tesislerin Sağlık Bilgilerine Göre Değerlendirilmesi

Yukarıda detaylandırılmış sağlık bilgisi kriterlerine yönelik tesis oranı verilen işletmelerin Şekil 5'te nicelik yönünden sağlık bilgisi kriterlerini bulundurma oranı hesaplanmıştır. Sağlık bilgileri skalasında toplam 14 adet kriter bulunmaktadır. Analiz yapıldığında 14 kriterin tamamını barındıran termal kaplıca tesisi bulunmamaktadır. Genel değerlendirmeye bakıldığında tesislerin 10 ve üzeri kriteri web sayfasında bulundurma oranının çok düşük olduğu görülmektedir. Yığılmanın %21 oranı ile 32 tesisin web sayfasında 3 kriteri açıkladığı ve bunun ardından %12'lik değer ile 18 tesisin 5 kriteri açıkladığı gruplarda olduğu tespit edilmiştir. 148 tesis içerisinden %12'lik kısmının (18 adet) hiçbir sağlık bilgisine sahip olmadığı dikkat çekmiştir.




**Şekil 5.** Sağlık Bilgisi Kriter Gruplarının İşletme Adetlerince Değerlendirilmesi

## 4. Sonuç ve Öneriler

Termal turizm, sağlık turizmi içerisinde değerlendirilen, içeriklerinde erimiş mineral bulunan maden sularının dinlenme, zindeleşme, tedavi ve benzeri amaçlarına dönük olarak kullanımından doğan bir dizi ilişkiden oluşmaktadır. Doğal şekilde belirli bir sıcaklığa sahip olarak yerüstüne çıkan minareleri içeren şifalı suların veya şifalı çamur buharlarının bulunduğu yörelerde, yöreye özgün iklim koşulları içerisinde gerçekleşen sağlık turizmi türüdür. Termal turizm yalnızca hasta insanlara değil, sağlıklı insanlara da hitap etmektedir (Göçmen 2008).

Hızlı bir teknolojik gelişim sağlanan ve sınırların azaldığı günümüz dünyasında pazarlama stratejileri uygulama ve kitlelere ulaşma konularında internet oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Türkiye sahip olduğu termal kaynakları bakımından gözle görülür derecede önemli bir konumdadır. Bu araştırmada Sağlık Bakanlığı tarafından izinli olan termal kaplıca tesislerinin (244 adet) yalnızca 148'inin (%60,65) web sayfasına sahip olduğu görülmüştür. Elde edilen bu analiz sonuçla-

rına göre termal kaplıca tesislerinin web sayfasına sahip olma ve etkin kullanma oranları genel çerçevede ortalama düzeyde kalmaktadır. Özeline inerek incelediğimizde ise işletme bilgileri kriterlerinde yer alan fiyat bilgisi %62, online ödeme %43, dil seçeneği %40, tanıtım filmi %39, akreditasyon bilgisi %25 değerleri gibi tesisin genel tanıtım ve pazarlama unsurlarında yetersizlik söz konusudur. Bunun yanı sıra fotoğraf bilgisi, ulaşım bilgisi, kısa bilgilendirme, işletme logosu, hizmet alanları, oda bilgileri %89'un üzerinde bir yeterlilik sergilemektedir. Sağlık bilgisi kriterlerinde %72'nin üzerine çıkan bir kriter mevcut değildir. Toplamdaki 14 sağlık bilgisi kriterinin mevcudiyet oranı ‰6-%71 değerleri arasındadır. Termal kaplıca tesisi olmaları bakımından web sayfalarında termal su sınıfı ve ayrıntılı bilginin, kür uygulamalarının, tıbbi danışma bilgisinin, sağlık mensubu bilgilerinin %5-%48 değerleri arasında hesaplanmış ve düşük değerde olduğu görülmektedir. Avcikurt vd.nin (2011) gerçekleştirdiği çalışmaya göre; genel anlamda, termal otellerin pazarlama aracı olarak interneti yeterli olarak kullanmadığı görülmektedir. Özellikle, sonuçlar termal otel web sayfalarının yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır. Dinamizm kazanmak, sağlıklarına kavuşmak, yenilenmek gibi amaçlarla termal kaplıca tesislerine gelen insanlar tıbbi tedavi sürecinin yanı sıra diyetisyen görüşü ve/veya kendilerine uygun diyet/menü programını talep edebilmektedir. Fakat elde sonuçlara göre termal kaplıca tesislerinin bu bilgileri web sayfalarında bulundurma oranı oldukça düşüktür.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar ışığında öneri oluşturulabilecek konular ortaya çıkmıştır. Tesislerin teknolojik gelişmeleri ve talepleri yakından takip ederek güncele uyum sağlamaları, bu uyum becerisini web sayfası edinip geliştirmeleri büyük önem arz etmektedir. İşletme bilgileri açısından sıkça sorulan soruların ve müşteri yorumlarının web sayfasında bulunması potansiyel müşteri grubunun fikir sahibi olması açısından önem arz etmektedir. Fiyat bilgisi, online rezervasyon, online ödeme, tanıtım filmi, dil seçeneği gibi tesisin genel işletme bilgilerinin web sayfasında yer alması da dikkate alınması gereken kriterler arasındadır. Termal kaplıca tesisleri sağlık bilgisi kriterlerinin tamamı açısından web sayfalarını geliştirme yoluna gitmelidirler. Sağlık meslek mensuplarını tesis bünyesinde bulundurma ve bunun web sayfalarında açıklamaları, termal suları hakkında detaylı bilgi vermeleri, uygulanana kür ve tedaviler hakkında açıklamalar bulundurmaları, Covid-19 tedbirleri kapsamında alınan önlemlerin de web sayfalarında yer alması hem tesisin kurumsal kimliği hem de müşteriler açısından güven oluşturacak bir adım olacaktır.

## Kaynakça


Akkuş Ç. ve Cengiz G. (2015). Erzurum İli Turizm İşletmeleri Web Kullanımı ve Web Sitelerinin Değerlendirilmesi. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 29(3). 441-457.

Altıntaş V. ve Öksüz B. (2016). Sağlık Turizminde Dijital İletişim Kanallarının Kullanımı. *Seyahat ve Otel İşletmeciliği Dergisi*, 14(1). 59-75.

Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S. ve Yıldırım, E. (2010). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı. Adapazarı, Sakarya Yayıncılık, 2010.

Ateş U. ve Boz M. (2015). Konaklama İşletmelerinin Web Sitelerinin Değerlendirilmesi: Çanakkale Örneği. *Ekonomi İşletme Siyaset ve Uluslararası İlişkiler Dergisi*, 1(1). 63-84.

Avcikurt, C., Giritlioglu I. ve Sahin, S. (2011). An Evaluation Of Thermal Hotel Websites And The Use/Non-Use Of The Internet As A Marketing Tool By Thermal Hotels In Turkey. *African Journal of Business Management*, 5(7). 2817-2827.

Ceylan, S. (2018). Termal Otellerin Web Siteleri İçerik Analizi. SETSCI Conference Indexing System, 3(2018). 124-128.

Göçmen, Z. G. (2008). Turizm Çeşitlendirmesi Kapsamında İzmir'de Termal Turizmin Tedavi Amaçlı Kullanımı ve Ekonomik Değeri, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Halk Salığı Genel Müdürlüğü. (2021). İzinli Kaplıca Tesisleri. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cevre-sagligi/1-su-guvenligi/Guncel_Kaplica_Peloid_Talassoterapi_Tesisleri/Guncel_Kaplica_Peloid_Talassoterapi_Tesisleri.pdf (Erişim tarihi: 21.05.2021).

Kılıçarslan, M. (2019). Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dijital Pazarlanması. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 17.1145- 1149.

Kuzu, Ö. (2010). Termal Otel Web Sitelerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar.

Mesci, G. ve Sağlık E. (2020). Sağlık Turizminde Dijital İletişim: JCI Akreditasyon Belgesini Almış Hastaneler Üzerinde Bir Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi Turizm Fakültesi Yüksek Lisans Tez Derlemesi, 2(1).74-90.

Öğülmüş, S. (1991). İçerik Çözümlemesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 24(1). 213-220.

Özbek, T. Dünyada ve Türkiye'de Termal Turizmin Önemi, https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1002670 (Erişim tarihi: 21.07.2021).

Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü (2021a). Bakanlık Belgeli Tesis Konaklama İstatistikleri. https://yigm.ktb.gov.tr/TR-201121/isletme-bakanlik-belgeli-tesis-konaklama-istatistikleri.html (Erişim tarihi: 21.07.2021).

Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü (2021b). Termal Turizm Master Planı 2007-2023. https://yigm.ktb.gov.tr/TR-11481/termal-turizm-master-plani-2007-2023.htm (Erişim tarihi: 21.07.2021).

Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü (2021c). Sağlık ve Termal Turizm Tanımı. https://yigm.ktb.gov.tr/TR-11492/saglik-ve-termal-turizmi-tanimi.html%20(Eri%C5%9Fim (Erişim tarihi: 21.07.2021).

# KLİNİK KARAR DESTEK SİSTEMİNİN SAĞLIK BAKIM KALİTESİNE ETKİSİ

Aykut Ekiyor [1], Gülhan Gök [2]

***Özet***

*Sağlık hizmetlerinin sunumunda bilgiye olan bağımlılık ve bilgi üretimi her geçen gün artmaktadır. Bu durum bilgi yönetimini önemli bir etkene dönüştürmektedir. Bilgi yönetimindeki başarı sağlık bakımını da olumlu bir şekilde etkileme potansiyeline sahiptir. Bu araştırma ile bilgi yönetimini kolaylaştırarak sağlık bakım kalitesinin artırılmasına olumlu etki edeceği düşünülen klinik karar destek sisteminin sağlık bakım kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma Türkiye Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanında yer alan klinik karar destek sistemiyle ilgili çalışmalar üzerinden yürütülmüştür. Bu kapsamda 38 tez çalışması incelenmiştir. Araştırmada tez çalışmaları içerik olarak ve bibliyografik nitelikleri bakımından analiz edilmiştir. Yapılan incelemeler ve analizler sonucunda klinik karar destek sisteminin çoğunlukla doğru teşhis konulması amacıyla geliştirildiği belirlenmiştir. Ayrıca geliştirilen klinik karar destek sistemiyle en fazla kanser ve diyabet hastalıkları ile ilgili araştırma yapıldığı tespit edilmiştir. Yürütülen çalışmalarda mevcut klinik karar destek sisteminin incelenmesinden ziyade yeni geliştirilen sistemin etkinliğinin değerlendirmesinin yapıldığı görülmüştür. Klinik karar destek sistemi ile ilgili yürütülen sadece bir tez çalışması hariç tüm tez çalışmalarında sağlık bakım kalitesi üzerinde olumlu bir etki tespit edildiği belirlenmiştir. Bu değer oransal olarak %97,4 olup klinik karar destek sistemlerinin sağlık bakım kalitesinin artırılmasında son derece etkili olduğu tespit edilmiştir.*

***Anahtar Kelimeler:*** *Klinik Karar Destek Sistemi, Kalite, Sağlık, Sağlık Bakım Kalitesi.*

1 Doç. Dr, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İİBF, aykutekiyor1974@yahoo.com

2 Dr. Öğr. Üyesi, Amasya Üniversitesi, Sabuncuoğlu Şerefeddin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, gulhan.gok@amasya.edu.tr

# EFFECT OF CLINICAL DECISION SUPPORT SYSTEM ON HEALTH CARE QUALITY


***Abstract***

*The dependency on information and the production of information in the provision of health services are increasing day by day. This turns knowledge management into an important factor. Success in knowledge management has the potential to positively affect health care. With this research, it is aimed to evaluate the effect of clinical decision support system, which is thought to have a positive effect on increasing the quality of health care by facilitating information management, on the quality of health care. The research was carried out on the studies related to the clinical decision support system in the Turkish National Thesis Center Database. In this context, 38 theses were examined. In the research, thesis studies were analyzed in terms of content and bibliographic characteristics. As a result of the examinations and analyzes, it was determined that the clinical decision support system was mostly developed for the purpose of making the correct diagnosis. In addition, it has been determined that the most research on cancer and diabetes diseases is done with the clinical decision support system developed. In the studies carried out, it was seen that the effectiveness of the newly developed system was evaluated rather than the examination of the existing clinical decision support system. It has been determined that a positive effect on the quality of health care has been determined in all thesis studies, except for only one thesis study conducted on the clinical decision support system. This value is proportionally 97.4% and it has been determined that clinical decision support systems are extremely effective in increasing the quality of health care.*



***Key Words****: Clinical Decision Support System, Quality, Health, Health Care Quality.*


## 1. Giriş

Sağlık hizmetleri, hizmet sunum sürecine birçok sağlık profesyonelinin dahil olduğu multidisipliner bir alandır. Bu süreçte bilginin entegre edilmesi sağlık bakım kalitesi açısından son derece önemlidir. Çünkü sağlık hizmeti sunumunun temelinde bilgi yönetimi yer alır (Chaudhry vd., 2006). Sağlık hizmetlerinde bilgiye olan bağımlılık her geçen gün artmakta olup bilgi yönetimi daha da önem kazanmaktadır. Bilgiye erişilebilirliği artırmak ve bilgiyi yönetebilmek açısından hastaneler hızlı bir şekilde dijitalleşme sürecine girmiştir. Ancak sadece hizmet sunumunda kullanılan bilgi boyutunun sürekli artması ve dijitalleşmeyle hasta bakım kalitesinin artırılması mümkün görünmemektedir. Literatürde yer alan çalışmaların bazılarında hastanelerde kullanılan bilgi sistemlerinin bazı hatala-

rın insidansını hızla azaltmakla birlikte bazı durumlarda daha fazla hataya neden olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle sağlık kuruluşlarının sağlık bakım kalitesinin artırılmasında kullanılan dijital sistemlerin tüm avantajlarından yararlanılabilmesi için yüksek kaliteli klinik karar desteğinin şart olduğu ifade edilmektedir (Wasylewicz ve Scheepers-Hoeks, 2018).

Karar Destek Sistemi (KDS), uzun süredir sağlık hizmetlerinde kullanılmaktadır. Ancak bu kullanım ilk başlarda sadece mali ve idari işlemlere yöneliktir (Chaudhry vd., 2006). Günümüzde ise karar destek sistemleri klinik uygulamalara da entegre edilmiş ve klinik karar destek sistemi (KKDS) ortaya çıkmıştır (Alqahtan vd., 2016). Klinik karar destek sistemi, hasta bakım kalitesini geliştirmek için klinisyenlere ve diğer sağlık profesyonellerine hastayla ilgili çeşitli bilgiler sunan bilişim sistemidir. Sistemde hastaya ait sağlık verileri klinik karar destek sistemi veri tabanına kayıtlı bilgilerle eşleştirilerek hastaya özel öneriler sunulur (Çelik vd., 2019; Çiriş Yıldız vd., 2020; Jaspers vd., 2011). Bu sistem sayesinde birçok hata önlenerek sağlık bakım kalitesi artırılabilir.

KKDS, karar verme süreçlerinde uyarı vererek ve/veya çeşitli belgeler sunarak destek sağlar. Ayrıca KKDS ile çeşitli idari işlevler, hastalık tedavisinin izlenmesi, reçete yazma ve ilaç uygulama gibi çeşitli süreçler de yönetilebilir (Silva vd., 2022). Dikkatin odaklanmasına yardımcı olan bu sistem son yıllarda daha da geliştirilerek hastaya özel tavsiyeler sunabilir bir nitelik kazanmıştır. Gelişmiş KKDS ile böbrek yetmezliği olan hastada bireyselleştirilmiş ilaç dozu ayarlaması, ilaç kullanımı sırasında laboratuvar testlerine ilişkin öneriler, kişinin alerjilerine göre tedavi uygulama önerileri gibi birçok farklı kişileştirilmiş bakım desteği sağlanmaktadır (Wasylewicz ve Scheepers-Hoeks, 2018). Klinik karar destek sistemi veri tabanına yüklenen verilerin, kanıta dayalı araştırma sonuçlarına dayalı olmasıyla hasta bakımında en iyi, en doğru kararlar alınabilir. Bir hastanın sağlık problemi karmaşık veya nadir karşılaşılan bir durum olduğunda veya tanıyı koyan sağlık görevlisinin deneyimsiz olduğu durumlarda KKDS, hasta verilerine ve sistemin hastalıklara ilişkin bilgi tabanına dayalı olarak olası tanılara ilişkin yardımcı olabilir. Daha sonra ise KKDS, tedavi kılavuzlarına dayalı olarak tedavi önerilerini formüle edebilir. Bu sayede sağlık hizmeti sunumundaki ramak kala olaylar, yaralanmaya yol açan hatalar, uygulama zamanına ilişkin hatalar, planlama hataları, teşhis hataları gibi birçok hata türünde azaltma sağlanılabilir (Jaspers vd., 2011; Morris, 2002).

Sağlık hizmetlerinde uzun yıllar bilgisayar sistemleri temelde verileri kaydetmek ve gerektiğinde tekrar erişim sağlayabilmek amacıyla kullanılmıştır. Günümüzde ise KKDS'ler sayesinde bilgisayar sistemlerinin bu işlevleri geliştirilmiş olup sağlık profesyonelleri tarafından hastanın sağlık durumuna özel kararların verilebilmesine destek sağlayan ve sağlık profesyonellerini yönlendirebilen bir özellik kazanmıştır (Çelik vd., 2019). Hastane bilgi yönetim sistemlerinden ec-

zane bilgi sistemi (hastaya özel ilaç istemlerinin ve uygulamalarının kaydedildiği sistem), laboratuvar bilgi sistemi (LBS) (hastaya özel klinik laboratuvar verilerinin kaydedildiği sistem), radyoloji görüntüleme sistemi (hastaya ait radyolojik görüntülerin kaydedildiği sistem), patoloji sistemi, elektronik hasta kaydı (hastaya ait kayıt kabul/taburculuk/sevk gibi bilgilerin kaydedildiği sistem) ve diğer özel sistemlerin KKDS'ler ile entegre edilmesi ile birlikte hem sağlık profesyonellerinin hasta yönetimi kolaylaşmış hem de daha güvenli ve kanıta dayalı bakım sağlanmasına fırsat sunulmuştur (Sucher vd., 2008).

Sağlık bakım kalitesiyle ilgili sorunlar yetersiz kullanım, aşırı kullanım ve yanlış kullanım olmak üzere 3 kategoride sınıflandırılabilir. Yetersiz kullanım, bir hasta için olumlu bir sonuç ortaya çıkabilecekken sağlık hizmetinin sunulamamasını ifade eder. Örneğin bulaşıcı bir hastalığın engellenmesinde kullanılabilecek mevcut bir aşının o an yapılmaması gibi. Aşırı kullanım, bir sağlık hizmetinin, zarar potansiyelinin fayda potansiyelinden daha fazla olduğu durumlarda sunulmasıyla ortaya çıkar. Antibiyotiklerin etkisiz kaldığı viral bir enfeksiyon için antibiyotik kullanımı aşırı kullanıma bir örnek oluşturur. Yanlış kullanım ise uygun bir hizmet seçildiğinde ancak önlenebilir bir komplikasyon oluştuğunda ve hasta hizmetin potansiyel faydasını tam olarak alamadığında meydana gelir. İlaç kullanımının önlenebilir komplikasyonları önemli yanlış kullanım sorunlarıdır. Antibiyotiğe karşı alerjisi olduğu bilinen bir hastanın tedavisinde antibiyotik kullanılmasına bağlı ortaya çıkan sağlık sorunları bu duruma bir örnektir. Dikkatli araştırma çalışmalarından elde edilen kanıtlar, bu kategorilerin her birinde çok sayıda ciddi sorun olduğunu göstermektedir (Chassin, 1998). Literatürde KKDS'ler ile bu sorunların azaltılmasına destek sağlandığını gösteren birçok kanıta dayalı araştırma (Özkan, 2020; Temoçin, vd., 2019) bulunmakla birlikte bu sistemin bazı hataların ortaya çıkmasına neden olduğuna ilişkin de araştırmalar bulunmaktadır (Jaspers vd., 2011; Kaplan, 2001; Shiffman vd., 1999; Silva vd., 2022). Bu bağlamda KKDS'lerin sağlık bakım kalitesi üzerindeki etkisini değerlendiren daha fazla kanıta dayalı araştırmaya ve araştırmaların sonuçları doğrultusunda sistemin daha da geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Bu çalışma ile Türkiye Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanında yer alan tez çalışmalarından elde edilen sonuçlar doğrultusunda KKDS'lerin sağlık bakım kalitesi üzerindeki etkisi ortaya konulmaya çalışılacaktır. Bu bağlamda araştırmanın amacı KKDS'lerin sağlık bakım kalitesi üzerindeki etkisinin belirlenmesidir. Araştırma, Türkiye'de yürütülen KKDS'ler ile ilgili çalışmaların sağlık bakım kalitesinin üzerindeki etkinliğinin somut şekilde ortaya çıkarılması bakımından önemlidir. Ayrıca KKDS ile ilgili çalışmaların eğilimi belirlenerek yapılacak araştırmalarda araştırmacılara rehberlik edilmesi hedeflenmiştir.

## 2. Yöntem

Bu araştırma ile sağlık bakım kalitesinin artırılması amacıyla geliştirilen KKDS'lerin bu amaca ulaşılmasındaki etkinliğinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

Belirlenen hedefe ulaşılması doğrultusunda Türkiye Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanında yer alan tez çalışmaları incelenmiştir. Araştırmada tez çalışmalarında elde edilen sonuçlardan hareketle KKDS'lerin sağlık bakım kalitesi üzerindeki etkisinin ortaya koyulması amaçlanmıştır.

Araştırmada nicel araştırma yöntemlerinden tarama deseni kullanılmış olup "Karar Destek" anahtar kelimesi kullanılarak Türkiye Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanında yer alan tez çalışmalarının taraması yapılmıştır. Tarama araştırmaları genel olarak tanımlayıcı nitelikteki araştırmalardır ve bu araştırma deseninde toplanılan veriler genellikle ortalama, yüzde, oran ve frekans gibi tanımlayıcı istatistiklerle raporlaştırılır (Gürbüz ve Şahin, 2017).

Yapılan tarama sonucunda 528 tez çalışması listelenmiştir. Anahtar kelimeye göre listelenen tez çalışmalarının başlangıç zamanı 1986 yılıdır. Araştırma kapsamında değerlendirilecek çalışmaların taraması ve içerik analizi 01/01/2022-01/03/2022 tarihleri arasında gerçekleştirildiği için 1986 yılından 2021 yılı sonuna kadarki zaman dilimi içerisinde yürütülmüş çalışmalara yer verilmiştir. Tez tarama süreci 2022 yılının başlangıç tarihi itibariyle gerçekleştirildiği ve henüz 2022 yılının sonuna gelinmediği için 2022 yılında yürütülmüş tez çalışmaları değerlendirmeye alınmamıştır. Tez çalışmalarının araştırmaya dahil edilmesinde ve dışlanmasında çeşitli kriterler kullanılmıştır. Bu kriterler şu şekildedir:

Dahil Edilme Kriterleri; tez çalışmasının sağlık hizmetlerinin etkinliği üzerine olması, Türkiye'de yürütülmüş olması, araştırma çalışması olması ve klinik karar destek sistemi ile ilgili olması.

Dışlanma Kriterleri; tez çalışmasının sağlık hizmetleri ile ilişkili olmaması, Türkiye dışında bir ülkede yürütülmüş olması, tez çalışmasının araştırma çalışması olmaması ve klinik karar destek sistemi ile bir ilişkisinin olmaması şeklindedir. Araştırmada yürütülen tez çalışmalarının ilgili olduğu bilim alanı ve kullanılan dil dışlama ve dahil edilme kriterleri kapsamında dikkate alınmamıştır.

KKDS ile ilgili yürütülen çalışmalardan sağlık hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirildiği tüm tez çalışmaları araştırma kapsamında incelenmiştir. Dışlama ve dahil edilme kriterlerine uygun 38 tez çalışmasının yapıldığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamında değerlendirmeye alınan tez çalışmaları betimsel içerik analizine tabi tutulmuş ve çalışmaların bibliyografik özellikleri ortaya konulmuştur.

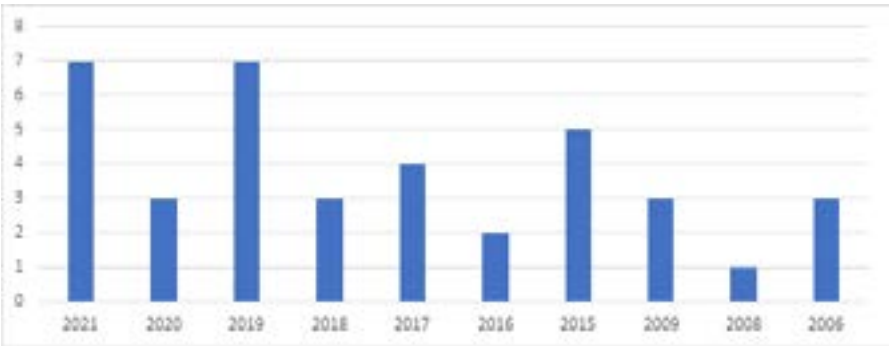
Bibliyografik analiz, son dönemlerde araştırmacıların ilgisini çeken nicel bir analiz yöntemidir. Bu analiz yöntemiyle belirli bir konunun bilimsel yapısı ortaya konulur (Fan vd., 2021). Yöntem, Derek J. de Solla Price tarafından 1965 yılında gündeme getirilmiştir. Bu araştırma yöntemiyle kişilerin/kurumların araştırma ve yayın performanslarını değerlendirmek (performans analizi) ve/veya bilimsel

alanların yapısını ve dinamiklerini ortaya çıkarmak amaçlanır (bilimsel haritalama) (Zupic ve Čater, 2014). Betimsel içerik analizi ise içerik analizi tekniklerinden biri olup belirlenmiş bir konuya ilişkin yayınlanmış ve/veya yayınlanmamış çalışmaların sonuçlarını ve eğilimlerini tanımlayıcı nitelikteki sistematik çalışmalardır. Betimsel içerik analizi ile araştırılan konuya ilişkin genel eğilim belirlenerek daha sonra bu konu hakkında araştırma yapacak araştırmacılara rehberlik edilmesi amaçlanır (Ültay vd., 2021). Bu araştırmada KKDS ile ilgili tez çalışmaları hem içerik analiziyle hem de bibliyografik özellikleri bakımından incelenerek araştırmada bütünsellik sağlanmaya çalışılmıştır.

## 3. Bulgular

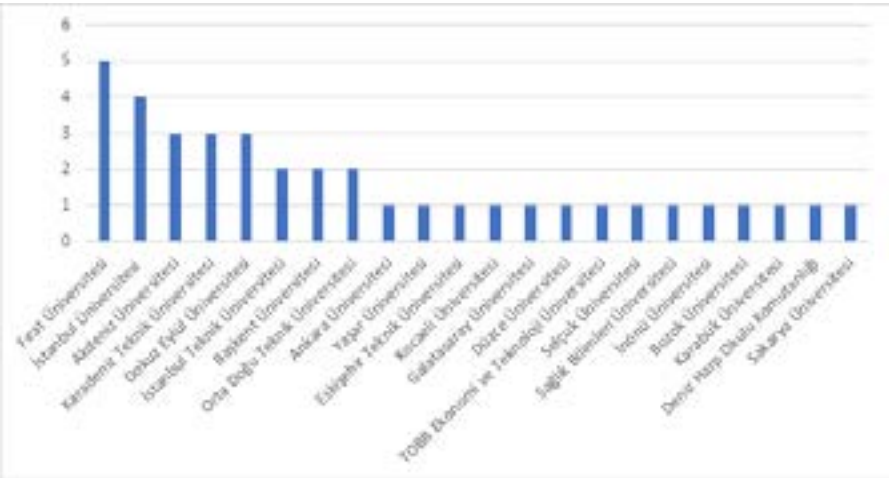
Araştırmanın bu kısmında taranılan tezlerin bibliyografik özelliklerine ve betimsel içerik analizi sonuçlarına ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Araştırma kapsamında incelenen tez çalışmaları araştırmanın sonunda kronolojik olarak sıralanmıştır.

Araştırma sonucunda Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanında toplamda 38 tezin yer aldığı bu tezlerden 19'unun yüksek lisans tezi, 17'sinin doktora tezi ve 2'sinin tıpta uzmanlık tezi olduğu belirlenmiştir. Tezlerin yıllara göre dağılımları ise Grafik 1'de gösterilmiştir.



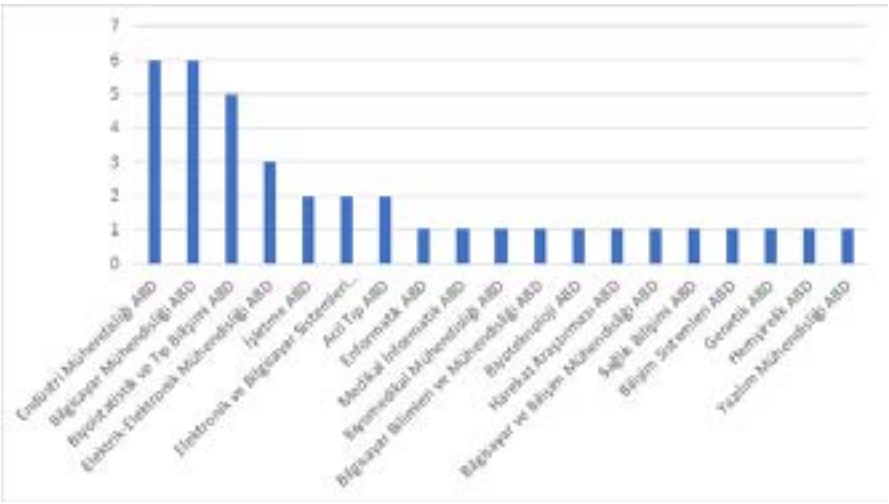

**Grafik 1.** Klinik karar destek sistemi ile ilgili tez çalışmalarının yıllara göre dağılımı

Grafik 1'de yer alan dağılımlar incelendiğinde en fazla çalışmanın 2021 ve 2019 yıllarında yapıldığı, KKDS ile ilgili tez çalışmalarının 2006 yılından itibaren çalışıldığı ve 2007 yılı ile 2010-2014 yılları arasında Ulusal Tez Merkezine kayıtlı hiç çalışma yapılmadığı anlaşılmaktadır.




**Grafik 2.** Klinik karar destek sistemi ile ilgili tez çalışmalarının gerçekleştirildiği üniversitelere göre dağılımı

Araştırma kapsamında KKDS ile ilgili yürütülen tez çalışmalarının hangi üniversiteler bünyesinde yürütüldüğü belirlenmek istenmiş olup bu amaç doğrultusunda elde edilen veriler Grafik 2'deki gibi görselleştirilmiştir. Grafik 2'de yer alan sonuçlara göre KKDS ile ilgili çalışmaların toplamda 22 üniversitede ve en fazla Fırat Üniversitesinde (5 adet çalışma) yürütüldüğü belirlenmiştir.




**Grafik 3.** Klinik karar destek sistemi ile ilgili tez çalışmalarının anabilim dallarına göre dağılımı

KKDS ile ilgili Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanında yer alan tez çalışmalarının 19 farklı anabilim dallarında yürütüldüğü Grafik 3'te yer alan dağılımlardan an-

laşılmaktadır. Grafik 3'te yer alan dağılımlara göre KKDS ile ilgili en fazla çalışma mühendislikle ilgili anabilim dallarında (19 adet çalışma) yapılmıştır. Bu anabilim dallarından ise endüstri mühendisliği ve bilgisayar mühendisliği anabilim dalları KKDS ile ilgili çalışmaların yoğunlaştığı anabilim dalı alanlarıdır.

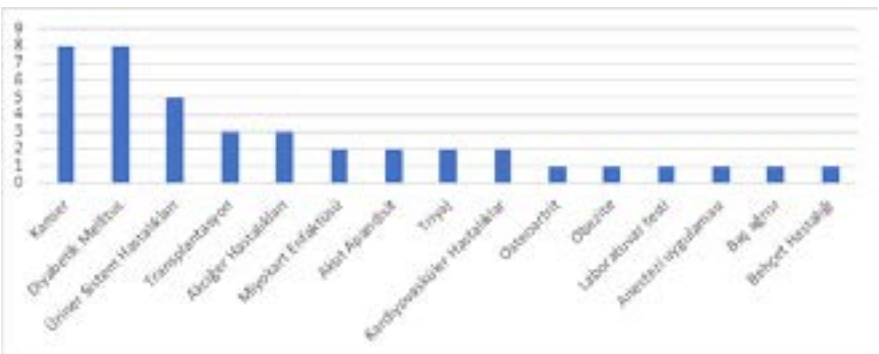
**Tablo 1.** KKDS ile ilgili yürütülen tezlerin danışmanlarına ilişkin bilgiler

| Üniversite Adı | Danışman Adı Soyadı | Danışman Unvanı | Danışman Tarafından Yürütülen Tez Sayısı |
|---|---|---|---|
| Akdeniz Üniversitesi | Kemal Hakan GÜLKESEN | Yrd. Doç. Dr. | 1 |
| | Daniel RUBIN | Yrd. Doç. Dr. | |
| | Uğur BİLGE | Doç. Dr. | 1 |
| Ankara Üniversitesi | Onur POLAT | Prof. Dr. | 1 |
| Başkent Üniversitesi | Yusuf Tansel İÇ | Doç. Dr. | 1 |
| Bozok Üniversitesi | Orhan ER | Yrd. Doç. Dr. | 1 |
| Deniz Harp Okulu Komutanlığı | Mümtaz KARATAŞ | Yrd. Doç. Dr. | 1 |
| | Hakan TOZAN | Doç. Dr. | |
| Dokuz Eylül Üniversitesi | Alp KUT | Prof. Dr. | 1 |
| | Oğuz DİCLE | Prof. Dr. | 1 |
| | Üzeyme DOĞAN | Prof. Dr. | 1 |
| Düzce Üniversitesi | Esra ŞATIR | Dr. Öğr. Üyesi | 1 |
| Fırat Üniversitesi | Coşkun BAYRAK | Prof. Dr. | 1 |
| | Mustafa POYRAZ | Prof. Dr. | 1 |
| | İbrahim TÜRKOĞLU | Doç. Dr. | 2 |
| | Melih C. İNCE | Yrd. Doç. Dr. | 1 |
| | İbrahim TÜRKOĞLU | Doç. Dr. | |
| Galatasaray Üniversitesi | Esra ALBAYRAK | Prof. Dr. | 1 |
| İnönü Üniversitesi | Davut HANBAY | Doç. Dr. | 1 |
| | Prabir BHATTACHARYA | Prof. Dr. | |
| İstanbul Üniversitesi | Sevinç GÜLSEÇEN | Prof. Dr. | 1 |
| | Şakir ESNAF | Prof. Dr. | 1 |
| | Atakan KURT | Doç. Dr. | 1 |
| | Feyzanur TUNCER KILINÇ | Doç. Dr. | 1 |
| | Bekir Sıddık Binboğa YARMAN | Prof. Dr. | |
| İstanbul Teknik Üniversitesi | Sezi Çevik ONAR | Prof. Dr. | 1 |
| | Özgür KABAK | Yrd. Doç. Dr. | 1 |
| | Nihal ENGİNEL | Yrd. Doç. Dr. | 1 |
| Karabük Üniversitesi | Şafak BAYIR | Yrd. Doç. Dr. | 1 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Karadeniz Teknik Üniversitesi | Kemal TURHAN | Prof. Dr. | 1 |
| | Burçin KURT | Doç. Dr. | 2 |
| Kocaeli Üniversitesi | Adnan KAVAK | Prof. Dr. | 1 |
| Orta Doğu Teknik Üniversitesi | Neşe YALABAK | Prof. Dr. | 1 |
| | Osman SAKA | Prof. Dr. | 1 |
| Sağlık Bilimleri Üniversitesi | Serhat AKBAY | Uzm. Dr. | 1 |
| Sakarya Üniversitesi | Nilüfer YURTBAY | Yrd. Doç. Dr. | 1 |
| Selçuk Üniversitesi | İsmail SARITAŞ | Prof. Dr. | 1 |
| TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi | Osman EROĞUL | Prof. Dr. | 1 |
| Yaşar Üniversitesi | Görkem ATAMAN | Doç. Dr. | 1 |

Tablo 1'de yer alan dağılım incelendiğinde KKDS ile ilgili en fazla çalışmanın profesör unvanına sahip danışmanlarca yürütüldüğü (18 adet) bunu sırasıyla doçent (12 adet), yardımcı doçent (9 adet), doktor öğretim üyesi (1 adet) unvanına sahip danışmanların takip ettiği anlaşılmaktadır. Bu sonuca göre KKDS ile ilgili çalışmaların sayısının danışmanın akademik unvanı yükseldikçe arttığı ifade edilebilir.

Araştırma kapsamında ayrıca tezlerde araştırılan içerikler belirlenmiştir. KKDS ile ilgili yürütülen tez çalışmalarına ait araştırma konularının dağılımı Grafik 4'te gösterilmiştir.

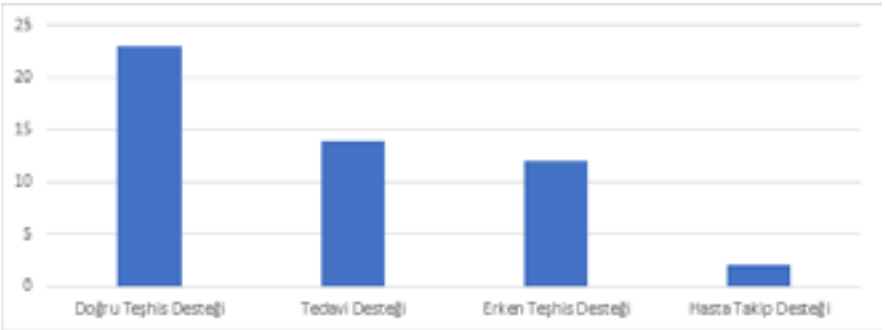



**Grafik 4.** Klinik karar destek sistemi ile ilgili tez çalışmalarında araştırılan konuların dağılımı*

*Bazı tez çalışmalarında birden fazla hastalığa ilişkin araştırma yürütüldüğü için grafik 4'te yer alan araştırma konularının toplamı incelenilen tez sayısından fazladır.

Grafik 4'te yer alan dağılımlar incelendiğinde 15 farklı konu hakkında KKDS ile ilgili çalışma yürütüldüğü ve en fazla kanser hastalığına (8 adet çalışama) ve diyabet hastalığına (8 adet çalışama) ilişkin araştırma yapıldığı görülmektedir.

Araştırma kapsamında değerlendirilen bir diğer durum, geliştirilen KKDS'lerin hangi amaçla geliştirildiğinin belirlenmesine ilişkindir. Bu kapsamda belirlenen içeriğe ilişkin grafik aşağıdaki gibidir.




**Grafik 5.** İncelenen tez çalışmalarındaki klinik karar desteği sağlanan konuların dağılımı*

*Bazı tez çalışmalarında birden fazla farklı amaçla KKDS'ye ilişkin araştırma yürütüldüğü için grafik 5'te yer alan dağılımların toplamı incelenilen tez sayısından fazladır.

Grafik 5'te yer alan sonuçlardan en fazla doğru teşhisin sağlanmasına (23 adet çalışma) ilişkin KKDS geliştirildiği bunu tedavi (14 adet çalışma) ve erken teşhise (12 adet çalışma) ilişkin KKDS geliştirme çalışmalarının takip ettiği belirlenmiştir. Hasta takibine ilişkin geliştirilen KKDS sayısının ise sadece iki tane olduğu tespit edilmiştir.

Geliştirilen KKDS'lerin sağlık bakım kalitesinin artırılması bakımından etkili olup olmadığı tez çalışmalarının sonuçları üzerinden değerlendirilmiştir. Değerlendirme sonucu aşağıdaki grafikteki gibi görselleştirilmiştir.

**Grafik 6.** İncelenen tez çalışmalarındaki klinik karar desteğinin sağlık bakım kalitesi üzerindeki etkisine ilişkin dağılım

Grafik 6'da yer alan dağılım incelendiğinde KKDS'lerle ilgili yürütülen sadece bir tez çalışması hariç tüm tez çalışmalarında sağlık bakım kalitesi üzerinde olumlu bir etki tespit edildiği görülmektedir. Yürütülen tez çalışmalarının sonuçlarına göre hiçbir tez çalışmasında olumsuz etki tespit edilmemiş olup sadece bir tez çalışmasında herhangi bir etki bulgulanmamıştır. Bu sonuca göre KKDS, sağlık bakım kalitesinin artırılmasında %97,4'lük bir düzeyde etkili olduğu belirlenmiştir.

## 4. Tartışma ve Sonuç

Sağlık hizmetleri, sağlık profesyonellerinin gereken tüm çabayı göstermelerine rağmen hala hatalara açıktır. Çünkü sağlık hizmetleri karmaşık bir yapıya sahiptir ve hizmet sunum sürecinde hem bilgiye olan bağımlılık hem de üretilen bilgi miktarı sürekli artmaktadır. Her ne kadar sağlık profesyonellerinin bireysel bilgi ve uygulamaları yüksek kaliteli bakım için büyük **önem**e sahip olsa da tek başına yeterli olmadığı ifade edilmektedir. Sağlık bakım kalitesinin iyileştirilmesi için sağlık profesyonellerinin mevcut mesleki bilgiyle birlikte dinamik bilgi tabanını yakından takip etmeleri ve bu bilgileri uygun şekilde kullanmaları gerekmektedir (Chassin, 1998). Literatürdeki çalışmaların sağlamış olduğu kanıtlar, bilgisayarlı protokollerle klinik karar vermenin standardizasyon sağlayarak hem klinik araştırmalarda hem de klinik bakımda arzu edilir sonuçlar elde edilmesini desteklediğini göstermektedir (Eyüpoğlu, 2020; Morris, 2002). Bununla birlikte bazı çalışmalarda ise bilgisayarlı karar vermenin hata oranlarını artırdığı belirtilmektedir (Jaspers vd., 2011; Kaplan, 2001; Shiffman vd., 1999; Silva vd., 2022). Bu bağlamda bu araştırma ile sağlık bakım kalitesini artırması beklenilen KKDS'lerin etkinliği Ulusal Tez Merkezi üzerinden erişimi olan tez çalışmalarıyla ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Araştırma sonucunda Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanında toplamda 38 tezin yer aldığı bu tezlerden 19'unun yüksek lisans tezi, 17'sinin doktora tezi ve 2'sinin tıpta uzmanlık tezi olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre yüksek lisans ve doktora düzeyinde birbirine yakın oranlarda çalışma yapıldığı söylenilebilir. KKDS ile ilgili tez çalışmalarının 2006 yılında başladığı, en fazla çalışmanın 2021 yılında yapıldığı ve 2007 yılı ile 2010-2014 yılları arasında Ulusal Tez Merkezine kayıtlı hiç çalışma yapılmadığı belirlenmiştir. KKDS ile ilgili tez çalışmalarının günümüze yaklaştıkça arttığı söylenilebilir. Bu durum üzerinde hastanelerde kullanılan bilgi sistemlerinin ve hastanelerin dijitalleşme oranının artmış olmasının etkili olduğu ifade edilebilir. Çalışmalarının toplamda 22 üniversitede yürütüldüğü ve en fazla araştırmanın Fırat Üniversitesinde (5 adet çalışma) gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Bu çalışmaların üç tanesi Doç. Dr. İbrahim TÜRKOĞLU'nun danışmanlığında yürütülmüştür. Bu bağlamda Fırat Üniversitesindeki yayın sayısının diğer üniversitelerden fazla olmasında üniversitedeki öğretim elemanın etkisinin olduğu söylenilebilir. Çalışmaların anabilim dallarına göre dağılımları incelenmiş olup KKDS ile ilgili en fazla çalışmanın mühendislikle ilgili anabilim dallarında (19 adet çalışma) yapıldığı, bu anabilim dallarından ise endüstri mühendisliği ve bilgisa-

yar mühendisliği anabilim dallarında çalışmaların yoğunlaştığı tespit edilmiştir. Yürütülen tez çalışmalarının ağırlıklı olarak KKDS geliştirilmesi gibi yazılım sistemleriyle ilgili olması nedeniyle çalışmaların daha çok mühendislik anabilim dalında yoğunlaştığı ifade edilebilir.

Araştırma kapsamında değerlendirilen bir diğer konu, KKDS ile ilgili yürütülen tez çalışmalarının içerikleridir. Yapılan inceleme sonucunda 15 farklı konu hakkında KKDS ile ilgili çalışma yürütüldüğü ve en fazla kanser hastalığına (8 adet çalışama) ve diyabet hastalığına (8 adet çalışama) ilişkin araştırma yapıldığı belirlenmiştir. Geliştirilen KKDS'lerin geliştirilme amacı incelendiğinde ise en fazla doğru teşhisin sağlanmasına (23 adet çalışma) ilişkin KKDS geliştirildiği bunu tedavi (14 adet çalışma) ve erken teşhise (12 adet çalışma) ilişkin KKDS geliştirme çalışmalarının takip ettiği belirlenmiştir. Hasta takibine ilişkin geliştirilen KKDS sayısının ise sadece iki tane olduğu tespit edilmiştir. Sağlık profesyonelleri içerisinde en fazla hekimler, tıbbi problemlerin yüksek karmaşıklığı ve bilişsel sınırlamalar nedeniyle karar hataları yapmaya eğilimlidir. Sağlık hizmetlerinde karar verme karmaşıktır. Çünkü basit gibi görünen problemleri çözmek için bile çok büyük miktarda bilgi gereklidir. Diğer taraftan çoklu görevler, sınırlı muhakeme ve hafıza kapasitesi gibi faktörlerden dolayı hekimin bilişsel yetenekleri kısıtlıdır. Hekimlerin herhangi bir destek olmaksızın gerekli tüm bilgileri hatırlanması ve uygulaması güçtür. Bu bağlamda yardımsız bir şekilde hekimin her zaman doğru kararlar vermesinin imkânsız olduğu söylenilebilir (Wagholikar vd., 2012). KKDS ile ilgili yürütülen tez çalışmalarının da hekimlerin başlangıçta doğru teşhis koymasını kolaylaştırmaya yönelik olduğu görülmektedir. Araştırmada geliştirilen KKDS'lerin sağlık bakım kalitesinin artırılması bakımından etkili olup olmadığı ise tez çalışmalarının sonuçları üzerinden değerlendirilmiş olup değerlendirme sonucunda sadece bir tez çalışması hariç tüm tez çalışmalarında KKDS'lerin sağlık bakım kalitesi üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Yürütülen tez çalışmalarının sonuçlarına göre hiçbir tez çalışmasında olumsuz etki tespit edilmemiştir. Yalnız bir tez çalışmasında herhangi bir etki bulgulanmamıştır. Bu sonuca göre KKDS, sağlık bakım kalitesinin artırılmasında %97,4'lük bir düzeyde etkili olduğu saptanmıştır. Literatürde yer alan çalışmalar klinik karar destek sistemlerinin bakımı iyileştirme veya en azından hekimlerin davranışlarını olumlu yönde değiştirme potansiyeline sahip olduğu konusunda genel bir fikir birliğine işaret etmektedir. KKDS'lerin sunduğu hatırlatıcılar, uyarılar, tedavi planları gibi birçok konuda sağladığı destekle sağlık profesyonellerinin uygulamalarını değiştirmede etkili olduğu bildirilmiştir (Alqahtan vd., 2016; Kaplan, 2001). Bu araştırmanın sonucunda da KKDS'lerin sağlık bakım kalitesinin artırılmasında son derece etkili bir sistem olduğu anlaşılmıştır. Araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

## Öneriler

Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanında yer alan tez çalışmalarının içeriklerinden KKDS ile ilgili yürütülen tez çalışmalarının ağırlıklı olarak yeni sistem geliştirilmesi ile ilgili olduğu görülmüştür. Araştırmacılara bundan sonraki süreçte kullanılmakta olan KKDS'lerin etkinliğine ilişkin çalışmalar yürütmeleri önerilebilir.

Değerlendirilen çalışmaların mühendislik anabilim dalında yoğunlaştığı belirlenmiştir. KKDS'lerin geliştirilmesi mühendislik alanıyla ilgili olmakla birlikte sistem kullanımının değerlendirilmesiyle ilgili diğer anabilim dallarında da KKDS'ler ile ilgili çalışmalar yapılabilir.

İncelenen tez çalışmalarının sadece bir tanesinde mevcut bir KKDS kullanımının sonucu değerlendirilmek istenmiş ancak sistemin kullanım oranının düşük olduğu bu nedenle etkinliğinin değerlendirilemediği tespit edilmiştir. KKDS'lerin kullanım durumuna ilişkin tez çalışmalarının son derece yetersiz olduğu anlaşılmaktadır. Bu bağlamda araştırmacılar tarafından mevcut KKDS'lerin kullanım oranlarının değerlendirilmesi önerilebilir.

Tezlerde KKDS ile ilgili 15 farklı konunun değerlendirilmiş olduğu ve en fazla diyabet ve kanser hastalıklarına ilişkin KKDS geliştirildiği belirlenmiştir. Gelecek araştırmalarda sağlık profesyonellerinin hangi hastalıklarla ilgili nasıl bir desteğe ihtiyaçları olduğu belirlenebilir. Bu araştırmada en fazla geliştirilen KKDS'nin doğru teşhise yönelik olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda hangi hastalıkların teşhisinde sorunlar yaşandığı belirlenerek bu hastalıkların doğru teşhis edilmesine ilişkin de KKDS geliştirilebilir.

Tezlerde araştırılan hastalıklar, geliştirilen KKDS'lerin geliştirilme amaçları ve tezlerin içerikleri dikkate alındığında daha çok hekimlere destek olmaya yönelik geliştirildikleri anlaşılmıştır. Diğer taraftan KKDS'ler diğer sağlık profesyonellerine de yardımcı olabilen sistemlerdir. Araştırmacıların diğer sağlık profesyonellerinin de kullandığı/kullanabileceği KKDS'lere ilişkin araştırmalar yapmaları önerilebilir.

Tezlerde geliştirilen KKDS'lerin aktif kullanımının devam edip etmediğine ilişkin bir araştırma yapılmasının da yararlı olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmada sadece Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanı kullanılarak tarama gerçekleştirilmiştir. Araştırmacılar tarafından diğer veri tabanları kullanılarak bir tarama yapılabilir.

## Kaynakça


Alqahtan, S. S., Alshah, S., Almal, A. I. ve Nade, F. (2016). The Implementation of Clinical Decision Support System: A Case Study in Saudi Arabia. *International Journal of Information Technology and Computer Science, 8*(8). 23-30.

Chaudhry, B., Wang, J., Wu, S., Maglione, M., Mojica, W., Roth, E., … ve Shekelle, P. G. (2006). Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care. *Annals of Internal Medicine, 144*(10). 742. doi:10.7326/0003-4819-144-10-2006

Chassin, M. R. (1998). The Urgent Need to Improve Health Care Quality Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA, 280*(11). 1000. doi:10.1001/jama.280.11.1000

Çelik, M., Güneş, D., Akbaş, G. ve Özkan, A. (2019). Hemşirelikte Klinik Karar Destek Sistemleri Kullanımı: Dr. Siyami Ersek Hastanesi Örneği. *Cardiovasc Perf Nurs., 1*(1). 10-19.

Çiriş Yıldız, C., Başıbüyük, M. ve Yıldırım, D. (2020). Klinik Karar Destek Sistemlerinin Hemşirelikte Kullanımı. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, 8*(2). 483-495.

Eyüpoğlu, C. (2020). Kronik Böbrek Hastalığının Erken Tanısı için Yeni Bir Klinik Karar Destek Sistemi. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi,* (20). 448-455.

Fan, D., Zhu, C. J., Huang, X., ve Kumar, V. (2021). Mapping The Terrain of International Human Resource Management Research Over The Past Fifty Years: A Bibliographic Analysis. *Journal of World Business, 56*(2). 101185. doi:10.1016/j.jwb.2020.101185

Gürbüz, S. ve Şahin, F. (2017). "Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri", Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2017, s. 105.

Jaspers, M. W., Smeulers, M., Vermeulen, H., Peute, L. W. (2011). Effects of Clinical Decision-Support Systems on Practitioner Performance and Patient Outcomes: A Synthesis of High-Quality Systematic Review Findings. *J Am Med Inform Assoc., 18*(3). 327-334. doi: 10.1136/amiajnl-2011-000094.

Kaplan, B. (2001). Evaluating Informatics Applications—Clinical Decision Support Systems Literature Review. *International Journal of Medical Informatics, 64*(1). 15-37. doi:10.1016/s1386-5056(01)00183-6

Morris, A. H. (2002). Decision Support and Safety of Clinical Environments. *Quality and Safety in Health Care, 11*(1). 69-75. doi:10.1136/qhc.11.1.69

Özkan, E. (2020). HIMSS-EMRAM Seviye 7 Tam Dijital Hastanede Laboratuvar Destekli Klinik Karar Destek Sistemleri (KKDS) Analiz Örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 7*(3). 204-208.

Shiffman, R. N., Liaw, Y., Brandt, C. A., Corb, G. J. (1999). Computer-Based Guideline Implementation Systems: A Systematic Review of Functionality and Effectiveness. *J Am Med Inform Assoc., 6*(2), 104-114. doi: 10.1136/jamia.1999.0060104.

Silva, S. T., Hak, V. ve Machado, (2022). Rule-based Clinical Decision Support System Using the OpenEHR Standard. *Procedia Computer Science,* 201, 726-731. https://doi.org/10.1016/j.procs.2022.03.098

Sucher, J. F., Moore, F. A., Todd, S. R., Sailors, R. M., ve McKinley, B. A. (2008). Computerized Clinical Decision Support: A Technology to Implement and Validate Evidence Based Guidelines. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care, 64*(2), 520-537. doi:10.1097/ta.0b013e3181601812

Temoçin, F., Köse, H. ve Sürel, A. A. (2019). Enfeksiyon Kontrol Önlemlerine İlişkin Klinik Karar Destek Sistemlerinin Hazırlanması ve Etkililiğin Değerlendirilmesi. *Journal of Health Sciences and Medicine, 2*(2), 54-57.

Ültay, E., Akyurt, H. ve Ültay, N. (2021). Sosyal Bilimlerde Betimsel İçerik Analizi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi,* (10), 188-201.

Wagholikar, K. B., Sundararajan, V. ve Deshpande, A. W. (2012). Modeling Paradigms for Medical Diagnostic Decision Support: A Survey and Future Directions. *J Med Syst. 36*(5), 3029-3049. doi: 10.1007/s10916-011-9780-4.

Wasylewicz, A. T. M., ve Scheepers-Hoeks, A. M. J. W. (2018). Clinical Decision Support Systems. *Fundamentals of Clinical Data Science,* 153-169. doi:10.1007/978-3-319-99713-1_11

Zupic, I. ve Čater, T. (2014). Bibliometric Methods in Management and Organization. *Organizational Research Methods, 18*(3), 429-472. doi:10.1177/1094428114562629

**Araştırma kapsamında değerlendirilen tez çalışmalarının yıllara göre sıralaması**

**2021**

Aktaş Potur, E. (2021). Veri Madenciliği ile Diyabet Hastalığı Teşhisinde Karma Sınıflandırıcı Algoritma Önerilmesi ve Karar Destek Sistemi Geliştirilmesi. Eskişehir Teknik Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Endüstri Mühendisliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Bişkin Çetin, S. (2021). Bilgisayara Dayalı Karar Destek Sisteminin Acil Servis Triyaj Yönetimine Etkisi. Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi

İbil, E. H. (2021). Tip-2 Diyabet Hastalığında Kişiselleştirilmiş Tedavi Yöntemini Temel Alan Karar Destek Sistemi Önerisi: Küresel Bulanık AHP Yöntemi ile Risk Durumuna Göre En İyi İlaç Kombinasyonunun Oluşturulması. İstanbul Teknik Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Endüstri Mühendisliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Nozaddizaji, L. (2021). A Symptom Based Clinical Decision Support System for Early Diagnosis of Behcets Disease. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Genetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Okutkan, C. (2021). Diyabetli Hastalarda Glikoz Yoğunluğu'nun Tahmin Edilmesi İçin Yapay Zekâ Tabanlı Bir Karar Destek Sistemi Tasarımı. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Endüstri Mühendisliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi

Sözen, M. E. (2021). Sağlık Sektörü Birinci Basamak Özelinde Kardiyovasküler Risk Tahminlemesi İçin Yapay Öğrenme Teknikleri Kullanılarak Klinik Karar Destek Sistemi Tasarlanması. T.C. Yaşar Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi

Tangel, C. (2021). Diyabet Hastalarının Uzaktan Takibi İçin Bir Klinik Karar Destek Yöntemi ve Mobil Uygulaması. Kocaeli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Bilgisayar Mühendisliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

**2020**

Değirmenci, S. (2020). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalında Oluşturulan Ulusal Triyaj Projesi 'Acil Servis Triyaj Karar Destek Sistemi – Ankütriyaj' Kanada Triyaj Aciliyet Sistemi ve Manchester Triyaj Sistemi ile Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi

Kheder, H. A. (2020). A Decision Support System and Task Analyses for Management of Female Urinary Incontinence. Fırat Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yazılım Mühendisliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Tiryaki, H. (2020). Derin Öğrenme Yaklaşımı ile Pulmoner Nodül Karar Destek Sistemi. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

**2019**

Arısoy, S. (2019). Böbrek Nakil Başarısının İzlenmesi İçin Bir Karar Destek Aracı. Başkent Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Endüstri Mühendisliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Coşkun, M. (2019). Hastane Laboratuvar Bilgi Yönetim Sisteminde Ek Karar Destek Sistemleri Kullanılarak Örneklerin Alınması ve Sınıflandırılmasının İyileştirmesi. Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Biyoistatistik ve Tıbbı Bilişim Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Doğu, E. (2019). Medical Decision Support Applications Using Artificial Intelligence Techniques.

Galatasaray Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Endüstri Mühendisliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi

Gündoğdu, C. (2019). Uygun Radyolojik Tetkik İstemi İçin Hastane Bilgi Sistemine Entegre Otomatik Karar Destek Sistemi Tasarımı. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Medikal İnformatik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.

Şahinbaş, K. (2019). Dengesiz Klinik Veriler İçin Karar Destek Önerisi: Akut Apandisit Örneği. İstanbul Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Enformatik Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi

Yılmaz, K. (2019). Anestezi Derinliği Kontrolünde Bulanık Mantık ve Yapay Bağışıklık Sistemi Temelli Karar Destek Sistemi. Düzce Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Bilgisayar Mühendisliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Yılmazer, Ç. (2019). Üroflovmetre-Elektromiyografi Sinyalleri Sınıflandırılarak Alt Üriner Sistem Disfonksiyonu İçin Tıbbi Karar Destek Sistemi Oluşturulması. TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Biyomedikal Mühendisliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

**2018**

Belen, N. (2018). Acil Tıp Kliniğine Göğüs Ağrısı Şikâyeti ile Başvuran Hastalarda Otuz Günlük Kardiyak İlişkili Olayların Tanımlanmasında Klinik Karar Destek Sistemi (Clinical Decision Support System) Geliştirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğt. ve Arş. Hast., Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi

Kart, Ö. (2018). Developing Clinical Decision Support and Patient Monitoring System in Primary Health Care with Case Studies. Dokuz Eylül Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Bilgisayar Mühendisliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi

Yaşar, A. (2018). Mide Kanserinin Tespiti İçin Görüntü İşleme Teknikleri Kullanılarak Bir Karar Destek Sisteminin Geliştirilmesi. Selçuk Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Bilgisayar Mühendisliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi

**2017**

Alpaslan, N. (2017). A Decision Support System Based On Content-Based Image Retrieval For Breast Cancer Diagnosis. İnönü Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Bilgisayar Bilimleri ve Mühendisliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi

Buçan Kırkbir, İ. (2017). Kalp Krizi Karar Destek Sistemi. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Biyoistatistik ve Tıbbı Bilişim Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Harman, G. (2017). A Software Library For Computerized Clinical Health Decision Support System Focusing On Acoustic Respiratory Data Acquisition and Analysis. İstanbul Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Biyoteknoloji Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi

Kurt, T. (2017). Akut Apandisit Hibrit Karar Destek Sistemi. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Biyoistatistik ve Tıbbı Bilişim Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

**2016**

Akyol, K. (2016). Diyabetik Retinopatinin Gerçek Zamanlı Tespiti İçin Karar Destek Sistemi. Karabük Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Bilgisayar Mühendisliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi

Aydın, D. B. (2016). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İdrar Yolu Enfeksiyonunu Tanımlama İçin Yapay Sinir Ağı Tabanlı Bir Karar Destek Sisteminin Geliştirilmesi. Bozok Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Elektrik-Elektronik Mühendisliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

**2015**

Avcı, D. (2015). İdrar İmgelerinden Hücrelerin Tanınması ve Sayımı İçin Steganografik Yöntemler Tabanlı Güvenli Bir Karar Destek Sistemi. Fırat Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Elektrik-Elektronik Mühendisliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi

Bozkurt, S. (2015). Gerçek Zamanlı Mamografi Yorumu Karar Destek Sistemi. Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Biyoistatistik ve Tıbbı Bilişim Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi

Çelik, U. (2015). Baş Ağrısı Teşhisi İçin Bir Karar Destek Sisteminin Geliştirilmesi. Sakarya Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Bilgisayar ve Bilişim Mühendisliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi

Karacan, İ. (2015). A New Hybrid Decision Support Tool and an Application to Health Technology Selection. Deniz Harp Okulu Komutanlığı, Deniz Bilimleri ve Mühendisliği Enstitüsü, Harekât Araştırması Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Meterelliyoz, E. (2015). Böbrek Dağıtım Sistemi İçin Yeni Bir Karar Destek Modeli. İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Endüstri Mühendisliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

**2009**

Çiftçi, A. H. (2009). Kan Merkezlerindeki Bozulabilir Envanter ve Ürün-Kullanıcı Uyumsuzluğu Problemlerinin Yönetiminde Karar Destek Sistemlerinin Kullanılması. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi

Gülkesen, K. H. (2009). A Patient-Oriented Decision Support Framework and İts Application to Biopsy Decision for Prostatic Carcinoma. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Enformatik Enstitüsü, Sağlık Bilişimi Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi

Karabulut, E. (2009). Mamografi Görüntülerinin Değerlendirilmesinde Örüntü Tanıma Temelli Bir Karar Destek Sistemi. Fırat Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Elektronik ve Bilgisayar Sistemleri Eğitimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

**2008**

Şen Köktaş, N. (2008). `Oagait': A Decision Support System for Grading Knee Osteoarthritis Using Gait Data/`Oagaıt?. Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Enformatik Enstitüsü, Bilişim Sistemleri Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi

**2006**

Çorapçıoğlu, M. E. (2006). Tıpçıt: Tıbbi Karar Destek Sistemi Çekirdeği. Başkent Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Bilgisayar Mühendisliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Şengür, A. (2006). Endoskopik Görüntülerin Değerlendirilmesinde Görüntü İşleme Temelli Akıllı Karar Destek Sistemi. Fırat Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Elektrik-Elektronik Mühendisliği Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi

Toraman, S. (2006). Histopatolojik İmgelerin Değerlendirilmesinde Örüntü Tanıma Temelli Karar Destek Sistemleri. Fırat Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Elektronik-Bilgisayar Eğitimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

# YEŞİL HASTANE KONULU YAYINLARIN BİBLİYOMETRİK PROFİLİ: WEB OF SCIENCE CORE COLLECTION VERİ TABANINA DAYALI BİR DEĞERLENDİRME

Cemre Eda Erkılıç [1]

***Özet***

*Bu çalışmanın amacı yeşil hastane konulu yayınların bibliyometrik profilini incelemek, mevcut durumlarını belirlemek ve yeşil hastane konulu çalışmalara yön göstermektir. Çalışma amacı doğrultusunda, Web of Science (WoS) Core Collection veri tabanında 2009-2021 yılları arasında yayımlanan yayınlara ait veriler bibliyometrik analiz yöntemiyle incelenmiştir. Çalışma sonucunda, WoS Core Collection veri tabanında toplam 56 yayın ve toplam 243 atıf tespit edilmiştir. Ayrıca, son beş yılda yayın ve atıf sayılarında artış olduğu gözlemlenmiştir. Yayın ve atıf sayılarının son yıllarda artması, yeşil hastane konusuna yönelik farkındalığın ve ilginin arttığını göstermektedir. Ancak, WoS Core Collection veri tabanında yer alan yayın sayısının az olması, yeşil hastane konusu üzerine daha fazla yayın yapılması gerekliliğini ön plana çıkarmaktadır. Hastanelerin, sürdürülebilirliği sağlayan yapı ve uygulamaların kullanıldığı yeşil hastanelere dönüştürülmesinin öneminin vurgulanması gerekmektedir. Küresel sürdürülebilirliğe katkıda bulunan yeşil hastanelere dikkat çekilmesi ve yeşil hastanelerin öneminin vurgulanması için araştırmacılar tarafından nitelikli yayınların yapılması önem arz etmektedir.*

***Anahtar Kelimeler****: Sürdürülebilirlik, Hastane, Yeşil Hastane, Bibliyometrik Analiz*, *Web of Science Core Collection*

# BIBLIOMETRIC PROFILE OF PUBLICATIONS ON GREEN HOSPITAL: AN EVALUATION BASED ON WEB OF SCIENCE CORE COLLECTION DATABASE

***Abstract***

*The purpose of this study is to examine the bibliometric profile of publications on green hospital, to determine their current status and to guide studies*

1 Öğr. Gör. Dr, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Polatlı Sosyal Bilimler MYO, cemre.yar@hbv.edu.tr

*on green hospital. In direction of the purpose of the study, the data of the publications published between 2009 and 2021 in the Web of Science (WoS) Core Collection database on the green hospital topic were examined by bibliometric analysis method. As a result of the study, a total of 56 publications and a total of 243 citations were determined in WoS Core Collection database. In addition, it was observed that the number of publications and citations was increased in the last five years. The increase in the number of publications and citations on the green hospital in recent years shows that the awareness and interest in the green hospital is increasing. However, the low number of publications in the WoS Core Collection database highlights the need for more publications on the green hospital. It is necessary to underline the importance of converting hospitals into green hospitals where structures and practices that ensure sustainability are used. it is important to carry out qualified publications by researchers to draw attention to green hospitals that contribute to global sustainability and emphasize the importance of green hospitals.*

***Key Words**: Sustainability, Hospital, Green Hospital, Bibliometric Analysis, Web of Science Core Collection*

## 1. Giriş

Sürdürülebilirlik yaşanabilir bir gelecek için yaşamın her alanı üzerinde etkili olan bir yaklaşımdır. İnsanlar için daha yüksek yaşam kalitesi elde etme çabalarının çerçevesi olarak tanımlanan sürdürülebilirlik, 1980 yılından itibaren tartışılan bir konu olarak stratejik açıdan geleceğe uyum sağlanması için önemli bir gereklilik olarak kabul edilmektedir (Erkılıç, 2021). *Günümüzde* sürdürülebilirliğin gelişmiş ülkelerin kalkınma planlarının öncelikli maddesi haline gelmesine paralel olarak sürdürülebilir üretim ve tüketim yaklaşımlarının ön plana çıkması, işletmeleri sürdürülebilir yenilikçi uygulamalar arasında yer alan yeşil stratejileri benimsemeye yöneltmiş ve yeşil binaların sürdürülebilir kalkınma hedeflerine önemli derecede katkıda bulunabileceği belirtilmiştir (Karaca vd., 2018:79). Yeşil konsept sürdürülebilir kalkınmayı devam ettirmek için kaçınılmaz bir gereklilik olarak görülmekte olup, yeşil bir bina enerji ve karbon emisyonunu azaltmak, iç mekan konforunu iyileştirmek gibi sürdürülebilirliği teşvik etmede daha yüksek hedeflere sahiptir (Zhan vd, 2022). İnsan ve çevre sağlığının korunması ve verimliliğin artırılması amacıyla daha az malzeme, su ve enerji tüketen ve iyi konumlandırılan bina olarak tanımlanan yeşil bina, bilimsel çalışmaların, devlet kurumlarının, sivil toplumun yanı sıra yapı endüstrilerinin en yaygın odak alanlarından biri haline gelmiştir (Kurtaran & Yeşildağ, 2021; Sahamir & Zakaria, 2014).

Sağlık hizmetlerinin en önemli arz edicisi olan ve sağlık hizmetleri sunumunda merkezi bir rol oynayan hastaneler, hem sağlığın hem de sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği üzerinde olumlu ve olumsuz etkileri olan sağlık kurumlarıdır. Hastaneler kaliteli sağlık hizmeti sunma sorumluluğuna sahipken, aynı zaman-

da çevresel uygulamalar ile iç ve dış müşterilerin ve çevre sağlığının geliştirildiği temiz ve dostane bir ortamın yaratılmasından da sorumludur (Harris vd., 2009). Ancak, 24 saat kesintisiz hizmet sunan kurumlar olarak her gün temiz su, elektrik, yakıt gibi büyük miktarlarda kaynak tüketen ve katı, sıvı, biyolojik, tıbbi gibi tehlikeli atık üreten hastanelerin çevre üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır (Marshal vd., 2021). Hastanelerin çevre üzerindeki olumsuz etkileri ve hastanelerde kaynak kullanımında etkinliğin sağlanamaması sürdürülebilirlik sorunlarına yol açmaktadır. Dolayısıyla, birincil görevi hastaların ve genel olarak toplumun refahını artırmak olan hastanelerde yeşil binalara odaklanmak gerekli hale gelmiştir (Golbazi ve Aktas, 2020). Hastanelerin çevre üzerindeki olumsuz etkilerinin en aza indirilmesi, kaynak kullanımında ve atık yönetiminde etkinliğin sağlanması, tüketici beklentilerinin karşılanması gibi önemli amaçların gerçekleştirilmesi için "yeşil bina" konsepti içerisinde değerlendirilen "yeşil hastane" kavramı gündeme gelmiş ve yeşil hastaneler yenilikçi uygulamalar arasında yer almaya başlamıştır (Karaca vd., 2018). Yeşil hastane, sağlık ve sürdürülebilir çevre ilkeleri dikkate alınarak tasarlanan, inşa edilen/yenilenen ve işletilen bir hastane olarak (Marshal vb., 2021), çevre dostu uygulamaların ve hastane yapılarının bir araya geldiği durumları ifade etmektedir (Kılıç ve Güdük, 2018). Enerji kullanımının azaltılması, geri dönüşümün iyileştirilmesi, su tüketimi, inşaat malzemelerinin özelliği gibi sürdürülebilirlik üzerinde etkili unsurlara vurgu yapan yeşil hastane kavramı, sağlık hizmetlerinde kaynakların verimli kullanılması, maliyetlerin azaltılması, hizmet sunumunda kalitenin sağlanması, etkin atık yönetimi ve çevreye verilen zararın en aza indirilmesi amacını taşıyan hastane binaları ve uygulamaları olarak tanımlanmaktadır (Kurtaran & Yeşildağ, 2021). Sürdürülebilir kentsel gelişimin önemli bir örneği olan yeşil hastaneler, kaynak tasarrufunu en üst düzeye çıkarmayı, çevreyi korumayı ve kirliliğini azaltmayı, hastalara ve sağlık personeline verimli, uygulanabilir ve sağlıklı kullanım alanları sağlamayı amaçlamaktadır (Zhan vd, 2022). Yeşil hastaneler, hem sağlık personeli/hasta memnuniyetine ve güvenliğine katkıda bulunan hem de çevre dostu ve çevreye duyarlı hastane tasarımları olarak, sürdürülebilir sağlık altyapısının oluşturulmasını sağlamaktadır (Karaca vd., 2018).

Yeşil hastane uygulamalarının dünya genelinde yaygınlaştırılması için araştırmacılar tarafından yeşil hastane konusuna dikkat çekilerek, sürdürülebilir sağlık altyapısının oluşturulmasında yeşil hastanelerin öneminin ve katkısının vurgulandığı bilimsel çalışmaların yapılması önem arz etmektedir. *Çevre sorunlarına yönelik önemli girişimlerden biri olarak yeşil hastanelere ilgi artmıştır* (Zhan vd, 2022). Yeşil hastane konusuna özellikle son yıllarda araştırmacıların ilgisinin artmasına rağmen, yeşil hastane konusunun ele alındığı az sayıda çalışma bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin, toplum sağlığının ve çevrenin sürdürülebilirliğine katkıda bulunması açısından yeşil hastanenin önemli bir konu olması, ancak yeşil hastane konulu az sayıda çalışmanın bulunması bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde etkili olmuştur. Yeşil hastane konulu yayınların bibliyometrik profilinin incelenmesi, mevcut durumlarının belirlenmesi ve yeşil hastane konulu çalışmalara yön

gösterilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, WoS Core Collection veri tabanında 2009-2021 yılları arasında ulaşılan yayınların bibliyometrik özellikleri incelenmiştir. Çalışmanın ilerleyen bölümlerinde ilk olarak çalışma amacı doğrultusunda uygulanan araştırmanın yöntemi açıklanmış, daha sonra araştırma sonucunda elde edilen bulgular paylaşılmış ve son olarak araştırmanın sonuçları ve önerileri sunulmuştur.

## 2. Yöntem

Yeşil hastane konulu yayınların bibliyometrik profilini incelemek, mevcut durumlarını belirlemek ve elde edilen bilgiler doğrultusunda yeşil hastane konusu üzerine yapılacak çalışmalara yön göstermek amacıyla tarama araştırması yapılmıştır. Tarama araştırmaları, araştırmacı tarafından belirlenen özellikler doğrultusunda araştırma konusuyla ilgili var olan durumun belirlenmesine yönelik verilerin toplanması amacıyla yapılmakta ve araştırma konusunun mevcut durumunu ortaya çıkararak betimleme yapılmasını sağlamaktadır (Polat ve Karakuş, 2021). Bu araştırmada kullanılan veriler, WoS Core Collection veri tabanı taranarak toplanmıştır. Teknik, tıbbi ve sosyal bilimlerde yüksek veri kalitesi ile dünya çapında en yüksek etkiye sahip kaynakları kapsayan WoS Core Collection, multidisipliner alanlarda en kapsamlı ve en büyük veri tabanlarından biri olarak nitelendirilmektedir (Zyoud vd., 2018). Sahip olduğu nitelikler nedeniyle bu araştırmada veri tabanı olarak Wos Core Collection kullanılmıştır.

Araştırma sürecinde, Tablo 1'de gösterilen kriterler doğrultusunda tarama gerçekleştirilmiştir.

**Tablo 1.** Tarama Kriterleri

| Veri Tabanı | Tarama Türü | Tarama Yılları | Tarama Kelimeleri | Yayın Dili | Doküman Türü | WoS İndeksleri |
|---|---|---|---|---|---|---|
| WoS Core Collection | Konu (Topic) | 1975-2021 | green hospital, green hospitals, green hospital building, green hospital buildings, green hospital design, green hospital designs, green healthcare facility, green healthcare facilities, sustainable hospital building, sustainable hospital buildings, sustainable hospital design, sustainable hospital designs, sustainable healthcare design, sustainable healthcare designs, sustainable healthcare building, sustainable healthcare buildings | Tüm diller | Tüm dokümanlar | Tüm indeksler |

Yeşil hastane konulu yayınları incelemek amacıyla 4 Temmuz 2022 tarihinde Tablo 1'de yer alan kriterler doğrultusunda Wos Core Collection veri tabanında

çevrim içi bir tarama yapılmıştır. Bu doğrultuda, öncelikle Wos Core Collection veri tabanında yer alan yeşil hastane konulu yayınların tamamına ulaşabilmek ve uzun bir zaman aralığı belirlemek için taramanın başlangıç yılı 1975 olarak, bibliyometrik araştırmalarda biten yılın araştırma kapsamına alınması gerektiği için taramanın bitiş yılı ise 2021 olarak seçilmiştir. Daha sonra, başlık, özet ve anahtar kelimeleri içeren konu (topic) tarama terimi kapsamında, "green hospital (yeşil hastane)", "green hospitals (yeşil hastaneler)", "green hospital building (yeşil hastane binası)", "green hospital buildings (yeşil hastane binaları)", "green hospital design (yeşil hastane tasarımı)", "green hospital designs (yeşil hastane tasarımları)", "green healtcare facility (yeşil sağlık tesisi)", "green healtcare facilities (yeşil sağlık tesisleri)", "sustainable hospital building (sürdürülebilir hastane binası)", "sustainable hospital buildings (sürdürülebilir hastane binaları)", "sustainable hospital design (sürdürülebilir hastane tasarımı)", "sustainable hospital designs (sürdürülebilir hastane tasarımları)", "sustainable healthcare building (sürdürülebilir sağlık hizmeti binası)", "sustainable healthcare buildings (sürdürülebilir sağlık hizmeti binaları)", "sustainable healthcare design (sürdürülebilir sağlık hizmeti tasarımı)", "sustainable healthcare designs (sürdürülebilir sağlık hizmeti tasarımları)" kelimeleri "or (veya)" bağlacı seçilerek, yayın dilinde, doküman türünde ve WoS indekslerinde herhangi bir sınırlandırma olmadan tarama yapılmıştır.

Tablo 1'de gösterilen kriter doğrultusunda yapılan tarama sonucunda, yeşil hastane konulu yayınların Wos Core Collection veri tabanında 2009 yılından itibaren yer almaya başladığı tespit edilmiştir. Bu nedenle, araştırma kapsamına 2009 ve 2021 yılları arasındaki 13 yıllık dönemde Wos Core Collection veri tabanında yer alan yayınlar dahil edilmiştir. Bu doğrultuda, 2009-2021 yılları arasında Wos Core Collection veri tabanında yer alan toplam 66 adet yayına ulaşılmıştır. Yayınlara yönelik yapılan inceleme sonucunda, bazı yayınlarda yer alan yazar soyadlarında veya hastane isimlerinde "yeşil (green)" kelimesinin kullanıldığı, ancak bu yayınların yeşil hastane konusuyla ilişkili olmadığı tespit edildiği için yeşil hastane konusuyla ilişkili olmayan toplam 10 yayın araştırma kapsamından çıkarılmıştır. Wos Core Collection veri tabanında yapılan sınırlandırmalar sonucunda, yeşil hastane konulu toplam 56 yayına ait veri, araştırmanın veri seti olarak kullanılmıştır.

Yeşil hastane konulu yayınlara yönelik Wos Core Collection veri tabanında tarama yapılarak toplanan verilerin kapsamlı ve sistematik bir biçimde incelemesini yapmak için bibliyometrik analiz yöntemi kullanılmıştır. Objektif yayın verilerini kullanan ve yayınların bilimsel araştırmalar tarafından üretilen bilgiyi temsil ettiği varsayımına dayanan bibliyometrik analiz, belirli bir araştırma alanının tarihini ve yapısını ana hatlarıyla belirtmek için kullanılmakta, böylece literatür gelişiminin ve bilgi akışının anlaşılmasını sağlamaktadır (Estabrooks vd., 2004). Bibliyometrik analiz yıl, atıf, yazar, ülke, kurum gibi akademik yayın türündeki bibliyometrik

göstergeleri çözümlemeye yarayan sistematik bir yöntem olarak kullanılmaktadır (Polat ve Karakuş, 2021). Bu araştırmada WoS Core Collection veri tabanında yapılan tarama sonucunda ulaşılan yayınların bibliyometrik profillerinin belirlemesi amacıyla yayın türü, yayınlarda kullanılan dil, yayın sayısı, yazar, atıf sayısı, atıf alan yayın, ülke, kurum, araştırma alanı ve yayın başlığı olmak üzere toplam 10 adet gösterge kullanılmıştır.

## 3. Bulgular

Araştırma kapsamında, 2009-2021 yılları arasındaki 13 yıllık dönemde Wos Core Collection veri tabanında yer alan yeşil hastane konulu yayın türleri Tablo 2'de gösterilmektedir.

**Tablo 2.** Yeşil Hastane Konulu Yayın Türleri

| Yayın Türü | Sayı | Yüzde (%) |
|---|---|---|
| Makale | 30 | 53,57 |
| Tam Metin Bildiri | 20 | 35,71 |
| Derleme Makale | 2 | 3,57 |
| Editöryal Materyal | 2 | 3,57 |
| Özet Bildiri | 1 | 1,79 |
| Kitap Bölümü | 1 | 1,79 |
| Toplam | **56** | **100,00** |

Kaynak: WoS Core Collection Veri Tabanı (Erişim Tarihi: 04.07.2022)

Tablo 2 incelendiğinde yeşil hastane konulu toplam 56 yayının %53,57'sinin makale ve %35,71'inin tam metin bildiri olduğu görülmektedir. Makale ve tam metin bildiriyi sırasıyla derleme makale, editöryal materyal, özet bildiri ve kitap bölümü takip etmektedir.

Yeşil hastane konulu yayınlarda kullanılan diller ve ilgili dillerde yapılan yayın sayıları Tablo 3'te gösterilmektedir.

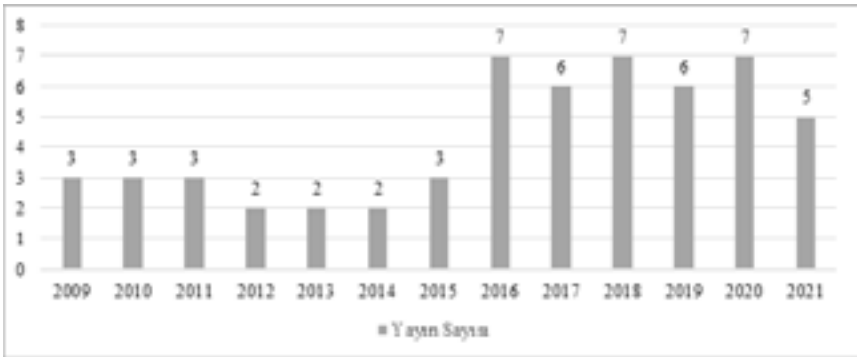
**Tablo 3.** Yeşil hastane Konulu Yayınlarda Kullanılan Diller

| Kullanılan Dil | Yayın Sayısı | Yüzde (%) |
|---|---|---|
| İngilizce | 53 | 94,64 |
| İspanyolca | 2 | 3,57 |
| Türkçe | 1 | 1,79 |
| Toplam | 56 | 100,00 |

Kaynak: WoS Core Collection Veri Tabanı (Erişim Tarihi: 04.07.2022)

Tablo 3'te incelendiğinde yeşil hastane konulu yayınlarda en fazla İngilizce'nin kullanıldığı (%94,64) ve İspanyolca ile birlikte Türkçe'nin de kullanılan diller arasında yer aldığı görülmektedir.

Yıllara göre yeşil hastane konulu yayın sayılarının dağılımına yönelik analizi sonuçları Grafik 1'de gösterilmektedir.




**Grafik 1**. Yıllara Göre Yayın Sayılarının Dağılımı

Kaynak: WoS Core Collection Veri Tabanı (Erişim Tarihi: 04.07.2022)

Grafik 1 incelendiğinde yeşil hastane konulu yayınların 2009 yılında yayınlanmaya başladığı, yayın sayılarının 2015 yılından sonra artmaya başladığı ve yedişer yayın sayısı ile en fazla yayın sayısına 2016, 2018 ve 2020 yıllarında ulaşıldığı görülmektedir.

Yeşil hastane konusu üzerine yapılan toplam 56 yayın incelendiğinde, yayınların pek çoğunun bir yazar tarafından değil, iki veya ikiden fazla yazar tarafından yapıldığı, böylece yeşil hastane konusuna bireysel açısından toplam 164 yazar tarafından katkı sunulduğu tespit edilmiştir. Yazar sayısının fazla olması nedeniyle Tablo 4'te yeşil hastane konulu yayınlara bireysel açısından en fazla katkı sunan yazarlara ve yazarlara ait olan yeşil hastane konulu yayın sayılarına yer verilmiştir.

**Tablo 4.** Yeşil Hastane Konulu En Fazla Yayını Bulunan İlk 5 Yazar ve Sıraları

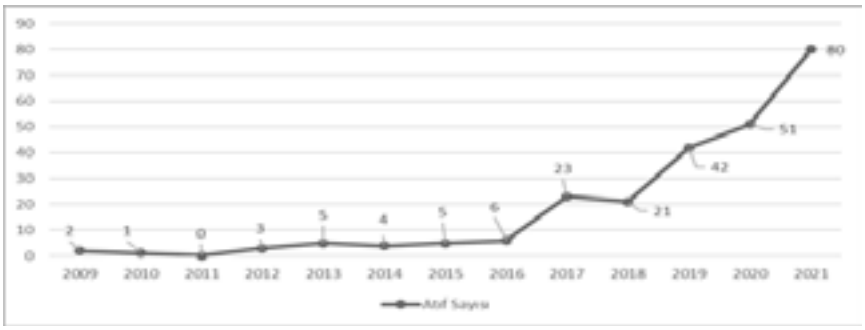
| Sıra[a] | Yazar | Yayın Sayısı |
|---|---|---|
| 1 | Aktas C.B. | 2 |
| 1 | Golbazi M. | 2 |
| 1 | Castro M.D. | 2 |
| 1 | Braganca L. | 2 |
| 1 | Mateus R. | 2 |

a Eşit derecede katkı sunan yazarlar aynı sıralamaya sahiptir.

Kaynak: WoS Core Collection Veri Tabanı (Erişim Tarihi: 04.07.2022)

Tablo 4 incelendiğinde Aktas C.B, Golbazi M., Castro M.D., Braganca L.ve Mateus R.'nin ikişer yayınla yeşil hastane literatürüne en fazla katkı sunan yazarlar olduğu görülmektedir. Ayrıca, en çok yayın yapan yazarlar arasında Türkiye'den Aktas, C.B'nin yer yer aldığı ve Tablo 4'te gösterilmeyen ancak iki yayın sayısı ile birinci sırada yer alan altı yazar (Ooshaksaraei P., Sadatsafavi H., Shepley M.M., Sopian K.,Taborn M. ve Walewski J.) haricinde diğer yazarların birer yayın sayısı ile ikinci sırada yer alarak, yeşil hastane literatürüne eşit derecede katkı sundukları tespit edilmiştir.

Yıllara göre yeşil hastane konulu yayınlara yapılan atıf sayılarının dağılımına yönelik atıf analizi sonuçları Grafik 2'de gösterilmektedir.




**Grafik 2**. Yıllara Göre Atıf Sayılarının Dağılımı

Kaynak: WoS Core Collection Veri Tabanı (Erişim Tarihi: 04.07.2022)

Yeşil hastane konulu yayınlara yönelik 2009-2021 yılları arasında toplam 243 atıf yapıldığı tespit edilmiştir. Grafik 2 incelendiğinde, yapılan atıf sayılarında 2016 yılından sonra artış olduğu ve toplam 80 atıf ile en fazla atıf sayısına 2021 yılında ulaşıldığı görülmektedir. Ayrıca, toplam atıf sayısının %89'una son beş yıllık dönemde ulaşıldığı tespit edilmiştir.

Yeşil hastane konulu toplam 23 yayının atıf aldığı tespit edilmiştir. Atıf alan yayın sayısının fazla olması nedeniyle Tablo 5'te en çok atıf alan ilk beş yayın bilgisine yer verilmiştir.

**Tablo 5**. Yeşil Hastane Konulu En Fazla Atıf Alan ilk 5 Yayın

| Sıra | Yazar (Yıl) | Yayın Adı | Yıllık Ortalama Atıf Sayısı | Toplam Atıf Sayısı |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Wood, L.C. vd. (2016) | Green hospital design: Integrating quality function deployment and end-user demands | 5,29 | 35 |
| 2 | Ryan-Fogarty, Y. vd. (2016) | Greening healthcare: Systematic implementation of environmental programmes in a university teaching hospital | 4,57 | 29 |
| 3 | Sahamir, S. R. & Zakaria, R. (2014) | Green assessment criteria for public hospital building development in Malaysia | 2,89 | 25 |
| 4 | Weisz, U. vd. (2011) | Sustainable Hospitals: A Socio-Ecological Approach | 1,83 | 21 |
| 5 | Harris, N. vd. (2009) | Hospitals going green a holistic view of the issue and the critical role of the nurse leader | 1,36 | 19 |

Kaynak: WoS Core Collection Veri Tabanı (Erişim Tarihi: 04.07.2022)

Tablo 5'te görüldüğü gibi yıllık ortalama 5,29 ve toplam 35 atıf sayısı ile en fazla atıfı yeşil hastanelerdeki tasarım ögeleriyle ilgili son kullanıcı tercihlerinin ve yeşil hastane tasarımının kalitesini etkileyebilecek faktörlerin belirlenmesi amacıyla Wood ve diğerleri (2016) tarafından yapılan yayın almıştır. İkinci sırayı yıllık ortalama 4,57 ve toplam 29 atıf sayısı ile sağlık hizmetlerinin neden olduğu olumsuz çevresel etkileri bütüncül sistem yaklaşımıyla azaltmanın bir uygulamasının sunulması amacıyla Ryan-Fogarty ve diğerleri (2016) tarafından yapılan yayın almıştır. Üçüncü sırayı yıllık ortalama 2,89 ve toplam 25 atıf sayısı ile kamu hastanesi bina gelişimi için yeşil değerlendirme kriterlerinin araştırılması amacıyla Sahamir ve Zakaria (2014) tarafından yapılan yayın almıştır. Dördüncü sırayı yıllık ortalama 1,83 ve toplam 21 atıf sayısı ile hastanelerin ana faaliyet konusunun ekolojik yönlerini içeren kalite kriterlerinin entegre edilerek gözlemlenmesini, değerlendirilmesini ve optimize edilmesini sağlayan bir sürdürülebilirlik konseptinin ortaya koyulması amacıyla Weisz ve diğerleri (2011) tarafından yapılan yayın almıştır. Beşinci sırayı ise yıllık ortalama 1,36 ve toplam 19 atıf sayısı ile lider olarak profesyonel hemşirelerin yeşil hastane girişimleri için nasıl öncü olabilecekleri ve çevresel sürdürülebilirlik için nasıl çalışabilecekleri konusunun ele alınması amacıyla Harris ve diğerleri (2009) tarafından yapılan yayın almıştır.

Yeşil hastane konulu yayınların ülkelere göre dağılımı incelenmiştir. Yeşil hastane konusu üzerine yayın yapan yazar sayısı (n=164) dikkate alındığında, bazı yazarların aynı ülkeye bazı yazarların ise farklı ülkeye bağlı olarak yayın yaptığı, böylece yeşil hastane konusuna toplam 26 farklı ülkeden katkı sunulduğu tespit edilmiştir. Ülke sayısının fazla olması nedeniyle Tablo 6'da her bir yazarın bağlı

olduğu ülke dikkate alınarak, yeşil hastane literatürüne en fazla katkı sunan ilk beş ülkeye ve ülkelere ait yayın sayılarına yer verilmiştir.

**Tablo 6.** Yeşil Hastane Konulu Yayın Sayısına En Fazla Katkı Sunan ilk 5 Ülke

| Sıra | Ülke | Yayın Sayısı |
|---|---|---|
| 1 | Amerika Birleşik Devletleri (ABD) | 12 |
| 2 | Çin | 7 |
| 3 | Türkiye | 6 |
| 4 | Malezya | 5 |
| 5 | Endonezya | 4 |

Kaynak: WoS Core Collection Veri Tabanı (Erişim Tarihi: 04.07.2022)

Tablo 6 incelendiğinde yeşil hastane konulu yayın sayısına en fazla katkı sunan ilk beş ülkenin sırasıyla ABD, Çin, Türkiye, Malezya ve Endonezya olduğu görülmektedir. Ayrıca, 3 yayın sayısı ile İran'ın, ikişer yayın sayısı ile Avustralya, Brezilya, Hindistan ve Portekiz'in ve birer yayın sayısı, Avusturya, Yunanistan, Güney Afrika, Ürdün, İspanya, Tayland, Tayvan, Yeni Zelanda, Kolombiya, Danimarka, Fransa, İrlanda, Ürdün, İngiltere, Suudi Arabistan ve İsveç'in yeşil hastane konulu yayın sayılarına katkı sundukları tespit edilmiştir.

Yeşil hastane konulu yayınların kurumlara göre dağılımı incelenmiştir. Yeşil hastane konusu üzerine yayın yapan yazar sayısı (n=164) dikkate alındığında, bazı yazarların aynı kuruma bazı yazarların ise farklı kuruma bağlı olarak yayın yaptığı, böylece yeşil hastane konusuna toplam 84 farklı kurumdan katkı sunulduğu tespit edilmiştir. Kurum sayısının fazla olması nedeniyle Tablo 7'de her bir yazarın bağlı olduğu kurum dikkate alınarak, yeşil hastane literatürüne en fazla katkı sunan ilk beş kuruma ve kurumlara ait yayın sayılarına yer verilmiştir.

**Tablo 7.** Yeşil Hastane Konulu Yayınlara En Fazla Katkı Sunan İlk Beş Kurum

| Sıra[a] | Kurum | Yayın Sayısı |
|---|---|---|
| 1 | Cornell Üniversitesi | 4 |
| 1 | Texas A&M Üniversitesi | 4 |
| 1 | Texas A&M Üniversite Sistemi | 4 |
| 2 | Washington Üniversitesi | 3 |
| 2 | Washington Seattle Üniversitesi | 3 |

[a] Eşit derecede katkı sunan kurumlar aynı sıralamaya sahiptir.

Kaynak: WoS Core Collection Veri Tabanı (Erişim Tarihi: 04.07.2022)

Tablo 7 incelendiğinde yeşil hastane konulu yayınlara en fazla katkı sunan kurumların ABD'de faaliyet gösteren üniversiteler olduğu görülmektedir. ABD dışında Türkiye, Çin, İran, Danimarka, İrlanda, Gürcistan, Suudi Arabistan, Brezilya, Yu-

nanistan, Avusturya gibi farklı ülkelerde faaliyet gösteren üniversitelerin de yeşil hastane literatürüne katkı sundukları tespit edilmiştir. Türkiye'de yeşil hastane literatürüne katkı sunan kurumların Karadeniz Teknik Üniversitesi, Gazi Üniversitesi, TED Üniversitesi, İstanbul Teknik Üniversitesi ve İstanbul Ticaret Üniversitesi olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, yeşil hastane literatürüne üniversiteler dışında sağlık bakanlığı, tıp merkezleri, enstitüler gibi farklı kurumların/kuruluşların da katkı sundukları tespit edilmiştir.

Yeşil hastane konusu üzerine araştırma yapılan alanlar incelenmiştir. WoS Collection veri tabanında, yapılan yayınların ait olduğu araştırma alanları yazarlar tarafından belirtilmektedir. Yeşil hastane konulu yayınlar incelendiğinde, her bir yayına ilişkin olarak bir veya birden fazla araştırma alanının belirtildiği, böylece yeşil hastane konusu üzerine araştırma yapılan toplam 29 alanın olduğu tespit edilmiştir. Araştırma alanı sayısının fazla olması nedeniyle Tablo 8'de her bir yayında belirtilen araştırma alanları dikkate alınarak, yeşil hastane konusu üzerine en fazla araştırma yapılan ilk beş alana ve alanlara ait yayın sayılarına yer verilmiştir.

**Tablo 8.** Yeşil Hastane Konulu İlk İlk 5 Araştırma Alanı

| Sıra | Araştırma Alanı | Yayın Sayısı |
|---|---|---|
| 1 | Mühendislik | 20 |
| 2 | Çevre Bilimleri Ekoloji | 13 |
| 3 | Bilim Teknolojisinin Diğer Konuları | 10 |
| 4 | **İnşaat Yapı Teknolojisi** | 8 |
| 5 | Enerji Yakıtları | 6 |

Kaynak: WoS Core Collection Veri Tabanı (Erişim Tarihi: 04.07.2022)

Tablo 8'incelendiğinde yeşil hastane konusu üzerine en fazla araştırma yapılan alanın mühendislik olduğu, mühendislik alanından sonra sırasıyla çevre bilimleri ekoloji, bilim teknolojisinin diğer konuları, inşaat yapı teknolojisi ve enerji yakıtları alanlarında daha fazla araştırma yapıldığı tespit edilmiştir. Ayrıca, mimarlık, genel dahiliye, sağlık bilimleri hizmetleri, tıbbi etik, hemşirelik, tamamlayıcı tıp, biyomedikal sosyal bilimler, biyokimya moleküler biyoloji, işletme ekonomisi, kamu çevre iş sağlığı, kamu yönetimi, kalkınma çalışmaları, termodinamik, malzeme bilimi, meteoroloji atmosfer bilimleri, su kaynakları gibi farklı alanlarda da yeşil hastane konulu araştırmaların yapıldığı tespit edilmiştir.

Yeşil hastane konusu üzerine yapılan yayınların yayınlanmasını sağlayan yayıncıların dağılımı incelenmiş ve yeşil hastane konulu yayınların toplam 48 yayıncı tarafından yayınlandığı tespit edilmiştir. Yayıncı sayısının fazla olması nedeniyle Tablo 9'da yeşil hastane konulu yayınlara en fazla katkı sunan ilk beş yayıncıya ve yayıncılara ait yayın sayılarına yer verilmiştir.

**Tablo 9.** Yeşil Hastane Konulu En Fazla Yayına Sahip olan İlk 5 Yayın Başlığı

| Sıra[a] | Yayıncı Adı | Yayın Sayısı |
|---|---|---|
| 1 | Journal of Green Building | 4 |
| 2 | Journal of Cleaner Production | 3 |
| 3 | Ashrae Journal | 2 |
| 4 | Journal of Clinical And Diagnostic Research | 2 |
| 4 | Revista De Salud Ambiental | 2 |

[a]Eşit derecede katkı sunan yayıncılar aynı sıralamaya sahiptir.

Kaynak: WoS Core Collection Veri Tabanı (Erişim Tarihi: 04.07.2022)

Tablo 9 incelendiğinde yeşil hastane konulu yayınlara en fazla katkının dergiler tarafından sunulduğu görülmektedir. Bu doğrultuda, kapsamı sürdürülebilir yapılı çevre olan "Journal of Green Building" adlı derginin dört yayın sayısı ile birinci sırada yer aldığı görülmektedir. İkinci sırada üç yayın sayısı ile kapsamı çevre ve sürdürülebilirlik olan "Journal of Cleaner Production" adlı dergi yer almaktadır. Üçüncü sırada iki yayın sayısı ile kapsamı sağlık ve sürdürülebilir yapılı çevre olan "Ashrae Journal" adlı dergi yer almaktadır. Dördüncü sırada ise ikişer yayın sayısı ile kapsamı tıp ve diş hekimliği olan "Journal of Clinical And Diagnostic Research" adlı dergi ve kapsamı çevre sağlığı olan "Revista De Salud Ambiental" adlı dergi yer almaktadır. Ayrıca, Türkiye'de yayın faaliyetlerini yürüten ve kapsamı temel bilim, mühendislik ve teknoloji olan "Gazı University Journal of Science" adlı derginin ve kapsamı işletme, iktisat maliye, uluslararası ilişkiler, kamu yönetimi ve siyaset bilimi olan "Eskişehir Osmangazi University Journal of Economics and Administrative Sciences" adlı derginin birer yayın ile yeşil hastane literatürüne katkı sunduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, "International Conference On Sustainable Infrastructure 2017", "5th World Multidisciplinary Civil Engineering-Architecture-Urban Planning Symposium" gibi çeşitli kongre ve sempozyumlarda sunulan bildirileri yayınlayan yayıncıların da yeşil hastane konulu yayınlara katkı sundukları tespit edilmiştir.

## 4. Tartışma ve Sonuç

Yeşil hastane konulu yayınların bibliyometrik profilinin incelenerek, mevcut durumlarının belirlenmesi ve yapılacak çalışmalara yön gösterilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, 2009-2021 yılları arasındaki 13 yıllık dönemde WoS Core Collection veri tabanında yer alan yeşil hastane konulu yayınların bibliyometrik özellikleri yayın türü, yayınlarda kullanılan dil, yayın sayısı, yazar, atıf sayısı, atıf alan yayın, ülke, kurum, araştırma alanı ve yayın başlığı göstergeleri kullanılarak bibliyometri yöntemi ile incelenmiştir. Çalışma sonucunda yeşil hastane konulu toplam 56 yayın ve yayınlara ilişkin toplam 243 atıf tespit edilmiştir. Yıllara göre yayın ve atıf sayıları incelendiğinde, yayın sayılarının 2015 yılından

sonra artmaya başladığı, en fazla yayının 2016, 2018 ve 2020 yıllarında yayımlandığı, atıf sayılarında 2016 yılından sonra artış olduğu ve toplam atıf sayısının %89'una son beş yıllık dönemde ulaşıldığı tespit edilmiştir.

Yeşil hastane konulu yayın türleri incelendiğinde, yayınların ağırlıklı olarak makalelerden (%53,57) oluştuğu ve yayınlarda en fazla kullanılan dilin İngilizce (%94,64) olduğu tespit edilmiştir. Yeşil hastane konulu yayın türlerinin ağırlıklı olarak makalelerden oluşması dünya genelinde araştırmacılar tarafından en fazla tercih edilen ve üretilen bilimsel yayın türünün makale olması ile açıklanabilir. Yeşil hastane konulu yayınların büyük çoğunluğunda ağırlıklı olarak İngilizcenin kullanılması ise bilimsel yayınlarda dünyada kabul gören ve yaygın bir biçimde kullanılan yazı ve iletişim dilinin İngilizce olmasıyla ilişkilendirilebilir. Ayrıca, yeşil hastane konulu yayınlara en fazla ABD'nin ve ABD'de faaliyet gösteren üniversitelerin katkı sunmasının, yazım dilinde en fazla İngilizcenin kullanılmasında etkili olduğu ifade edilebilir.

Yeşil hastane konulu yayın sayılarına en fazla katkı sunan ülkenin ABD olduğu ve ABD'de faaliyet gösteren bazı üniversitelerin yeşil hastane konulu yayınlara en fazla katkı sunan kurumlar olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde, yeşil hastane konulu en fazla yayının ABD'de faaliyet gösteren "Journal of Green Building" adlı dergide yayınlandığı sonucuna ulaşılmıştır. Yeşil hastane konulu yayınlara en fazla katkının ABD'de faaliyet gösteren kurum ve dergiler tarafından sunulmasının, ABD'nin bilim insanları tarafından nitelikli çalışmaların yapılmasını destekleyen bilimsel altyapı ve araştırma olanaklarına sahip bir ülke olmasından kaynaklandığı ifade edilebilir. ABD'den sonra yeşil hastane konulu yayınlara en fazla katkı sunan ülkeler arasında Türkiye'nin üçüncü sırada yer aldığı, yeşil hastane konulu yayını bulunan toplam 164 yazar arasında en fazla yayın sayısına sahip olan yazarlardan birinin Türkiye'den Aktas C.B'nin olduğu, yeşil hastane konulu yayınlara katkı sunan kurumlar arasında Karadeniz Teknik Üniversitesinin, Gazi Üniversitesinin, TED Üniversitesinin, İstanbul Teknik Üniversitesinin ve İstanbul Ticaret Üniversitesinin yer aldığı ve Türkiye'de yayın faaliyetlerini yürüten "Gazı University Journal of Science" ve "*Eskişehir Osmangazi University Journal of Economics and Administrative Sciences" adlı dergilerin birer yayın sayısı ile* yeşil hastane literatürüne katkı sundukları tespit edilmiştir. Türkiye'nin ülke, yazar, kurum ve dergi (yayın başlığı) göstergeleri açısından yeşil hastane literatürüne önemli katkılar sunan ülkelerden biri olması, bu çalışmanın dikkat çeken sonuçları arasında yer almaktadır.

Yeşil hastane konusu üzerine en fazla araştırma yapılan alanların mühendislik, çevre bilimleri ekoloji, bilim teknolojisinin diğer konuları, inşaat yapı teknolojisi ve enerji yakıtları olduğu tespit edilmiştir. Yeşil hastane konusu üzerine genel dahiliye, hemşirelik, tamamlayıcı tıp gibi sağlık ile ilişkili alanlarda da araştırmaların yapıldığı gözlemlenmiştir. Ancak, yeşil hastane uygulamalarının yaygınlaştırılma-

sı açısından sağlık yönetimi alanının da yeşil hastane konusu üzerine araştırma yapılan alanlar arasında yer alması gerekliliği ön plana çıkmaktadır. Bu nedenle, sağlık yönetimi alanında yeşil hastane konusu üzerine daha fazla araştırma yapılması ve yapılacak araştırmaların üniversiteler başta olmak üzere sağlıkla ilgili paydaşlar tarafından desteklenmesi önem arz etmektedir.

Çalışma sonucunda yeşil hastane konulu yayınlara ve yayınlara ait atıf sayılarında özellikle son beş yıllık süreçte artış olduğu görülmüştür. Yayınlara ve yayınlara ait atıf sayılarında görülen bu artış, son yıllarda yeşil hastane konusuna farkındalığın arttığını göstermektedir. Ancak, WoS Core Collection veri tabanında yer alan yayın ve yayınlara ait atıf sayılarının az olması, yeşil hastane konusuna yönelik ilginin yeterli olmadığını göstermektedir. Yeşil hastane konusuna yönelik ilginin yeterli olmamasının ise dünyada yeşil hastane uygulamalarının yaygın olmamasından kaynaklandığı ifade edilebilir. Nitekim Sahamir ve Zakaria (2014) tarafından yapılan çalışmada hastanelerin, çevre dostu malzemeleri ve inşaat yöntemlerini kullanan "yeşil" bina girişimlerinde diğer endüstrilerin gerisinde kaldığını ve hastanelerde yeşil bina sertifikalarına daha az ilgi duyulduğu vurgulanmıştır. Kılıç ve Güdük (2018) tarafından yapılan çalışmada da dünya genelinde çok sayıda bina değerlendirme sisteminin olduğu, ancak hastane binalarının değerlendirilmesinde kullanılan ve tanınabilir standartları olan çok az sayıda sistem bulunduğu belirtilmiştir. Marshal ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmada ise çevre dostu hastane binalarının uygunluğunun değerlendirilmesinde uygulanabilecek zorunlu standartların bulunmadığına dikkat çekilmiştir. Yeşil hastane uygulamalarının iyileştirilmesinin ve yeşil hastane standartlarını sağlayan ya da sertifikasına sahip olan hastane sayılarının artırılmasının insan ve çevre sağlığı üzerinde olumlu etkileri olacağını ifade eden Kurtaran ve Yeşildağ (2021), yeşil hastane farkındalığının artırılması ve yeşil hastane konseptinin yaygınlaştırılması için bu konuda daha fazla araştırma yapılması gerektiğini vurgulamaktadır. Yukarıda belirtilen çalışma sonuçları, yeşil hastane konusu üzerine daha fazla araştırma yapılarak, yeşil hastane farkındalığının artırılması ve yeşil hastane uygulamalarının dünya genelinde yaygınlaştırılması gerekliliğini ön plana çıkarmaktadır. Yeşil hastaneler sağlık hizmetlerinin, toplum sağlığının ve çevrenin sürdürülebilirliğine katkı sunan önemli uygulamalardır. Yeşil hastane uygulamalarının dünya genelinde yaygınlaştırılması için yeşil hastane konusuna dikkat çekilerek, hastanelerin sürdürülebilirliğe katkıda bulunan çevre dostu tasarımlar olarak yeşil hastanelere dönüştürülmelerinin öneminin vurgulandığı araştırmaların ve nitelikli çalışma sayılarının artırılması önem arz etmektedir.

Yeşil hastane konulu yayınların incelenerek mevcut durumlarının ortaya çıkarıldığı ve yeşil hastane literatürünün gelişim sürecinin irdelendiği bu çalışma, yeşil hastane konulu gelecek araştırma yönelimlerine yol gösterir bir nitelik taşıması açısından önem arz etmektedir. Ancak, bu çalışmanın en önemli sınırlılığı araştırma sürecinde tek bir veri tabanının kullanılması ve araştırma kapsamına

2009-2021 yılları arasındaki 13 yıllık zaman diliminin alınmasıdır. WoS Core Collection en kapsamlı ve en büyük veri tabanlarından biri olarak nitelendirilmesine rağmen, yeşil hastane konulu yayınların tamamı WoS Core Collection veri tabanında yer almamaktadır. Ayrıca, Wos Core Collection veri tabanında yeşil hastane konulu yayınların 2009 yılından itibaren yer almaya başladığı tespit edildiği için 2009 yılından önce yayımlanan yayınlar araştırma kapsamına alınamamıştır. Daha sonra yapılacak çalışmalarda, WoS Core Collection dışındaki farklı veri tabanlarının kullanıldığı ve daha uzun zaman diliminin kapsama alındığı araştırmaların yapılması önerilmektedir. Yeşil hastane konusu üzerine yapılacak çalışmaların, yeşil hastane literatürünün gelişimine, yeşil hastane farkındalığının artırılmasına ve ülkelerde yeşil hastane uygulamalarının yaygınlaştırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## Kaynakça


Erkılıç, C.E. (2021). "Sürdürülebilir sağlık hizmetleri yönetimi", Hizmet sektöründe sürdürülebilir işletme yönetimi: Seçme yazılar, Ed. Oğuzhan Yavuz, Ankara, Detay Yayıncılık, s. 189.

Estabrooks, C. A., Winther, C., & Derksen, L. (2004). Mapping the field: A Bibliometric Analysis of the research utilization literature in nursing. *Nursing Research, 53*(5), 293-303.

Golbazi, M., & Aktas, C. B. (2020). LEED certification and patient wellbeing in green healthcare facilities. *Journal of Green Building, 15*(4), 3-18. https://doi.org/10.3992/jgb.15.4.3

Harris, N., Pisa, L., Talioaga, S., & Vezeau, T. (2009). Hospitals going green: A holistic view of the issue and the critical role of the nurse leader. *Holistic Nursing Practice*, *23*(2), 101-111. https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e3181a110fe

Karaca, P. Ö., Atılgan, E., & Zekioğlu, A. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Sürdürülebilirlik Bağlamında İnovatif Bir Uygulama: Yeşil Hastaneler. *Electronic Journal of Vocational Colleges, 8*(2), 77-87.

Kılıç, C. H., & Güdük, Ö. (2018). Yeşil hastane kavramı ve Türkiye'deki son kullanıcıların beklentileri üzerine bir hastane örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7*(1), 164-174.

Kurtaran, A. T., & Yeşildağ, A. Y. (2021). Trabzon'daki kamu hastanelerinin yeşil hastane standartlarına uygunluklarının belirlenmesi. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 16*(3), 777-797.

Marshal, O., Sunaryo, N. C., Kurniawan, S. J., Herwendanasari, D., Hariyanto, E., & Andarini, S. (2021). Green hospital implementation in Indonesia: A literature review. *Journal of Community Health and Preventive Medicine, 1*(2), 32-42.

Polat, R., & Karakuş U. (2021). Çevre eğitimi alanındaki makalelerin Web of Science veri tabanına dayalı bibliyometrik analizi. *Anadolu Kültürel Araştırmalar Dergisi, 5*(2), 131-145.

Ryan-Fogarty, Y., O'Regan, B., & Moles, R. (2016). Greening healthcare: systematic implementation of environmental programmes in a university teaching hospital. *Journal of Cleaner Production*, *126*, 248-259. https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2016.03.079

Sahamir, S. R., & Zakaria, R. (2014). Green assessment criteria for public hospital building development in Malaysia. *Procedia Environmental Sciences*, *20*, 106-115. https://doi.org/10.1016/j.proenv.2014.03.015

Weisz, U., Haas, W., Pelikan, J. M., & Schmied, H. (2011). Sustainable hospitals: A socio-ecological approach. *GAIA-Ecological Perspectives for Science and Society*, *20*(3), 191-198. https://doi.org/10.14512/gaia.20.3.10

Wood, L. C., Wang, C., Abdul-Rahman, H., & Abdul-Nasir, N. S. J. (2016). Green hospital design: integrating quality function deployment and end-user demands. *Journal of Cleaner Production*, *112*, 903-913. https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2015.08.101

Zhan, Z., Xu, W., Xu, L., Qi, X., Song, W., Wang, C., & Huang, Z. (2022). BIM-based green hospital building performance pre-evaluation: A case study. *Sustainability*, *14*(4), 2066. https://doi.org/10.3390/su14042066

Zyoud, S. H., Sweileh, W.M., Awang, R., & Al-Jabi, S. W. (2018). Global trends in research related to social media in psychology: Mapping and Bibliometric Analysis. *International Journal of Mental Health Systems, 12* (4), 1-8.