

# 1.INTERNATIONAL 11. HEALTH AND HOSPITAL ADMINISTRATION CONFERENCE

October 13-15, 2017, Hilton Garden INN, Trabzon, Turkey

'Patient Friendly and Smart Healthcare'



## E-Proceedings Book

**Editors**

**Prof. Dr. Musa ÖZATA**

**Assoc. Prof. Dr. Sedat BOSTAN**



1. INTERNATIONAL  
11. HEALTH AND HOSPITAL ADMINISTRATION CONFERENCE  
13-15 OCTOBER 2017 HILTON GARDEN INN TRABZON



## "Patient Friendly and Smart Healthcare"

### Sayın 1. Uluslararası 11. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Katılımcıları....

Dünyadaki ve Türkiye'deki sağlık yönetimi alanında ortaya çıkan gelişmeler ve sorunları bilimsel bir bakış açısıyla ele almak amacıyla çıktığımız kongre çalışmalarına vermiş olduğunuz destek için teşekkür ederiz.

Kongremizde bazı ilklere tanıklık ediyoruz. İlk uluslararası sağlık ve hastane idaresi kongresi olma sıfatını kazandık. Kongremize akademisyenler ve öğrenciler dışında çok sayıda sektör temsilcisinin araştırmalarıyla katılması ve özel sağlık sektörünün de temsil ediliyor olması önemli bir başka husus oldu. Ayrıca sağlık alanında akademik yayın yapan yayınevlerimizin kongremize katılması bir başka güzellik...

Gönderilen bildiri sayımız 270'i geçti. Ancak kongremizde 250 civarındaki bildiriye sunum imkânı oluştu. İki gün boyunca 35 bildiri oturumu, iki davetli konuşmacı paneli, özel hastanelerin tartışılacağı bir panel ve iki oturum şeklinde kongre kursuyla çok dolu bir bilimsel programa şahit oldunuz.

Kongremizin üçüncü günü alternatifli Karadeniz gezileriyle kongre katılımcılarımıza eğlenceli bir hafta sonu geçirmelerine zemin oluşturduk.

Bilgi paylaştıkça ve tartıştıkça değer kazanır. Bu bakış açısıyla;

Sizler, bilgi ve deneyimlerinizi akademisyen, öğrenci, sektör çalışanları ile paylaştınız.

Bilim şölenimiz hepimize hayırlı olsun....

**Doç. Dr. Sedat BOSTAN**

**Kongre Başkanı**



1. INTERNATIONAL

11. HEALTH AND HOSPITAL ADMINISTRATION CONFERENCE

13-15 OCTOBER 2017 HILTON GARDEN INN TRABZON



## "Patient Friendly and Smart Healthcare"

**Dear participants of the 1st International 11th Conference of Health and Hospital Administration;**

We would like to thank you for your support to our congressional efforts to address the developments and problems that have arisen in the field of health management in the world and in Turkey with a scientific point of view.

We are witnessing some initials at the congress. We have earned the title of being the first international congress of health and hospital administration. The other important issue is that the participation of many sector representatives other than academicians and students in the Congress and that the private health sector is being represented as well. Also, the participation of publishers in the field of health is very satisfied us.

Our paper has exceeded our count of 270. However, about 250 paper will be represented at the congress. We will be witnessing a full scientific program for two days with 35 papers sessions, two invited speaker panels, a panel to be discussed about private hospitals and a congress course in two sessions.

On the third day of the Congress, we will hope to provide an enjoyable weekend for our congress participants with alternative Black Sea tours.

As information is shared and discussed, it gains value. From this point of view;

I hope you shared your knowledge and experience with academicians, students, and sector employees; and

I hope our science festival make us all better... thank you...

**Assoc. Prof. Sedat BOSTAN**

**Conference Chair**

## Kongre Sonuç Bildirgesi

(13-15 Ekim 2017 Hilton Garden Inn, Trabzon)

1. Her yıl bünyesinde Sağlık Yönetimi Bölümü olan bir üniversitelerin düzenlediği (önceki yıl Başkent Üniversitesi), Sağlık Yönetimi alanında bilimsel çalışma yapanların yegâne kongresi olan “**Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi**”, Gümüşhane Üniversitesi ve Karadeniz Teknik Üniversitesi işbirliği ile 13-15 Ekim 2017 tarihleri arasında ulusal özelliği muhafaza edilerek ve **uluslararası** boyut da kazandırılarak Trabzon Hilton Garden Inn’de gerçekleştirilmiştir.
2. Kongre 13 Ekim Cuma günü saat 09.00’da yapılan resmi açılış töreniyle başlamıştır.
3. Kongreye farklı ülkelerden, Türkiye’nin farklı üniversitelerinden, kamu ve özel kuruluşlardan **300** kişilik yoğun bir katılım sağlanmıştır.
4. Kongrede yer alan panellerde Moskova Devlet Üniversitesi’nden Prof. Oleg Medvedev’in “*Hekim-Hasta İlişkileri Açısından Mobil Sağlıkın Önemi*”, Bulgaristan Amerikan Üniversitesi’nden Prof. Arthur Pandelites’in “*Sağlık Sektörünün Geleceğine Stratejik Bakış*” başlıklı konuşmaları yer almış ve özel sektörden yöneticilerin katılımıyla “Özel Hastaneler” konulu oturum gerçekleştirilmiştir.
5. Kongrede sağlık yönetimi alanında yapılan bilimsel çalışmaların niteliğini artırmak amacıyla Prof. Dr. Ramazan Erdem tarafından “*Bilimsel Çalışmalarda Eleştirel Perspektif, Kavramsallaştırma ve Özgünlük*” başlıklı, yaklaşık 40 kişinin katılımıyla bir kurs programı yapılmış, katılımcılara sertifika verilmiştir.
6. İki gün boyunca dört salonda her gün dört oturum olmak üzere toplam 240 sözlü, 10 poster bildiri olmak üzere 250 bildiri sunulmuştur.
7. Bildiriler “Hasta Dostu ve Akıllı Sağlık Hizmetleri” olarak belirlenen kongre temasına uygun şekilde; sağlık teknolojisi, sağlık çalışanları, hastalar, sağlık eğitimi, sağlık hizmetleri yönetimi, örgütsel davranış, acil sağlık hizmetleri, sağlık ekonomisi ve finansmanı, afet yönetimi, hastane yönetimi, sağlık turizmi, sağlık yönetimi alanında yapılan bilimsel çalışmalar şeklinde kategorize edilmiştir.
8. Kongrede 2017 yılının Şubat ayında vefat eden ve Sağlık Yönetimi alanı için özel bir anlam ifade eden Prof. Dr. Adil Artukoğlu’nun hatırasına on bildiriye “**Prof. Dr. Adil Artukoğlu En İyi Bildiri Ödülü**” verilmiştir.
9. Kongrede oturum başkanları ve Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanları toplantıları organize edilmiş ve bu süreçte alanın gündemine dair görüşmeler ve değerlendirmeler yapılmıştır.
10. Farklı üniversitelerden gelen talepler değerlendirilerek, tarihi daha sonra duyurulmak üzere, bir sonraki kongrenin Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi tarafından yapılmasına karar verilmiştir.
11. Yoğun geçen kongre programı sonrası 15 Ekim Pazar günü katılımcılar için Batum-Ayder-Uzungöl’ü görmeye imkan tanıyan alternatifli sosyal programlar gerçekleştirilmiştir.
12. Kongrede ortaya çıkan bilgi ve birikimin yaygınlaştırılması amacıyla çalışmaların bir kısmının önceden kararlaştırılan dergilerde yayınlanmasına ve başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere ilgili kurum ve kuruluşlarla paylaşılmasına karar verilmiştir.

## Conference Results Declaration

(October 13-15, 2017 Hilton Garden Inn, Trabzon)

1. The 10.th congress which was organized by Başkent University last year and this congress which was carried out by a university which has the department of Health Management every year beside this name which the only congress of those who have done scientific work in the field of Health Management is "Congress of Health and Hospital Administration". This year, with the cooperation of Gümüşhane University and Karadeniz Technical University, the congress was held at Trabzon Hilton Garden Inn between 13-15 October 2017 by preserving national characteristics and gaining international dimension.
2. The congress began with the official opening ceremony on Friday, October 13 at 09.00.
3. The congress has attracted **300** people from different countries, different universities of Turkey, public and private organizations
4. From Moscow State University Professor Oleg Medvedev's "The Importance of Mobile Health in terms of Physician-Patient Relations" and from the American University of Bulgaria Professor Arthur Pandelites "Strategic Perspective on the Future of the Health Sector" were included in the congressional panels and a session on "Private Hospitals" was held with the participation of managers from the private sector.
5. In the Congress in order to increase the quality of scientific studies carried out in the field of health management, a course program with the participation of about 40 people titled "Critical Perspective, Conceptualization and Originality in Scientific Studies" was conducted by the Professor and a certificate was given to the participants.
6. 240 Oral and 10 poster total 250 papers presentations were presented with four session, in four hall for two days.
7. The declarations are in accordance with the congress theme, which is determined as "Patient Friendly and Smart Health Services"; scientific studies conducted in the field of health technology, health workers, patients, health education, health services management, organizational behavior, emergency health services, health economics and financing, disaster management, hospital management, health tourism and health management are categorized.
8. Professor Adil Artukoğlu, who died in February 2017 and who has a special meaning for the field of Healthcare Administration, "**Prof. Dr. Adil Artukoğlu Best Paper Award**" was given to best ten paper in the congress for to memory of him.
9. The presidents of the congress and the department heads of Health Management Departments were organized and negotiations, evaluations were held on the agenda of the field.
10. Evaluated the requests from the different universities and decided to make the next congress by Muğla Sıtkı Koçman University to announce the date later.
11. Alternative social programs for participants were held on Sunday, October 15, after the busy congress program.
12. In order to disseminate the knowledge and experience that has emerged in the Congress, it has been decided that some of the works will be published in previously determined magazines and shared with related institutions and organizations, especially the Ministry of Health.

**Prof. Dr. Ramazan ERDEM**

## Onur Kurulu

	
<b>Onursal Başkan</b>	<b>Onursal Başkan</b>
Prof. Dr. Halil İbrahim Zeybek	Prof. Dr. Süleyman Baykal
Gümüşhane Üniversitesi Rektörü	Karadeniz Teknik Üniversitesi Rektörü

Ünvan	İsim Soyisim	Görev	Kurum	Çalışma Alanı
Profesör Dr.	Musa Özata	USSAM Başkanı	Ahi Evran Üniversitesi	Sağlık Yönetimi
Profesör Dr.	Yaşar A. Özcan	Administration School of Allied Health Professions	Virginia Commonwealth Üniversitesi/USA	
Profesör Dr.	Douglas E. Angus	MHA/MGSS Telfer School of Management	Ottawa Üniversitesi , Ontario/CANADA	
Profesör Dr.	Korkut Ersoy	Halk Sağlığı, Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı	Başkent Üniversitesi/Türkiye	Sağlık Yönetimi
Profesör Dr.	Şahin Kavuncubaşı	Sağlık Yönetimi Bölümü Profesörü	Başkent Üniversitesi/Türkiye	Sağlık Yönetimi
Profesör Dr.	Dilaver Tengilimoğlu	İşletme Bölümü Başkanı	Atılım Üniversitesi/Türkiye	Sağlık Yönetimi
Profesör Dr.	Sidika Kaya	Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı	Hacettepe Üniversitesi/Türkiye	Sağlık Yönetimi
Profesör Dr.	Yusuf Çelik	Sağlık Yönetimi Bölümü Profesörü	Hacettepe Üniversitesi/Türkiye	
Profesör Dr.	Bayram Şahin	Sağlık Yönetimi Bölümü Profesörü	Hacettepe Üniversitesi/Türkiye	
Profesör Dr.	İsmet Şahin	Sağlık Yönetimi Bölümü Profesörü	Hacettepe Üniversitesi/Türkiye	
Profesör Dr.	İsmail Ağırbaş	Sağlık Yönetimi Bölümü Profesörü	Ankara Üniversitesi/Türkiye	Sağlık Ekonomisi, Sağlıkta Finansal Yönetim
Profesör Dr.	Afsun Ezel Esatoğlu	Sağlık Yönetimi Bölümü Profesörü,	Ankara Üniversitesi/Türkiye	
Profesör Dr.	Ramazan Erdem	Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı	Süleyman Demirel Üniversitesi/Türkiye	Sağlıkta Yönetim ve Organizasyon
Profesör Dr.	Ayşegül Kaptanoğlu	Profesör Konsey Üyesi	-	Sağlık Yönetimi, Hastane Yönetimi
Profesör Dr.	Metin Ateş	Sağlık Yönetimi Bölümü Profesörü	Aydın Üniversitesi/Türkiye	Sağlık Yönetimi
Profesör Dr.	Tevfik Özlü	HAKSAY (Hasta Hakları ve Sağlıklı Yaşam Derneği) Başkanı	Karadeniz Teknik Üniversitesi/Türkiye	Göğüs Hastalıkları Uzmanı
Profesör Dr.	Haydar Şur	Sağlık Yönetimi	Üsküdar Üniversitesi/ Türkiye	
Profesör Dr.	Abdülkadir Gündüz	Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı	KTÜ / Türkiye	Acil Tıp Uzmanı
Profesör Dr.	Cesim Demir	Sağlık Yönetimi	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	
Profesör Dr.	Emine Orhanar	Sağlık Yönetimi	Gazi Üniversitesi	
Profesör Dr.	Mehveş Tarım	Sağlık Yönetimi	Marmara Üniversitesi	

## Honor Commitee

	
Honorary President Prof. Dr. Halil İbrahim Zeybek Rector of Gümüşhane University	Honorary President Prof. Dr. Süleyman Baykal Rector of Karadeniz Tecnel Üniversitesi

	Name-Surname	Task	Institution	Workspace
Professor	Musa Özata	President of USSAM	Ahi Evran University	Health Care Management
Professor	Yaşar A. Özcan	Administration School of Allied Health Professions	Virginia Commonwealth University/USA	
Professor	Douglas E. Angus	MHA/MGSS Telfer School of Management	University of Ottawa , Ontario/CANADA	
Professor	Korkut Ersoy	Public Health Head of the Department of Health Care Management	Baskent University/Turkey	Health Care Management
Professor	Şahin Kavuncubaşı	Professor at the Department of Health Care Management	Baskent University/Turkey	Health Care Management
Professor	Dilaver Tengilimoğlu	Head of the Department of Business	Atılım University/Turkey	Health Care Management
Professor	Sıdika Kaya	Head of the Department of Health Care Management,	Hacettepe University/Turkey	Health Care Management
Professor	Yusuf Çelik	Professor at the Department of Health Care Management	Hacettepe University/Turkey	
Professor	Bayram Şahin	Professor at the Department of Health Care Management	Hacettepe University/Turkey	
Professor	İsmet Şahin	Professor at the Department of Health Care Management	Hacettepe University/Turkey	
Professor	İsmail Ağırbaş	Professor at the Department of Health Care Management	Ankara University/Turkey	Health Economics, Financial Management in Health Care
Professor	Afsun Ezel Esatoğlu	Professor at the Department of Health Care Management,	Ankara University/Turkey	
Professor	Ramazan Erdem	Head of the Department of Health Management	Süleyman Demirel University/Turkey	Management and Organization In Health Care
Professor	Ayşegül Kaptanoğlu	Professor Faculty Council Representative	-	Health Care Management, Hospital Management
Professor	Metin Ateş	Professor at the Department of Health Care Management	Aydın University/Turkey	Health Care Management
Professor	Tevfik Özlü	Head of HAKSAY	Karadeniz Technical University/Turkey	Patient Right, Chest Disease Specialist
Professor	Haydar Sur	Healthcare Management	Üsküdar University/ Turkey	
Professor	Abdülkadir Gündüz	Dean of the faculty of health sciences	KTU / Turkey	Emergency Medicine Specialist
Professor	Cesim Demir	Healthcare Management	Hasan Kalyoncu University /Turkey	
Professor	Emine Orhaner	Healthcare Management	Gazi University	
Professor	Mehveş Tarım	Healthcare Management	Marmara University	

## Düzenleme Kurulu

	<b>Kongre Başkanı</b>	<b>Doç. Dr. Sedat Bostan</b>	<b>Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı</b>
---	-----------------------	------------------------------	---

Düzenleme Kurulu	
<b>Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Yönetimi</b>	<b>KTÜ. Sağlık Yönetimi</b>
<b>Kongre Başkan Yardımcısı</b> Yrd. Doç. Dr. Taşkın Kılıç	<b>Kongre Başkan Yardımcısı</b> Yrd. Doç. Dr. Gökhan Yılmaz
Öğr. Gör. Sevil Aslan	Yrd. Doç. Dr. Ayten Turan Kurtaran
Arş. Gör. Gökhan Ağaç	Arş. Gör. Ülkü Ünsal
Arş. Gör. Özcan Koç	
Arş. Gör. Cihan Unal	
Arş. Gör. Ramazan Aslan	
Uzman Nazlı Aykan	




## Organizing Committee

	<b>Conference Chair</b>	<b>Associate Professor Sedat Bostan</b>	<b>Gümüşhane University Head of Health Management Department</b>
---	-----------------------------	---	--

<b>Organizing Committee</b>	
<b>Gumushane University, Health Management</b>	<b>KTU. Health Management</b>
<b>Vice President of Conference</b> Assist. Prof. Taşkın Kılıç	<b>Vice President of Conference</b> Assist. Prof. Gökhan Yılmaz
Lecturer Sevil Aslan	Assist. Prof. Ayten Turan Kurtaran
Res. Assist. Gökhan Ağaç	Assist. Prof. Ülkü Ünsal
Res. Assist. Özcan Koç	
Res. Assist. Cihan Unal	
Res. Assist. Ramazan Aslan	
Specialist Nazlı Aykan	

## Bilim Kurulu

	<p>Bilim Kurulu Başkanı Bildiri gönderme mail adresi (hhac2017@gmail.com) Bilim kurulu başkanı mail adresi (mozata@ahievran.edu.tr)</p>	<p>Prof. Dr. Musa Özata</p>
	<p>Bilimsel Kurul Ofisi Arş. Gör. Fatma Korkmaz Arş. Gör. Ayşe Nurefşan Yüksel Arş. Gör. Emrah Gürlek Arş. Gör. Vildan Güneş Arş. Gör. Yusuf Akkoca</p>	<p>0386 2802013 0386 2804948 0380 2802005</p>

## Uluslararası Bilim Kurulu


Yasar A. Ozcan	Prof. Dr.	Sağlıkta Matematiksel Modelleme Uygulamaları, Sağlık Bilgi Sistemleri, Genel İstatistik Uygulamalar
Douglas E. Angus	Prof. Dr.	Telfer Yönetim Okulu, Ottawa Üniversitesi, Ontario / KANADA
Michael A. Counte	Prof. Dr.	Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programında Yönetici, Sağlık Sistemleri Yönetiminde Gelişmeler İçin Uluslararası Merkezi Eş Müdürü, Sağlık Politikası ve Yönetimi Dairesi Başkanlığı, Halk Sağlığı Okulu, Saint Louis / ABD
Dan Sava	Ph. D	Dünya Bankası, Romanya ile sağlık kalitesi yönetimi ve sağlık ekonomisi danışmanı
Kerasina Papastergiou	Ph. D	Hemşirelik Bölümü / ATEI Thessaloniki / Yunanistan
Oleg Medvedev	M.D. / Ph. D/ Prof.	Farmakoloji Bölüm Başkanı / Lomonosov Moskova Devlet Üniversitesi Tıp Fakültesi / Moskova, Rusya
Arthur Pantelides	Prof.	İşletme ve Yönetim / Bulgaristan Amerikan Üniversitesi / Bulgaristan
Fatima Bouazza	Dr.	Fen Fakültesi, Muhammed V Üniversitesi- Tıbbi Bakteriyojoloji Laboratuvarı,- Rabat, Fas
Abdul-Karim Ali Tamsah	Dr.	Specialized Medical Hospital, Riyad
Werner Seigl	Ph.D.	TU Graz - Avusturya
Vlad Mihai Psculescu	Ph.D.	Araştırma ve İnovasyon Bakanlığı / Laboratuar Başkanı, INCD INSEMEX Petroşani, Romanya.

## Ulusal Bilim Kurulu

AD/SOYAD	UNVAN	Kurum Adı
Erdoğan Kunter	Prof. Dr.	Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Mehveş Tarım	Prof. Dr.	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ayşegül Kaptanoğlu	Prof. Dr.	-
Haydar Sur	Prof. Dr.	Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
İsmail Hakkı Erarslan	Prof. Dr.	Düzce Üniversitesi İşletme Fak.
Ramazan Erdem	Prof. Dr.	Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF
Orhan Yalçın	Prof. Dr.	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Türker Baş	Prof. Dr.	Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi
Ayşe Yüksel	Prof. Dr.	Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Musa Özata	Prof. Dr.	Ahi Evran Üniversitesi/Kırşehir
Mithat Kıyak	Prof. Dr.	Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ömer Önder	Prof. Dr.	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.
Şahin Kavuncubaşı	Prof. Dr.	Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Emine Orhaner	Prof. Dr.	Gazi Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi
Ahmet Akgül	Prof. Dr.	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Şebnem Aslan	Prof. Dr.	Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dilaver Tengilimlioğlu	Prof. Dr.	Atılım Üniversitesi
Menderes Tercan	Prof. Dr.	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Fakültesi
Cesim Demir	Prof. Dr.	Hasan Kalyoncu Üniversitesi / Sosyal Bilimler Fakültesi
Hacer Özgen Narci	Prof. Dr.	Medipol Üniversitesi / Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Abdullah Soysal	Prof. Dr.	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
Sezer Korkmaz	Prof. Dr.	Gazi Üniversitesi / Sağlık Yönetimi Bölümü
Korkut Ersoy	Prof. Dr.	Başkent Üniversitesi / Sağlık Yönetimi Bölümü
Sıdka Kaya	Prof. Dr.	Hacettepe Üniversitesi / Sağlık Yönetimi Bölümü
Yusuf Çelik	Prof. Dr.	Hacettepe Üniversitesi / Sağlık Yönetimi Bölümü
Bayram Şahin	Prof. Dr.	Hacettepe Üniversitesi / Sağlık Yönetimi Bölümü
İsmet Şahin	Prof. Dr.	Hacettepe Üniversitesi / Sağlık Yönetimi Bölümü
İsmail Ağırbaş	Prof. Dr.	Ankara Üniversitesi / Sağlık Yönetimi Bölümü
Afsun Ezel Esatoğlu	Prof. Dr.	Ankara Üniversitesi / Sağlık Yönetimi Bölümü
Metin Ateş	Prof. Dr.	Aydın Üniversitesi / Sağlık Yönetimi Bölümü
Tevfik Özlü	Prof. Dr.	Karadeniz Teknik Üniversitesi / Sağlık Yönetimi Bölümü
Abdülkadir Gündüz	Prof. Dr.	Karadeniz Teknik Üniversitesi / Sağlık Yönetimi Bölümü
Yunus Emre Öztürk	Doç. Dr.	Konya Selçuk Üniversitesi
Saim Şahinöz	Doç. Dr.	Gümüşhane Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Fakültesi
Elif Dikmetaş	Doç. Dr.	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Saffet Ocak	Doç. Dr.	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Aygül Yanık	Doç. Dr.	İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Aykut Ekiyor	Doç. Dr.	Gazi Üniversitesi / Sağlık Yönetimi Bölümü
Mahmut Akbolat	Doç. Dr.	Sakarya Üniversitesi / Sağlık Yönetimi Bölümü
Selma Altındiş	Doç. Dr.	Sakarya Üniversitesi / Sağlık Yönetimi Bölümü
Cemal Sezer	Doç. Dr.	Sakarya Üniversitesi / Sağlık Yönetimi Bölümü
Cemil Örgev	Doç. Dr.	Sakarya Üniversitesi / Sağlık Yönetimi Bölümü
Yasemin Akbulut	Doç. Dr.	Ankara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü
Haluk Özşarı	Doç. Dr.	Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Gülsün Eriğiç	Doç. Dr.	Hacettepe Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi
Gülem Atabey	Doç. Dr.	İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ömer Gider	Doç. Dr.	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Sedat Bostan	Doç. Dr.	Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Levent B. Kıdak	Doç. Dr.	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hatice Ulusoy	Doç. Dr.	Cumhuriyet Ün Sağlık Bilimleri Fakültesi
Elif Dikmetaş Yardan	Doç. Dr.	Samsun 19 Mayıs Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü
Gözde Yeşilaydın	Yrd. Doç. Dr.	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi / Sağlık Yönetimi Bölümü
Onur Yarar	Yrd. Doç. Dr.	Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yılmaz Demirhan	Yrd. Doç. Dr.	Dicle Üniversitesi
Ahmet İlhan	Yrd. Doç. Dr.	Bayburt Üniversitesi
Melike Demir Doğan	Yrd. Doç. Dr.	Gümüşhane Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ayten Turan Kurtaran	Yrd. Doç. Dr.	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü
Hatice Pınar Kaya	Yrd. Doç. Dr.	Ahi Evran Üniversitesi İİBF- İşletme Bölümü
Bilal Ak	Yrd. Doç. Dr.	Toros Üniversitesi
Ertuğrul Güreşçi	Yrd. Doç. Dr.	Ahi Evran Üniversitesi İİBF- İşletme Bölümü
Gökhan Aba	Yrd. Doç. Dr.	Bandırma 17 Eylül Üniversitesi
Mustafa Mete	Yrd. Doç. Dr.	İstanbul Aydın Üniversitesi
Erdiç Ünal	Yrd. Doç. Dr.	Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Nursel Aydıntuğ	Yrd. Doç. Dr.	Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Y. Beyazıt Gülhan	Yrd. Doç. Dr.	Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Özhan Öztuğ	Yrd. Doç. Dr.	Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ali Yılmaz	Yrd. Doç. Dr.	Kırkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Aydan Yüceler	Yrd. Doç. Dr	Konya N.E. Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebru Özlem Bilgin	Yrd. Doç. Dr	İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Gökhan Yılmaz	Yrd. Doç. Dr	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Çiğdem Dikmen	Yrd. Doç. Dr	Bilim Üniversitesi Y.O.
Taşkın Kılıç	Yrd. Doç. Dr	Gümüşhane Ün. Sağlık Bilimleri Fakültesi
Nezihe Tüfekçi	Yrd. Doç. Dr	Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF
Aygen Oksay	Yrd. Doç. Dr	Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF
Vahit Yiğit	Yrd. Doç. Dr	Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF
Erdal Eke	Yrd. Doç. Dr	Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF
Elif Akkaş	Yrd. Doç. Dr	Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF
Necla Yılmaz	Yrd. Doç. Dr	Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF
Birkan Tapan	Yrd. Doç. Dr	İstanbul Bilim Üniversitesi Y.O.
Ali Ünal	Yrd. Doç. Dr	Çorum Hitit Ün. Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ş. Didem Kaya	Yrd. Doç. Dr	Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ayhan Uludağ	Yrd. Doç. Dr	Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yusuf Yalçın İLERİ	Yrd. Doç. Dr	Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Maimaiti Namaitijiang	Yrd. Doç. Dr	Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Nesrin İnan	Yrd. Doç. Dr	Kırıkkale Ün. Sağlık Yönetimi
Meltem Saygılı	Yrd. Doç. Dr	Kırıkkale Ün. Sağlık Yönetimi
Ferda Alper Ay	Yrd. Doç. Dr	Cumhuriyet Ün Sağlık Bilimleri Fakültesi
Enis Baha Biçer	Yrd. Doç. Dr	Cumhuriyet Ün Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ümit Naldöken	Yrd. Doç. Dr	Cumhuriyet Ün Sağlık Bilimleri Fakültesi
Nesrin Akça	Yrd. Doç. Dr	Kırıkkale Üniversitesi
Meltem Saygılı	Yrd. Doç. Dr	Kırıkkale Üniversitesi
Emine Şener	Yrd. Doç. Dr	Ahi Evran Üniversitesi
Deniz Akgül	Yrd. Doç. Dr	Ahi Evran Üniversitesi
Mehmet Yorulmaz	Yrd. Doç. Dr	Konya Selçuk Üniversitesi
Harun Kırılmaz	Yrd. Doç. Dr	Sakarya Üniversitesi / Sağlık Yönetimi Bölümü
Sema Ülkü	Yrd. Doç. Dr	Sakarya Üniversitesi / Sağlık Yönetimi Bölümü
Mustafa Yıldırım	Yrd. Doç. Dr	Sakarya Üniversitesi / Sağlık Yönetimi Bölümü

## Scientific Committee

	<p>Chairman of the Scientific Committee Send notification e-mail address (hhac2017@gmail.com) Chairman of Science Committee mail address (mozata@ahievran.edu.tr)</p>	<p>Professor Musa Özata</p>
	<p>Scientific Committee Office Res. Assist.Fatma Korkmaz Res. Assist. Ayşe Nurefşan Yüksel Res. Assist. Emrah Gürlek Res. Assist. Vildan Güneş Res. Assist. Yusuf Akkoca</p>	<p>0386 2802013 0386 2804948 0380 2802005</p>

## International Science Committee

Yasar A. Ozcan	Professor	Mathematical Modeling Applications in Health Care, Health Care Information Systems, General Statistical Applications
Douglas E. Angus	Professor	MHA/MGSS Telfer School of Management, University of Ottawa, Ontario/CANADA
Michael A. Counte	Professor	Director, Executive MHA Program, Co-Director, International Center for Advances in Health Systems Management, Department of Health Policy and Management, School of Public Health, Saint Louis/USA
Dan Sava	Ph.D	Health care quality management & Health economics consultant with World Bank, Romania
Kerasina Papastergiou	Ph.D	Department of Nursing / ATEI Thessaloniki / Greece
Oleg Medvedev	M.D. / Ph.D/ Prof.	Chair of Pharmacology / School of Medicine, Lomonosov Moscow State University / Moscow, Russia
Arthur Pantelides	Prof.	Business and Administration / American University in Bulgaria / Bulgaria
Fatima Bouazza	Dr.	Faculty of Sciences, University Mohammed V – Laboratory of medical Bacteriology,- Rabat, Morocco
Abdul-Karim Ali Temsah	Dr.	Specialized Medical Hospital, Riyadh
Werner Seigl	Ph.D.	TU Graz - Avustria
Vlad Mihai Psculescu	Ph.D.	Ministry Of Research and Inovation / Head of Laboratory, INCD INSEMEX Petroşani, Romania.

## National Science Committee

Name-Surname	Title	Institution
Erdoğan Kunter	Proffesor	Medipol University Faculty of Health Sciences
Mehveş Tarım	Proffesor	Marmara University Faculty of Health Sciences
Ayşegül Kaptanoğlu	Proffesor	-
Haydar Sur	Proffesor	Üsküdar University Faculty of Health Sciences
İsmail Hakkı Eraslan	Proffesor	Düzce University Faculty of Management
Ramazan Erdem	Proffesor	Süleyman Demirel University Faculty of Economics and Administrative Sciences
Orhan Yalçın	Proffesor	Kırklareli University Faculty of Health Sciences
Türker Baş	Proffesor	Sakarya University Faculty of Management
Ayşe Yüksel	Proffesor	Arel University Faculty of Health Sciences
Musa Özata	Proffesor	Ahi Evran University/Kırşehir
Mithat Kıyak	Proffesor	Okan University Faculty of Health Sciences
Ömer Önder	Proffesor	Ankara University Faculty of Health Sciences.
Şahin Kavuncubaşı	Proffesor	Başkent University Faculty of Health Sciences
Emine Orhaner	Proffesor	Gazi University Faculty of Economics and Administrative Sciences
Ahmet Akgül	Proffesor	İstanbul University Faculty of Health Sciences
Şebnem Aslan	Proffesor	Selçuk University Faculty of Health Sciences
Dilaver Tengilimlioğlu	Proffesor	Atılım Universitt
Cesim Demir	Proffesor	Hasan Kalyoncu University / Faculty of Social Sciences
Hacer Özgen Narcı	Proffesor	Medilpol Üniversity / Healthcare Management Department
Abdullah Soysal	Proffesor	Kahramanmaraş Sütçü İmam University
Sezer Korkmaz	Proffesor	Gazi University / Healthcare Management Department
Korkut Ersoy	Proffesor	Baskent University / Healthcare Management Department
Sıdıka Kaya	Proffesor	Hacettepe University / Healthcare Management Department
Yusuf Çelik	Proffesor	Hacettepe University / Healthcare Management Department
Bayram Şahin	Proffesor	Hacettepe University / Healthcare Management Department
İsmet Şahin	Proffesor	Hacettepe University / Healthcare Management Department
İsmail Ağırbaş	Proffesor	Ankara University / Healthcare Management Department
Afsun Ezel Esatoğlu	Proffesor	Ankara University / Healthcare Management Department
Metin Ateş	Proffesor	Aydın University / Healthcare Management Department
Tevfik Özlü	Proffesor	Karadeniz Technical University / Healthcare Management Department
Abdülkadir Gündüz	Proffesor	Karadeniz Technical University / Healthcare Management Department
Menderes Tercan	Proffesor	Osmangazi University / Faculty of Health Science
Yunus Emre Öztürk	Assoc. Prof.	Konya Selçuk University
Elif Dikmetaş	Assoc. Prof.	Ondokuz Mayıs University
Saffet Ocak	Assoc. Prof.	Muğla Sıtkı Koçman University
Ömer Gider	Assoc. Prof.	Muğla Sıtkı Koçman University Faculty of Health Sciences
Aygül Yanık	Assoc. Prof.	İstanbul Medeniyet University
Aykut Ekiyor	Assoc. Prof.	Gazi Üniversity / Healthcare Management Department
Mahmut Akbolat	Assoc. Prof.	Sakarya Üniversity / Healthcare Management Department
Selma Altındış	Assoc. Prof.	Sakarya Üniversity / Healthcare Management Department
Cemal Sezer	Assoc. Prof.	Sakarya Üniversity / Healthcare Management Department
Cemil Örgev	Assoc. Prof.	Sakarya Üniversity / Healthcare Management Department
Yasemin Akbulut	Assoc. Prof.	Ankara University Department of Health Management
Haluk Özşarı	Assoc. Prof.	Acıbadem University Faculty of Health Sciences
Gülsün Erigüç	Assoc. Prof.	Hacettepe University Faculty of Economics and Administrative Sciences
Gülem Atabey	Assoc. Prof.	İzmir Ekonomi University Faculty of Health Sciences
Sedat Bostan	Assoc. Prof.	Gümüşhane University Faculty of Health Sciences
Levent B. Kıdak	Assoc. Prof.	İzmir Katip Çelebi University Faculty of Health Sciences
Hatice Ulusoy	Assoc. Prof.	Cumhuriyet Ün Faculty of Health Sciences
Elif Dikmetaş Yardan	Assoc. Prof.	Samsun 19 Mayıs University Healthcare Mangement Department
Bilal Ak	Assist. Prof.	Toros University
Gözde Yeşilaydın	Assist. Prof.	Eskişehir Osmangazi University / Healthcare Management
Onur Yarar	Assist. Prof.	Okan University Faculty of Health Sciences
Ayten Turan Kurtaran	Assist. Prof.	Karadeniz Technical University Health Sciences Faculty Health Management Department
Hatice Pınar KAYA	Assist. Prof.	Ahi Evran University / Department of Business Administration
Ertuğrul Güreşçi	Assist. Prof.	Ahi Evran University / Department of Business Administration
Yılmaz Demirhan	Assist. Prof.	Dicle University
Ahmet İlhan	Assist. Prof.	Bayburt University
Erdoğan Ünal	Assist. Prof.	Okan University Faculty of Health Sciences
Nursel Aydınтуğ	Assist. Prof.	Biruni University Faculty of Health Sciences
Yıldırım Beyazıt Gülhan	Assist. Prof.	Okan University Faculty of Health Sciences
Özhan Öztuğ	Assist. Prof.	Lefke Avrupa University Faculty of Health Sciences
Ali Yılmaz	Assist. Prof.	Kırıkkale University Faculty of Health Sciences
Aydan Yüceler	Assist. Prof.	Konya N.E. University Faculty of Health Sciences
Ebru Özlem Bilgin	Assist. Prof.	İstanbul Aydın University Faculty of Health Sciences
Gökhan Yılmaz	Assist. Prof.	Karadeniz Technical University Faculty of Health Sciences



Çiğdem Dikmen	Assist. Prof.	Bilim University Y.O.
Taşkın Kılıç	Assist. Prof.	Gümüşhane University Faculty of Health Sciences
Nezihe Tüfekçi	Assist. Prof.	Süleyman Demirel University Faculty of Economics and Administrative Sciences
Aygen Oksay	Assist. Prof.	Süleyman Demirel University Faculty of Economics and Administrative Sciences
Vahit Yiğit	Assist. Prof.	Süleyman Demirel University Faculty of Economics and Administrative Sciences
Erdal Eke	Assist. Prof.	Süleyman Demirel University Faculty of Economics and Administrative Sciences
Elif Akkaş	Assist. Prof.	Süleyman Demirel University Faculty of Economics and Administrative Sciences
Necla Yılmaz	Assist. Prof.	Süleyman Demirel University Faculty of Economics and Administrative Sciences
Birkan Tapan	Assist. Prof.	İstanbul Bilim University Y.O.
Ali Ünal	Assist. Prof.	Çorum Hitit University Faculty of Health Sciences
Ş. Didem Kaya	Assist. Prof.	Necmettin Erbakan University Faculty of Health Sciences
Ayhan Uludağ	Assist. Prof.	Necmettin Erbakan University Faculty of Health Sciences
Yusuf Yalçın İleri	Assist. Prof.	Necmettin Erbakan University Faculty of Health Sciences
Maimaiti Namaitijiang	Assist. Prof.	Necmettin Erbakan University Faculty of Health Sciences
Nesrin İNAN	Assist. Prof.	Kırıkkale University Department of Health Management
Meltem Saygılı	Assist. Prof.	Kırıkkale University Department of Health Management
Ferda Alper Ay	Assist. Prof.	Cumhuriyet University Faculty of Health Sciences
Enis Baha Biçer	Assist. Prof.	Cumhuriyet University Faculty of Health Sciences
Ümit Naldöken	Assist. Prof.	Cumhuriyet University Faculty of Health Sciences
Nesrin Akça	Assist. Prof.	Kırıkkale University
Meltem Saygılı	Assist. Prof.	Kırıkkale University
Emine Şener	Assist. Prof.	Ahi Evran University
Deniz Akgül	Assist. Prof.	Ahi Evran University
Mehmet Yorulmaz	Assist. Prof.	Konya Selçuk University
Harun Kırılmaz	Assist. Prof.	Sakarya University / Healthcare Management Department
Sema Ülkü	Assist. Prof.	Sakarya University / Healthcare Management Department
Mustafa Yıldırım	Assist. Prof.	Sakarya University / Healthcare Management Department
Gökhan Aba	Assist. Prof.	Bandırma 17 Mayıs University
Mustafa Mete	Assist. Prof.	İstanbul Aydın University

## Davetli Konuşmacılar - Invited Speakers

	Prof. Oleg Medvedev	Importance of m-Health in changing a relationship between doctor and patient	Doktor ve hasta arasında değişen ilişki içerisinde Mobil Sağlık'ın önemi	
	Prof. Arthur Pantelides	A Strategic Perspective to the Future of the Health Sector	Sağlık Sektörünün Geleceğine Stratejik Bakış	
	Prof. Dr. Haydar SUR	Fate of Private Hospital in Turkey	Ülkemizde Özel Hastaneciliğin Akıbeti	
	Uğur Baran	Fate of Private Hospital in Turkey	Ülkemizde Özel Hastaneciliğin Akıbeti	
	Dr. Seyit Karaca	Fate of Private Hospital in Turkey	Ülkemizde Özel Hastaneciliğin Akıbeti	
	Tarkan Dizdar	Fate of Private Hospital in Turkey	Ülkemizde Özel Hastaneciliğin Akıbeti	
	Hakan Sağlam	Fate of Private Hospital in Turkey	Ülkemizde Özel Hastaneciliğin Akıbeti	

## İçindekiler Tablosu

<b>Kongre Sonuç Bildirgesi.....</b>	<b>IV</b>
<b>Conference Results Declaration.....</b>	<b>V</b>
<b>Onur Kurulu .....</b>	<b>VI</b>
<b>Honor Committee.....</b>	<b>VII</b>
<b>Düzenleme Kurulu.....</b>	<b>VIII</b>
<b>Organizing Committee .....</b>	<b>IX</b>
<b>Bilim Kurulu .....</b>	<b>X</b>
Uluslararası Bilim Kurulu .....	XI
Ulusal Bilim Kurulu .....	XII
<b>Scientific Committee.....</b>	<b>XIV</b>
International Science Committee .....	XV
National Science Committee .....	XVI
<b>Davetli Konuşmacılar - Invited Speakers .....</b>	<b>XVIII</b>
İçindekiler Tablosu.....	19
Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Kağıthane İlçesi Aile Sağlığı Merkezleri Örneği .....	21
Sağlık Kurumları Yönetimi Literatüründe Akademik Bir İnceleme Alanı Olarak Yönetim Ve Organizasyon Üzerine Yapılan Lisansüstü Tezlerin İçerik Analizi İle İncelenmesi .....	27
Konya 112 Çalışanların 113 Beyaz Kod Başvuruları.....	32
Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirilmeleri Hakkında Hastane Yöneticilerinin Görüşleri: Şanlıurfa Örneği .....	36
Dünyada ve Türkiye’de Tıp Turizminin Yeri ve Önemi .....	40
Etkileşimci Ve Dönüşümcü Liderlik, İşten Ayrılma Niyeti Ve İş Performansı Arasındaki İlişkiler.....	46
Küresel Cinsiyet Uçurumu (Global Gender Gap) Açısından Dünya Ülkelerin Sınıflandırılması .....	53
Hastane Çalışanlarının Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Örgütsel Özdeşleşmeye Etkisi .....	64
Hemşirelerin Rol Çatışmasının ve Rol Belirsizliğinin İş Yüküne Etkisi.....	72
Sağlık Kurumlarında Otelcilik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi; Samsun İli Örneği.....	78
Hastanelerde Sağlık Otelciliği Uygulamalarının Hastaların Bakış Açısıyla Değerlendirilmesi .....	83
Azerbaycan’da Göçmen Ve Mültecilerin Sağlık Hakları: Yasal Çerçeve, Mevcut Durum, Sorunlar Ve Olası Çözüm Önerileri .....	96

Kuşaklar Arasındaki Sanal Kaytarma Davranışlarının Belirlenmesi.....	104
Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Olumsuz Hasta Davranışları Kamu-Özel Karşılaştırması Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Örneği.....	118
Sağlık İşletmelerinde Finansal Değerlendirme: Özel Bir Sağlık İşletmesi Örneği.....	125
Sağlık Kurumlarında Yönetim ve Diğer Personel Arasındaki İletişim Sorunları: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti “Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi” Örneği.....	132
Ambulans İstisamar Düzeyinin Belirlenmesi: Gümüşhane İli Örneği .....	141
Bebek Dostu Uygulaması Farkındalığı: Hemşireler/Ebeler Üzerinde Bir Araştırma .....	147
Afet Yönetiminde Liderlik Kavramı Ve Acil Yardım Ve Afet Yönetimi Öğrencilerinin Liderlik Yönelimleri .....	154
Sağlık Kurumlarında Örgütsel Öğrenme Ve Personel Güçlendirmeye Yönelik Bir Araştırma .....	159
Sağlık Okuryazarlığı: Bir Kamu Ve Özel Hastanenin Karşılaştırılması.....	167
Ameliyathane ve Yoğun Bakımlarda Yapılan Fiziki Yapıdaki Değişikliklerin Hastaneye, Cerrahi Bölümlere, Hasta ve Hasta Yakınları Üzerine Etkisi.....	177
112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Ambulans Hizmetlerine Başvuran Olgular Üzerinden Değerlendirilmesi: Gümüşhane İli Örneği.....	183
Uludağ Üniversitesi Hastanesi Ve Bursa Devlet Hastaneleri Personelinin Tıbbi Atık Konusunda Bilgi Düzeyi.....	188
Toplumsal Cinsiyeti Ana Akımlaştırma: Sağlık Politikalarını Nasıl Toplumsal Cinsiyete Duyarlı Hale Getirebiliriz? .....	194
Distribution of Health Tourists to Turkey by Country .....	203
Üniversite Personelinin Hastane Tercihinde Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi .....	208
Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin Mesleki Dernekler Hakkında Bilgi Ve Farkındalık Düzeylerinin Ölçülmesi.....	214

# Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Kağıthane İlçesi Aile Sağlığı Merkezleri Örneği

Meltem Çoban Köroğlu<sup>1</sup> Yrd. Doç. Dr. Yıldırım B. Gülhan<sup>2</sup> Öğ. Gör. Aysun Danayiyen<sup>3</sup>

## ÖZET

Şiddet kavramı günümüzde sık sık karşılaştığımız kavramlardan biri haline gelmiştir. Bu kavramı önemli kılan ise özelde kişilere genelde ise topluma verdiği zararlarıdır. Sağlık hizmet sunucuları da sektörler arasında şiddet ile karşı karşıya kalan en önemli çalışan grubudur. Sağlık hizmetleri sunan kurumların hemen hepsinde şiddet olaylarına rastlamak mümkündür. Genellikle acil sağlık hizmeti veren birimlerde yoğun olarak karşılaşılan ve çalışılan bu konu, bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmet sunumu açısından irdelenmiştir. Şiddete uğrama ve bu şiddete karşı geliştirilen refleksler çalışma konumuzu oluşturmaktadır.

Birinci basamak çalışanlardan hemşirelerin daha çok şiddete maruz kaldıkları ve genellikle yalnız çalıştıkları sırada bu şiddetin meydana geldiği görülmüştür. Çalışma sonucunda, çalışanların büyük çoğunluğunun çalışma yaşamları süresince en az bir kez şiddete maruz kaldıkları ve bu nedenle çeşitli psikolojik sorunlarla karşılaştıkları görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Şiddet, Sağlık Hizmetlerinde Şiddet, Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunumunda Şiddet

## VIOLENCE IN PRIMARY HEALTH CARE SERVICES: EXAMPLE OF THE FAMILY HEALTH CENTERS THAT IN THE PROVINCE OF KAGITHANE IN ISTANBUL

### ABSTRACT

Violence has become one of the concepts we often encounter today. It is important as it is harmful especially to the people and to the society in general. Healthcare providers are also the most important group of employees facing violence across sectors. It is possible to find violence incidents in almost all institutions providing health services. This topic, which is mostly encountered and studied in emergency health service units, has been examined in terms of primary care service delivery in this study. Developing reflexes against violence and violence constitute the working position.

It has been seen that nurses are exposed to more violence from primary care workers and this violence occurs when they are usually alone. As a result of the study, it has been seen that the vast majority of employees are exposed to violence at least once during their working life and thus face various psychological problems.

**Keywords:** Violence, Violence in Health Services, Violence in Primary Health Care Delivery

## 1.GİRİŞ

Bireylerin doğal haklarının ve özgürlüklerinin kısıtlanmasına yol açan şiddet olgusu, bireylerin kontrol mekanizmasının saldırgan dürtüler karşısında zayıf kalarak yitirilmesi şeklinde ortaya çıkmakta ve insanların bedensel ve ruhsal açıdan zarar görmelerine sebebiyet vermektedir (Özerkmen, 2012). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre ise şiddet, fiziksel saldırı, cinayet, sözel saldırı, duygusal, cinsel veya ırksal taciz olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2005). Küçük yaştan itibaren bireylerin çevresinde gerçekleşen şiddet olaylarının bir süreç olarak yansımaları sonucunda genişleyebilmekte ve yerleşerek, diğer nesillere de aktarılabilir. Bu yönüyle de tehlikeli bir salgın hastalığa benzetilebilir. Şiddet her yaş gurubunda, sosyal ve kültürel çevrede, coğrafi bölgede ya da etnik kökende ortaya çıkabilmektedir (Şenyurt 2008; Kızmaz 2006; Sokullu ve ark. 2011). Şiddet günümüzde her alanda görülmekle birlikte özellikle iş yerlerinde gittikçe artmıştır ve bütün meslekleri

<sup>1</sup> Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi

<sup>2</sup> Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Bölüm Başkanı

<sup>3</sup> Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Görevlisi

etkileyen ciddi bir sorun haline gelmiştir. İş yerinde şiddet “çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar” olarak tanımlanmaktadır (Ayrancı ve ark., 2002). Sağlık kurumlarındaki şiddet ise “hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir kişiden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan, tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmıştır (Şenyurt 2008).

Şiddet oluşumuna neden olan en önemli faktörlerin başında eğitimsizlik ve bilgisizlik gelmektedir. Hastanelere tedavi veya tetkik amacıyla başvuran hasta ve hasta yakınlarının, sağlık sisteminin işleyişi ve sağlık mevzuatı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığından hasta yakınlarının hastanın kendisi olmadan reçete yazdırmaya çalışmaları, hekimlerden bireylerin kendi isteklerine göre ilaç yazdırma talepleri, gerekli tedavilerin hastalar ve yakınları tarafından sonuçlarının göz önünde bulundurulması fakat başarısız olması durumunda bu sonuçların kabul edilmemesi ve sağlık personelinin suçlanması gibi faktörler bireylerin sağlık çalışanlarına karşı gösterdikleri şiddet eğiliminin nedenlerinden bazılarını oluşturmaktadır (Turkan, 2013).

Gerçekleşen şiddet olayları sonucunda sağlık çalışanlarında kendine güvensizlik, korku, depresyon, baş ağrısı, kusma, çaresizlik duygusu, alkol ve sigara tüketiminin artması ve kişilerarası ilişkilerin bozulması gibi olumsuzluklar meydana gelmektedir. Kanada’da yapılan bir çalışmada hemşirelerin %30’unun şiddete maruz kalma durumunda olayı göz ardı ettiklerinin belirlendiği ve %72’si ise işyeri şiddetinden dolayı güvende hissetmediklerini ifade ettikleri belirtilmiştir (Atan, 2011). Şiddet vakalarının en yoğun acil servislerde ve madde bağımlılığı nedeni ile yaşandığı belirtilmektedir (Öcal, 2010).

Bu bağlamda bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda yaşanan şiddetli olaylarının yaygınlığını, meydana gelen şiddetin türünü, nedenlerini ve buna karşılık sağlık çalışanlarının tutumunun ne olduğunu anlamak ve şiddete karşı yapılabileceklerin irdelenmesi amaçlanmıştır.

## **2 . GEREÇ VE YÖNTEM**

Çalışma kesitsel tipte ve tanımlayıcıdır. İstanbul ili Kağıthane ilçesinde (25 adet ASM) Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan tüm personele (220 personel) ulaşılmaya çalışarak anket uygulanması planlanmıştır. Geri dönen ve geçerliliği olan 110 anket veri setini oluşturmuştur. Geri dönüş oranı %50’dir. Çalışanların şiddet ile karşılaşma sıklığı ve ilişkili etmenlerin belirlenebilmesi için Arnetz (1998) tarafından geliştirilen “Şiddet Olay Formu (The Violent Incident Form (VIF))” kullanılmıştır. Bu form, 16 adet sorudan oluşmakta olup; şiddete maruz kalanların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımında; cinsiyet, meslek grubu, çalışma süresi ve yaş olmak üzere dört demografik özelliğe de sorgulanmıştır. Anketin içeriğinde; çalışanların şiddete maruz kalma durumu ile ilgili görüşlerine yer verilmektedir.

Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS 17.0 programına aktarılarak frekans, yüzde, gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır.

### 3. BULGULAR

Araştırmaya katılan 110 kişinin tanımlayıcı özellikleri Tablo 1’de yer almaktadır. Buna göre %76,4’ü (84) kadın, %23,6’sı (26) erkek olduğu, en çok 30-39 yaş aralığında (%52,6 ) ve %56,4’ü hemşire, % 43,6’sı doktor olarak çoğunun ( %70’9’u) 1-5 yıl çalışma aralığında olduğu görülmüştür. Katılımcıların % 81,8’i toplamda 90 kişi çalıştıkları süre içerisinde en az bir kez şiddete maruz kaldıklarını beyan etmişlerdir. Şiddete maruz kalanların tanımlayıcı özellikleri Tablo 2’de özetlenmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri

	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	26	23,6
Kadın	84	76,4
<b>Yaş</b>		
20-29 yaş	22	20
30-39 yaş	48	43,63
40-49 yaş	40	36,37
<b>Meslek</b>		
Hemşire	62	56,4
Doktor	48	43,6
<b>Kurumda çalışılan süre</b>		
1-5 yıl	78	70,9
6-10 yıl	20	18,2
11-15 yıl	2	1,8
16-20 yıl ve üzeri	10	9,1
<b>Kurumda çalışılan süre içerisinde her hangi bir şiddete maruz kalma durumu</b>		
Evet	90	81,8
Hayır	10	
<b>Toplam</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

Tablo 2. Şiddete maruz kalanların özellikleri

	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	22	24,44
Kadın	68	75,56
<b>Yaş</b>		
20-29 yaş	16	17,8
30-39 yaş	42	46,7
40-49 yaş	32	35,5
<b>Meslek</b>		
Hemşire	50	60
Doktor	40	40
<b>Şiddete uğrayanların şiddete uğrama sayısı</b>		
1-2 kez	28	31,1
3-4 kez	2	2,2
5 ve daha fazla kez	60	66,7
<b>En son şiddete maruz kalmadan beri geçen süre</b>		
1 aydan az	26	28,9
1-6 ay	36	40
6 ay-1 yıl	10	11,1
1 yıldan fazla	18	20,0
<b>Toplam</b>	<b>90</b>	<b>100</b>

Tablo 3. Şiddet uygulayanların tanımlayıcı özellikleri

	Sayı	%
<b>Yaş</b>		
10-19 yaş	6	6,7
20-29 yaş	14	15,5
30-39 yaş	42	46,7
40-49 yaş	18	20
50 yaş ve üzeri	10	11,1
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	46	51,1
Kadın	14	15,5
Erkek-Kadın	30	33,4
<b>İş yerinde bulunma nedeni</b>		
Hasta	43	47,8
Hasta yakını	13	14,4
Hasta-Hasta yakını	30	33,3
Hasta-Hasta Yakını-Diğer Personel	4	4,4
	0	0
<b>Şiddet olayının türü</b>		
Sözel tehdit veya saldırganlık	80	88,9
Tekmeleme-Tükürme-İtme-Diğer	10	10,1

Şiddete maruz kalanların %24,44 ü erkek, %75,56 sı kadındır. Katılımcıların %76,4’ü kadın olduğu için bu beklenen bir orandır. Şiddete maruz kalanların en çok 30-39 yaş grubunda olduğu görülmüştür (42 kişi, % 46, 7). Birinci basamak hizmetlerinde de hemşirelerin oran olarak daha fazla şiddete maruz kalmış görülmektedir. Şiddete maruz kalanların % 66.7’ si çalışma yaşamları süresince 5’ten fazla şiddete maruz kaldıklarını, %28,9’u bir aydan az bir süre önce şiddete maruz kaldıklarını

beyan etmişlerdir. Şiddet uygulayanların tanımlayıcı özellikleri Tablo 3’de yer almaktadır. Şiddet uygulayanların %47,8’i hastalardan, %14,4’ü hasta yakınlarından ve %33,3’ü hasta ve hasta yakınları olduğu tespit edilmiştir. Şiddet uygulayanların %46,7’si 30-39 yaş aralığındadır. En küçük saldırganın ise 12 yaşında olduğu görülmüştür. Şiddet uygulayanların %51,1’i erkeklerdir. Şiddet nedeni %55,6’ı ile bilinmemektedir. Şiddet türü olarak birinci basamakta %88,9 oranında sözel tehdit veya saldırganlık davranışı gösterilmiştir.

Olay sırasında bulunan yer ve olay anında yaşananlarla ilgili elde edilen veriler Tablo 4’de özetlenmiştir.

Tablo 4: Olay yeri ve olay anı ile ilgili veriler

	Sayı	%		Sayı	%
<b>Saldırıya maruz kaldığımız yer</b>			<b>Olayın meydana geldiği zaman</b>		
Bekleme odası	18	20	Hastanın kabul işlemlerinin yapıldığı esnada	33	36,7
Muayene odası	34	37,7	Muayene/ tedavi/ fiziksel bakım sırasında	19	21,1
Koridor	26	28,8	Muayene/ tedavi bitiminde	18	20,0
Diğer	12	13,3	Diğer	20	22,2
<b>Olay öncesi bulunulan faaliyet</b>			<b>Olay karşısında gösterilen tepki</b>		
Muayene/ tedavi/ fiziksel bakım	42	46,7	Kendimi savunarak karşılık verdim	36	40,0
Konuşma	16	17,8	Yardım istedim	2	2,2
Etkinlik yok	4	4,4	Diğer kişi(ler) yardıma geldi	28	31,1
Hasta tarafından yapılan talepler	12	13,3	Her hangi bir işlem gerekmedi	12	13,3
Diğer	16	17,7	Diğer	12	13,3
<b>Saldırının olacağını önceden hissetme durumu</b>			<b>Olayın meydana geldiği sırada yalnız çalışma durumu</b>		
Evet	46	51,1	Evet	50	55,6
Hayır, tam bir sürpriz olarak gerçekleşti	44	48,9	Hayır	40	44,4
<b>Olay sonrasında yaşananlar</b>			<b>Olay Sonucunda</b>		
Hiçbir şey olmadı	12	13,3	Polis rapor tuttu	10	11,1
Korktum	2	2,2	İş kazası raporu tutuldu	2	2,2
Öfkelendim	20	22,2	Hiçbir idari/adli işlem yapılmadı	76	84,4
Anksiyete	10	11,1	Polis rapor tuttu-İş kazası raporu tutuldu	2	2,2

Saldırıya maruz kalınan yer %37,7 ile muayene odasıdır. Olay % 46,7 oranında muayene, tedavi veya fiziksel bakım sırasında ya da %36,7 ile hasta kabul işlemleri yapılırken ve çoğunlukla yalnız çalışırken (%55,6) gerçekleşmiş, %51,1 oranında saldırı önceden hissedilememiş ve olay anında sağlık personelinin %22,2’si öfkelenmediğini ifade etmiştir. % 40 oranında sağlık personeli kendi savunarak karşılık vermiştir. Şiddet sonrası hiçbir idari ve adli işlem çoğunlukla (%84,4) yapılmamıştır. Bunun %11,1 ile polisin rapor tutması takip etmektedir.

#### 4. SONUÇ VE ÖNERİLER



Şiddet ister fiziksel ister psikolojik olsun insanlar üzerinde olumsuz etkiler bırakmaktadır. Şiddet olgusunu her alanda görmek mümkün olduğu gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinde de yaygın (%81,8) olarak görmekteyiz. Bu çalışmanın yukarıda sıralanan bulguları genellikle yazında yer alan diğer çalışmalarla paralel sonuçlar vermiştir. Ancak, Erker ve ark. 2011 yılında yaptıkları çalışmada erkek sağlık çalışanlarının (%59,2), kadın çalışanlara (%40,8) göre daha fazla şiddete maruz kaldıkları da görülmektedir (Eker ve ark., 2011). Bu çalışmada kadınların daha fazla şiddete maruz kaldığı, daha önce yapılan birçok çalışmaya paralel olarak hemşirelerin daha fazla şiddete uğradığı görülmüştür. Hastane ve tıbbi merkez gibi yerlerde yapılan çalışmalarda hasta kabul işlemleri sırasında şiddet olayı daha fazla yaşandığı belirtilmesine rağmen (Çamcı ve ark. 2011) birinci basamak hizmetlerinde şiddete maruz kalınan yer çoğunlukla muayene odasıdır. Atan ve Dönmez (2011) tarafından şiddet türü incelen çalışmada da, polikliniklerde, sözel cinsel taciz ve fiziksel saldırı en fazla görüldüğü bildirilmiştir. Bu çalışmada şiddet türü olarak birinci basamakta % 88,9 oranında sözel tehdit veya saldırganlık davranışı gösterildiği tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun birden fazla şiddete maruz kaldığı görülmektedir. Yazından farklı olarak şiddet uygulayanların çoğu hastalardır, ayaktan hizmet alınan ASM’lerde komplike vaka olmaması ve hasta yakını az olması bunun sebebi olarak yorumlanmıştır.

Sağlık çalışanlarına gösterilen şiddetin önüne geçebilmek için; Şiddete başvuran kişinin aynı sağlık kurumundan (acil durumlar dışında) sağlık hizmeti alması belirli bir süre (örneğin 6 ay gibi) engellenmelidir. Yasal mevzuat gözden geçirilerek, yargı tarafından verilen cezalar ertelenmemelidir. Kurum içinde çeşitli panolara şiddete başvuracak insanlara uygulanacak cezai müeyyideler yazılmalıdır. Çalışanların tek başlarına, şiddet riskinin fazla olduğu alanlarda hasta ve yakınlarıyla baş başa kalmaları engellenmelidir. Barış Eğitimi konusunda farkındalık oluşturulmalıdır.

## **KAYNAKLAR**

**Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3:147-54.**

**Atan S.Ü, Dönmez S. “Hemşirelere Karşı İşyeri Şiddeti”, Adli Tıp Dergisi, İstanbul, 2011, 25(1); 71-80.**

**Çamcı O, Kutlu Y. “Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi”, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2011;2(1):9**

**Eker, H. H., Topcu, İ., Şahinöz, S., Özder, A., Aydın, H. 2011. “ Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki Şiddet Sıklığı”, Bidder Tıp Bilimleri Dergisi, 3(3), ss.16-22.**

**Kızmaz Z. “Şiddetin Sosyo-Kültürel Kaynakları Üzerine Sosyolojik Bir Yaklaşım Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Elazığ, 2006, 16(2); 247-268.**

**Öcal A. “Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği, BÜ, SBE, YYLT, İstanbul, 2010.**

**Özerkmen N. “Toplumsal Bir Olgu Olarak Şiddet”, Akademik Bakış Dergisi, İstanbul, 2012, (28); 1-19.**

**Şenyurt M. “Psikiyatri Kliniklerinde Yaşanan Şiddet Olaylarının Kayıtlara Yansımalarının ve Ele Alınışının İncelenmesi, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, YYLT, Ankara, 2008, s.27.**

**Sokullu Akıncı F, Aytaç B, Aytaç M, Bayram N, Bilgel N, Bozkurt V, Yıldız, S. “İşyerinde Şiddet”, Beta Yayınları, İstanbul, 2011, s.6.**

**Turkan S. “Sağlık Çalışanlarına Şiddet Üzerine Analiz”, Androloji Bülteni, S.55, İstanbul, 2013.**

**WEB Yayını , “Barış Eğitimi”  
<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/ijofe/article>  
(Erişim:10.10.2015)**

**WHO (2005). Workplaceviolence. September 2008, [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/injury/work9/en/print.html](http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/work9/en/print.html)**

# Sağlık Kurumları Yönetimi Literatüründe Akademik Bir İnceleme Alanı Olarak Yönetim Ve Organizasyon Üzerine Yapılan Lisansüstü Tezlerin İçerik Analizi İle İncelenmesi

Yrd. Doç. Dr. Ahmet İLHAN<sup>1</sup>

## ÖZET

Sağlık kurumları yönetimi literatüründe yönetim ve organizasyon alanında yazılmış olan lisansüstü tezlerin incelenmesi, yönetim ve organizasyon alanının geçirmiş olduğu evrelerin incelenmesine imkân tanımaktadır. Bu noktada zaman içinde yönetim ve organizasyon alanındaki süreçlerin sağlık kurumlarına yansımaları ve bunun sonucunda ortaya çıkan eğilimler merak konusu olmuştur. Bu eğilimlerin derecesini ortaya çıkarabilmek için akademik alanda lisansüstü tezlerin incelenmesi ve analiz edilip sağlık yönetimi alanına olan katkısını araştırmak amaçlanmıştır. Bu çalışmanın amacı, sağlık kurumları yönetimi alanında yönetim ve organizasyon alt konuları ile ilgili yazılmış olan ulusal lisansüstü tezlerin maxqda programı ile analiz edilip araştırılması ve bu konuların sağlık kurumları yönetimi alanında kullanılma eğilimlerinin karşılaştırmalı olarak ortaya konulmasıdır.

Bu çalışmada araştırma yöntemi olarak içerik analizi seçilmiştir. Betimsel bir araştırma niteliğinde olan çalışmada, sağlık kurumları yönetimi literatüründe yönetim ve organizasyon alanında yazılmış ulusal lisansüstü tezler içerik analizi ile incelenip değerlendirme yapılmıştır. Çalışmanın evrenini 1998-2017 yılları arasında sağlık kurumları yönetimi adı altında yazılmış 403 lisansüstü tez oluşturmaktadır. Bu tezlerden yönetim ve organizasyon alanında yazılmış 61 lisansüstü tez ise araştırmanın örnekleimidir. Sağlık kurumları yönetimi literatüründe yönetim ve organizasyon alanında yazılmış ulusal lisansüstü tezlerin %31'ini (n=19) stres, tükenmişlik sendromu, mobbing, motivasyon konuları, %21'ini (n=13) örgüt ve örgüt yapısı, %13'ünü (n= 8) memnuniyet, %12'sini (n=7) liderlik, %9'unu (n=6) TKY, inovasyon, risk yönetimi, %7'sini (n=4) marka ve itibar, %7'sini (n=4) zaman yönetimi oluşturmaktadır. Araştırmada tezlere en fazla konu olan stres, tükenmişlik sendromu, mobbing ve motivasyon konularında tekrarlanan kelime sıklıklarına bakıldığında stres ve mobbing kelimelerinin daha sık tekrar edildiği görülmektedir. Yönetim ve organizasyon alanında çeşitli konular olmasına rağmen belirli başlıklar altında çalışılması sağlık yönetimi ile ilgili kısıtlı bir çevre oluşturmaktadır. Bu çalışma sonuçlarının ortaya konulan eksikliklerin giderilmesi noktasında çalışmacılara yardımcı olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Kurumları Yönetimi, Yönetim ve Organizasyon, İçerik Analizi

## INVESTIGATION OF POSTGRADUATE THESIS ON MANAGEMENT AND ORGANIZATION AS AN ACADEMIC FIELD OF STUDY IN MANAGEMENT OF HEALTH INSTITUTIONS LITERATURE WITH CONTENT ANALYSIS

### ABSTRACT

Analysing postgraduate theses on management and organization in management of health institutions literature allows for examining the phases that the field of management and organization has gone through. In this context, reflection of processes in the field of management and organization to health institutions as well as consequential trends serve as key concerns. This study aims to academically examine and analyse postgraduate theses and to research into their contributions to the field of health management in order to clarify the extent of such trends. This study aims to examine and analyse national postgraduate theses on sub-topics of management and organization in the field of management of health institutions by using maxqda software and to comparatively deal with the trends of using such trends in management of health institutions. Content analysis method was employed in this study. As a descriptive research, this study covers the analysis and evaluation of national postgraduate theses on management and organization in management of health institution literature. The study focuses on 403 postgraduate theses written between 1998 and 2017 under the title of management of health institutions. 61 out of 403 postgraduate theses, which are written in the field of management and organization, are the samples of this study. Among all national postgraduate theses on management and organization in management of health institutions literature, 31% (n=19) of them deals with stress, burnout syndrome, mobbing, motivation issue; 21% (n=13) with organization and organizational structure, 13% (n=8) with satisfaction, 12% (n=7) with leadership,

<sup>1</sup> Bayburt Üniversitesi/Sağlık Yönetimi Bölümü/Türkiye/ahmetilhan@bayburt.edu.tr

9% (n=6) with TQM, innovation, risk management, 7% (n=4) with brand and reputation, 7% (n=4) with time management. Considering the frequency of words repeated in the subjects of stress, burnout syndrome, mobbing and motivation issues, which are the mostly addressed subjects in the theses, it has been found out that stress and mobbing words are the most frequently repeated ones. Although the field of management and organization covers diverse subjects, studying specific subjects leads to limitations in the field of health management. This study is considered to assist researchers in overcoming deficiencies revealed by the results obtained.

**Keywords:** Management of Health Institutions, Management and Organization, Content Analysis

## 1. Giriş

Sağlık sektöründe rekabet ortamının giderek artmasıyla birlikte sağlık kurumlarının bu zor koşullarda varlıklarını sürdürebilmeleri için yönetim ve organizasyon süreç ve uygulamalarını hayata geçirmeleri bir zorunluluk haline gelmiştir. Bu noktada sağlık kurumları yönetimi alanında yönetim ve organizasyon süreçlerinin teorik ve pratik olarak uygulanması sağlık kurumlarına belirli bir rekabet avantajı sağlamaktadır. Genel olarak yönetim ve organizasyon alanında işletmeler açısından bireylerin sağlık ihtiyaçlarını karşılayan sağlık mal ve hizmetlerini sunan sağlık kurumları, içinde yer aldığı toplumun yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık kurumları dinamik bir çevrede faaliyet göstermelerinden dolayı içinde buldukları çevrenin özellikleri ve beklentilerine göre farklı yönetsel roller üstlenmek zorundadırlar. Bu bakımdan sağlık kurumları yönetimi değişen çevrenin beklentilerini karşılamaya yönelik olarak esnek yönetsel özelliklere sahip olmalıdır. Sağlık kurumları yönetimi, sağlık hizmetleri üretimi yoluyla toplumun ihtiyaçları doğrultusunda sağlık düzeyini korumak ve geliştirmek için maddi ve insan kaynakları planlanması, örgütlenmesi, uygulanması ve denetlenmesi süreci olarak ifade edilmiştir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012:104). Buna karşılık yönetim kavramı ise insanlar ve diğer kaynaklar aracılığıyla örgütsel hedefleri başarma süreci olarak tanımlanmaktadır (Boone ve Kurtz, 2013:218). Diğer bir ifade ile yönetim; sosyal, idari ve teknik faaliyetlerden oluşan ve çeşitli kaynaklar aracılığıyla önceden belirlenmiş olan hedefleri gerçekleştirmek için kuruluşlar içinde meydana gelen süreç olarak değerlendirilmektedir (Longest, Rakich ve Darr, 2000). Bu çerçevede sağlık kurumları teknik, beşeri ve idari özelliklere sahip olan bir örgütsel yönetim anlayışına ihtiyaç duyarlar. Aynı zamanda bu anlayışı uygulayabilecek olan farklı yönetim düzeylerinde görev alacak etkili sağlık kurumları yöneticilerine gereksinim duyulmaktadır. Yönetim ve organizasyon alanının sağlık kurumları yönetimine yansması ile birlikte sağlık kurumları yöneticilerinin belirlenen hedefleri gerçekleştirebilmeleri büyük ölçüde yönetim teori ve yaklaşımlarını bilmelerini gerekli kılmıştır. Yönetim ve organizasyon alanı ile ilgili yönetsel yaklaşımlar sağlık kurumlarına farklı bir açıdan bakmayı sağlar. Bunun sonucunda değişen iç ve dış çevre koşullarına bağlı olarak her yaklaşım çeşitli faydalar sağlar. Bununla birlikte sağlık kurumları diğer işletmelere göre ayırt edici özelliklere sahip olduklarından dolayı yönetim ve organizasyon alanı ile ilgili yaklaşımlar sağlık kurumları yönetimine uygun bir anlayışta uyarlanmalıdır. Sağlık kurumlarında finansmanın etkili kullanılması, hizmet kalitesi ve anlayışının yükseltilmesi ve teknolojik yeniliklerin kullanılması gibi nedenler sağlık kurumlarının daha çok kurumsal bir örgüt haline gelmelerini sağlamaktadır. İşte bu noktada sağlık kurumları yönetiminde yönetim ve organizasyon uygulama ve yaklaşımlarının takip edilip kullanılması bir zorunluluk haline gelmektedir. Diğer bir ifadeyle sağlık kurumları kompleks ve dinamik yapılardır. Bu örgütlerin doğası belirlenen hedefler çerçevesinde koordinasyon, yönetim, denetim ve planlama gerektirmektedir (Buchbinder ve Shanks, 2016). Sağlık kurumları yönetimi alanında yönetim ve organizasyon ile alt dallarında yapılan çalışmalara olan ihtiyaç bu kapsamda büyük önem kazanmaktadır. Bu noktada zaman içinde yönetim ve organizasyon alanındaki süreçlerin sağlık kurumlarına yansması ve bunun sonucunda ortaya çıkan eğilimler merak konusu olmuştur. Bu eğilimlerin derecesini ortaya çıkarabilmek için akademik alanda lisansüstü tezlerin incelenmesi ve analiz edilip sağlık

yönetimi alanına olan katkısını araştırmak amaçlanmıştır. Sağlık kurumları yönetimi literatüründe yönetim ve organizasyon alanında yazılmış olan lisansüstü tezlerin incelenmesi, yönetim ve organizasyon alanının geçirmif olduğu evrelerin incelenmesine imkân tanımaktadır. Bu çalışmanın amacı, sağlık kurumları yönetimi alanında yönetim ve organizasyon alt konuları ile ilgili yazılmış olan ulusal lisansüstü tezlerin maxqda programı ile analiz edilip araştırılması ve bu konuların sağlık kurumları yönetimi alanında kullanılma eğilimlerinin karşılaştırılmal olarak ortaya konulmasıdır. Bu çalışmada sağlık kurumları yönetimi literatüründe yönetim ve organizasyon temalı çalışmaların yapısı değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bu amaçla ulusal literatürde yayımlanan lisansüstü tezlerin incelenmesi ile yakın dönemde sağlık yönetiminde yönetim ve organizasyon üzerine çalışılan konular ile bu konuların yıllara göre dağılımı ortaya konulacaktır. Sağlık kurumları yönetiminde yönetim ve organizasyon alanının etkisi ve uygulama alanları konusu, üzerinde yeni ve çeşitli çalışmalar yapılmaya ihtiyaç duyulan bir alan olarak gösterilebilir. Bu çalışmanın özellikle bu alanda çalışma yapmak isteyen araştırmacılara ihtiyaç duyulan boşlukları görmeleri konusunda yardımcı olabileceği düşünölmektedir. Ayrıca akademik yazında sağlık kurumları yönetiminde yönetim ve organizasyon üzerine yapılan çalışmaların tespit edilerek gelişim sürecinin dönemlere göre değerlendirilmesinin bu alandaki yazına katkıda bulunacağı düşünölmektedir.

## **2. Araştırmanın Yöntemi**

Bu çalışmada araştırma yöntemi olarak içerik analizi seçilmiştir. İçerik analizi, birçok araştırmada faydalı bir ölçüm tekniği olarak kabul edilip kullanılmaktadır. Sosyal bilimlerde en önemli araştırma tekniklerinden birisi olarak kabul edilmekte olan içerik analizi, seçilen metne göre elde edilen verilerden geçerli ve kullanılabilir çıkarımlar elde edilen bir araştırma tekniğidir (Krippendorff, 1989:403). Diğer bir ifadeyle içerik analizi, seçilen kriterlere bağlı olarak değişik kategorilerde yazılmış bir metnin kodlanması üzerine kullanılan ve özellikle örgüt çalışmalarında yaygın olarak kullanılan bir araştırma yöntemidir (Milne ve Adler, 1999:237). Bu çerçevede sosyal bilimler için geçerli ve faydalı bir ölçüm tekniği olarak kabul edilen içerik analizi yönteminde seçilen birçok konu araştırmanın amacı ve kapsamı doğrultusunda analiz edilip değerlendirilmesini içeren bir bilimsel araştırma yöntemidir. Betimsel bir araştırma niteliğinde olan bu çalışmada, içerik analizleri yapılacak olan yazılı belgelere ulaşmak için Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı (YÖK) Ulusal Tez Merkezi sayfasında sağlık kurumları yönetimi literatüründe yönetim ve organizasyon alanında yazılmış ulusal lisansüstü tezler seçilmiştir. Bu doğrultuda incelenecek olan tezlerin seçilmesi işleme YÖK Tez Merkezi sayfası içinde taranan sağlık kurumları yönetimi alanında yazılmış tezlerin tamamına ulaşılmasıyla başlanmıştır. Daha sonra içerik analizleri yapılacak olan tezlerin tespit edilmesi işleme başlanmıştır. Bu süreç sonucunda çalışmada sağlık kurumları yönetimi literatüründe yönetim ve organizasyon alanı ile ilgili yazılan tezler seçilip taranmış ve içerik analizi ile incelenip değerlendirme yapılmıştır. Bu kapsamda çalışmanın evrenini 1998-2017 yılları arasında sağlık kurumları yönetimi adı altında yazılmış 403 lisansüstü tez oluşturmaktadır. Bu tezlerden yönetim ve organizasyon ve alt dalları alanında yazılmış 61 lisansüstü tez ise araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır.

## **3. Bulgular**

Bu bölümde analize tabi tutulan lisansüstü tezlere ilişkin bulgular yer almaktadır. 1998-2017 yılları arasında incelenen 403 lisansüstü tezin 61 tanesinin yönetim ve organizasyon alt dalları ile ilgili literatüre ait olduğu görölmüştür. Araştırma kapsamında sağlık kurumları yönetimi

literatüründe yazılmış toplam 403 tane lisansüstü teze ulaşılmış, bu tezlerin başlık, özet ve anahtar kelimeleri incelenmiş yönetim ve organizasyon alanı ve alt dalları ile ilgili tespit edilen 61 lisansüstü tez araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Bu doğrultuda çalışma kapsamına alınan lisansüstü tezlerin incelenmesi sonucunda tespit edilen yönetim ve organizasyon konularının yüzdesel dağılımları tablo 1’de gösterilmiştir.

**Tablo 1:** Yönetim ve Organizasyon Konularının Yüzdesel Dağılımları

Yönetim ve Organizasyon Alanı	Yüzdesel Dağılımı (%)
Stres	31
Tükenmişlik Sendromu	
Mobbing	
Motivasyon	
Örgüt ve Örgüt Yapısı	21
Memnuniyet	13
Liderlik	12
TKY	9
İnovasyon	
Risk Yönetimi	
Marka ve itibar	7
Zaman Yönetimi	7
<b>Toplam</b>	<b>100</b>

Buna göre sağlık kurumları yönetimi literatüründe yönetim ve organizasyon alanında yazılmış ulusal lisansüstü tezlerin %31’ni (n=19) stres, tükenmişlik sendromu, mobbing, motivasyon konuları, %21’ini (n=13) örgüt ve örgüt yapısı, %13’ünü (n= 8) memnuniyet, %12’sini (n=7) liderlik, %9’unu (n=6) TKY, inovasyon, risk yönetimi, %7’sini (n=4) marka ve itibar, %7’sini (n=4) zaman yönetimi oluşturmaktadır. Araştırmada tezlere en fazla konu olan stres, tükenmişlik sendromu, mobbing ve motivasyon konularında tekrarlanan kelime sıklıklarına bakıldığında stres ve mobbing kelimelerinin daha sık tekrar edildiği görülmektedir.

#### 4. Sonuç ve Öneriler

Sağlık kurumları yönetiminde yönetim ve organizasyon alanında yazılmış 61 ulusal lisansüstü tez üzerinden incelemelerin yapıpı değerlendirilmeler yer aldığı bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre, sağlık yönetimi literatüründe yönetim ve organizasyon konularının sık çalışılan konular arasında olmadığını söylemek mümkündür. Buna göre sağlık yönetiminde yönetim ve organizasyon alanıyla ilgili tez konularının ortalama ağırlığı %15 olarak tespit edilmiştir. Yönetim ve organizasyon alanında çeşitli konular olmasına rağmen belirli başlıklar altında çalışılması sağlık yönetimi ile ilgili kısıtlı bir çevre oluşturmaktadır. Ayrıca bu kısıtlı çevreyi oluşturan bir diğer faktörün de yönetim alanında yürütülen çalışmaların özellikle örgütsel davranış konuları üzerinde yoğunlaşması olduğunu söylemek mümkündür. Bu çalışma sonuçlarının ortaya konulan eksikliklerin giderilmesi noktasında çalışmacılara yardımcı olacağı düşünülmektedir. Çalışmanın katkıları bakımından bahsedilen sağlık yönetimi bağlamında yönetim ve organizasyon literatürünün bütünleştirici ve bu alandaki süreçlerin sağlık kurumlarına yansımalarının belirlenmesine yönelik eğilimlerin geliştirilmesinin gerekli olduğu

sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın kısıtı bakımından sadece lisansüstü tezlerin incelenmesi olup bu kısıtın giderilmesine dair gelecekteki çalışmalar için ulusal ve uluslararası makale, alan indeksli dergiler incelemeye tabi tutulup analiz edilebilir. Bu bağlamda sağlık kurumları yönetimi literatüründe yönetim ve organizasyon alanının güçlenmesi ve gelişimi için bu konulara ilgi duyan araştırmacıların bu konulara daha çok eğilmesi ve işbirliği yapmaları gerektiği düşünölmektedir.

### **Kaynakça**

- Boone, L. E. ve Kurtz, D. L. (2013). “Contemporary Business”, ev. Editörü: Prof. Dr. Azmi Yalçın, 14.Basım: İstanbul, Nobel Akademik Yayıncılık.
- Buchbinder, S.B. ve Shanks, N.H. (2016). “Introduction To Healthcare Management”, Jones & Barlett Publishers.
- Kavuncubaşı, Ő. ve Yıldırım, S. (2012). “Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi”, 3. Baskı: Ankara, Siyasal Kitabevi.
- Krippendorff, K. (1989). “Content Analysis”, International Encyclopedia of Communication, Vol. 1, pp. 403-407, New York, NY: Oxford University Press.
- Longest, B. B., Rakich, J. S., ve Darr, K. (2000). “Managing Health Services Organizations And Systems”, Baltimore: Health Professions Press.

## Konya 112 Çalışanların 113 Beyaz Kod Başvuruları

BATI Serap<sup>1</sup>  
KÜÇÜKKENDİRCİ Hasan<sup>2</sup>  
ULUSAL Osman<sup>3</sup>

### ÇALIŞMANIN PROBLEMİ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından sağlık hizmetleri; belirli sağlık kuruluşlarında farklı meslek gruplarına mensup sağlık personelinin yararlanılarak, toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını, her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlanmak üzere ülke çapında örgütlenmiş sistem olarak tanımlanmaktadır. Bu sistemde aynı hedef için farklı görev ve rol üstlenmiş olan sağlık ekibi yer almakta ve sağlık hizmeti bu ekip tarafından verilmektedir.

Sağlık çalışanları diğer hizmet sektörlerinde çalışan kişilere oranla daha riskli bir gruptur. Karşılaştıkları başlıca riskler; kesici-delici alet yaralanmaları, kas-iskelet sistemi hastalıkları, alerjik hastalıklar, kimyasal ve biyolojik riskler, fiziksel ve psikolojik şiddet olarak özetlenebilir.

Literatürde, şiddet olgusunun en çok sağlık alanında ortaya çıktığı ve diğer hizmet sektörlerine göre 16 kat daha fazla maruz kalmakta oldukları belirtilmektedir. Dünya’da ve ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin giderek artış gösterdiği ve ciddi bir mesleki risk olduğu üzerinde durulmaktadır.

Sağlık kurumlarında şiddet, hasta, hasta yakınları ya da herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum olarak tanımlanmaktadır.

Yapılan çalışmalar; sağlık çalışanlarının meslek hayatları boyunca en az bir kez herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığını uğranılan şiddet türünün en çok sözel şiddet olduğu göstermiştir. Cinsiyet açısından bakıldığında kadın çalışanların erkeklere oranla daha yüksek oranda şiddete maruz kaldığı görülmüştür. Mesaisinin neredeyse tamamını dışarıda geçiren, beklenmedik bir kaza ve hastalanma durumlarında kriz niteliğinde bir soruna sahip olan hastalara müdahale eden 112 ekipleri diğer sağlık çalışanlarına göre daha dezavantajlı bir gruptur.

28.04.2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerinden dolayı personele karşı işlenen suçlar sebebiyle personelin veya kanuni mirasçıların talebi üzerine Bakanlık ve bağlı kuruluşlarınca yapılacak hukuki yardıma ilişkin usul ve esaslar belirlemiştir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı tarafından beyaz kod uygulamasına başlanılmış ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını takip etmek üzere 7 gün 24 saat hizmet vermek üzere 113 Beyaz Kod Çağrı Merkezi kurulmuş, [www.beyazkod.saglik.gov.tr](http://www.beyazkod.saglik.gov.tr) internet adresi oluşturulmuştur.

<sup>1</sup> Konya İl Sağlık Müdürlüğü

<sup>2</sup> Konya İl Sağlık Müdürlüğü

<sup>3</sup> Konya İl Sağlık Müdürlüğü



Sağlık Bakanlığı Beyaz Kod başvurusu ve hukuki yardım konusunda yaşanması muhtemel tereddütleri gidermek, uygulamaya açıklık kazandırmak için 16.03.2016 tarih ve 11045126-010.06.01 sayılı Hukuki yardım ve Beyaz Kod Uygulaması genelgesini yayınlamıştır. Genelgeye göre tüm sağlık kuruluşlarında gerçekleşen şiddet olaylarının tamamı Beyaz Kod sistemine bildirilecektir. Bildirimler;

- <http://www.beyazkod.saglik.gov.tr> adresine giriş yapılarak
- Telefonla 113 çağrı merkezi aranarak
- Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine veya bu amaçla kurulmuş birime veya görevlendirilen personele müracaat edilerek yapılır.

Beyaz Kod Çağrı Merkezi hukuk müşavirliği bünyesinde kurulmuş olup 24 saat esasına göre hizmet vermektedir. Alo 113 Beyaz Kod telefon hattına gelen çağrılar bu merkezde karşılanarak, telefon görüşmesine göre sağlık çalışanlarının yaşamış olduğu sözel veya fiziksel şiddet başvurularının Beyaz Kod web sistemine kaydı gerçekleştirilir. Bakanlık ve bağlı kuruluşların sağlık kurum ve kuruluşlarında Beyaz Kod işlemleri kurum bünyesinde kurulmuş olan çalışan Hakları ve Güvenliği Birimleri ile yürütülür. Bu birimlerce personelin şikâyetçi olup olmadığına bakılmaksızın, gerçekleşen bütün şiddet olayları için sistem kaydı yapılır. Başvuruya ilişkin bilgi ve belgeleri toplayarak siteme girilmesini sağlar. Her ilde İl Sağlık Müdürlüğü kapsamında Beyaz Kod İl Koordinatörlüğü kurulur. İl sağlık müdürü bir avukatı il koordinatörü olarak görevlendirir. İl koordinatörü yapılan başvuruları inceleyerek Beyaz Kod kapsamında olup olmadığını değerlendirir ve Beyaz Kod kapsamındaki başvurular ile ilgili belgeleri savcılığa intikal ettirir. Mağdur olan personele ilgili mevzuat çerçevesinde hukuki yardımda bulunur.

## **ÇALIŞMANIN AMACI**

Bu araştırmanın amacı, 112 çalışanlarının 113 başvurularının ve şiddete maruz kalma durumlarının belirlenmesidir.

## **METOD**

Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini 2016 Ocak ve 2017 Haziran ayları arasında Konya İl Ambulans Servisi KKM Baştabipliğine bağlı görev yapan kişilerin Sağlık Bakanlığı 113 Beyaz kod birimine yaptıkları bildirimler oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem alınmış tüm başvurular değerlendirmeye alınmıştır. Yapılan bildirimler incelenerek veriler SPSS istatistik programına kaydedilmiş ve yüzde olarak özetlenmiştir.

## **BULGULAR**

Ocak 2016-Haziran 2017 tarihleri arasında toplam 31 kişi 113 Beyaz Kod bildirimini yapmıştı. Kişilerin %48,4'ü kadın,%51,6'sı erkekti ve %71,1', evliydi. Ortanca yaşları 33,0'tü (Min:23,Max:55). Şiddete uğrayan kişilerin %38,7'si ATT, %19,4'ü AABT, %25,8'i şoför, %16,1'i sağlık memuruydu ve kurumda ortalama çalışma süreleri 7,1 yıldır.

**Tablo 1.** Çalışmaya Katılan Kişileri Sosyo-Demografik Verilere Göre Dağılımı

DEMOGRAFİK VERİLER		n	%
CİNSİYET	KADIN	15	48,4%
	ERKEK	16	51,6%
MEDENİ DURUM	EVLİ	22	71,0%
	BEKÂR	9	39,0%
MESLEK GRUBU	ATT	12	38,7%
	AABT	6	19,4%
	ŞOFÖR	5	16,1%
	SAĞLIK MEMURU/HEMŞİRE	8	25,8%
EĞİTİM DURUMU	ORTAOKUL	3	9,7%
	LİSE	4	45,2%
	ÖNLİSANS	11	35,5%
	LİSANS	3	9,7%
	<b>TOPLAM</b>	<b>31</b>	<b>100,0%</b>

Maruz kalınan şiddet türü %58,1 oranla fizikseldi. Şiddet olaylarının %54,8'i olay yerinde, %25,8'i ambulans içerisinde, %12,9'u acil servis içerisinde, %6,5'i de hastane önünde ve %61,3'ü 16-24 saatleri arasında gerçekleşmişti. Şiddet %100 olarak hasta yakınları tarafından uygulanmıştı ve şiddet uygulayan hasta yakınları %96,8 oranla erkekti.

**Tablo 2.** Maruz Kalınan Şiddet Türü, Yeri ve Şiddeti Uygulayan Kişi Cinsiyetine Göre Dağılımı

		n	%
MARUZ KALINAN ŞİDDET TÜRÜ	SÖZLÜ	13	41,9%
	FİZİKSEL+SÖZLÜ	18	58,1%
OLAY YERİ	OLAY YERİ	17	54,8%
	AMBULANSIN İÇİ	8	25,8%
	HASTANE ÖNÜ	2	6,5%
	ACİL SERVİS İÇERİSİ	4	12,9%
ŞİDDETİ UYGULAYAN KİŞİNİN CİNSİYETİ	KADIN	1	3,2%
	ERKEK	30	96,8%
<b>TOPLAM</b>		<b>31</b>	<b>100,0%</b>

## SONUÇ

112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanları güvenlik donanımından yoksun bir şekilde çalışmakta, vakamın bulunduğu ortamı ve ne ile karşılaşacaklarını bilmemektedirler. Nitekim şiddete maruz kalınan yer büyük oranla olay yeri olarak bildirilmiştir.

112 Çalışanları daha çok fiziksel şiddeti bildirmişler ve büyük oranda olay yerinde ve erkek hasta yakını tarafından şiddete maruz kalmışlardır. 112 çalışanlarının korunmasına yönelik eğitim ve güvenlik tedbirlerinin alınması, yasal, politik düzenlemelerin gözden geçirilmesi ve toplumun bu konuda eğitilerek bilinçlendirilmesine yönelik önlemlerin alınmasının şiddet oranlarında azalmaya neden olacağı düşünölmektedir.

Literatürde 112 personelinin şiddete maruz kalma durumu oldukça yüksek olmasına rağmen 113 Beyaz Kod sistemine bildirim oranı oldukça düşüktür. Bunun nedeninin kişilerin sistemin işleyişini bilmemesi, şikâyette bulunma ve dava süreci aşamalarındaki işleyiş ile ilgili prosedürler ile uğraşmak istememesi gibi sebeplerden kaynaklandığı düşünölmektedir. Verilen eğitimlerde bildirim önemi vurgulanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** 113, Beyaz Kod, Şiddet

## **Taşeron İşçilerin Kadroya Geçirilmeleri Hakkında Hastane Yöneticilerinin Görüşleri: Şanlıurfa Örneği**

**Öğr. Gör. Dr. Hüseyin ERİŞ\***  
**Öğr. Gör. Feray Kabalcıoğlu Bucak\*\***  
**Öğr. Gör. Suzan Havlioğlu\***

**Çalışmanın Problemi:** “Dış kaynak kullanımı” (DKK) ya da “outsourcing” kavramı; işletme ve işletmenin içsel olarak elde ettiği hizmet ya da süreçleri temin eden bir veya daha fazla tedarikçi arasındaki sözleşmeye dayanan uzlaşma olarak tanımlanabilmektedir. Bu yönüyle dış kaynak kullanımı; işletmelerin sadece kendi sahip oldukları yetenekleri ve kapasiteleri ile yetinmeyip, öz ya da temel yeteneklerinin yetersiz kaldığı durumlarda işletme dışından ve kendi alanında uzman olan başka işletmelerden destek almasını ifade etmektedir.

Dış kaynak kullanımı tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörünün de en çok kullandığı ihtiyaç giderme yöntemlerinden birisidir. Özellikle kamuya ait devlet hastanelerinde dış kaynak kullanımı / taşeron işçi çalıştırma yaygın bir şekilde uygulanmaktadır. Son yıllarda Hükümet tarafından, tüm kamu kurumlarında çalışan taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri konusunda bir çalışma başlatıldı. Çalışmanın detayları hakkında henüz bir bilgi bulunmamaktadır. Özellikle kamuya ait hastanelerde çalışan taşeron işçilerin sayıları ve yaptıkları işler göz ardı edilemeyecek kadar ciddi boyuttadır. Hastane yöneticilerinin bu konu hakkında ne düşündükleri hakkında bir bilgi bulunmamaktadır.

**Çalışmanın Amacı:** Bu çalışmanın amacı; kamuya ait sağlık kurumlarında çalışan taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri hakkında Şanlıurfa ili genelindeki kamu hastanelerinde çalışan hastane yöneticilerinin görüşlerini değerlendirmektir.

**Metod:** Bu araştırma tanımlayıcı ve nicel nitelikte bir çalışmadır. Bu çalışmada anket araştırma tekniğinden yararlanılmıştır. Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa ili genelindeki Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı 14 hastane ile Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinin çeşitli kademelerinde çalışan yaklaşık 94 hastane yöneticisi oluşturmaktadır. Bu çalışmada, “taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri hakkında hastane yöneticilerinin görüşleri” anketi, demografik özellikleri içeren kişisel bilgi formu ve 3 tane bağımsız soru hazırlanmıştır. Kişisel bilgileri almada sosyo demografik sorular yöneltilmiştir. Böylece, katılımcılara yöneltilen anket formu 3 bölümden oluşmuştur. Ankette 4 boyut ve bu boyutlarda toplamda 27 soru yer almıştır. Evrendeki hastane yönetici sayısının az olmasından dolayı örneklem seçilmemiş ve evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. 15.06.2017 – 10.08.2017 tarihleri arasında 15 kamu hastanesindeki 94 hastane yöneticisine anketler dağıtılmış ve 76 (%81) hastane yöneticisi bu çalışmaya katılmıştır.

### **Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenirliliği**

Bu çalışmada kullanılan anketin güvenirliliğine bakıldığında taşeron işçilerin performansı boyutu 0.882, kadroya geçirilme süreci boyutu 0.711, kadroya geçirilme sürecinde hastane işleyişi boyutu 0.608, kadroya geçtikten sonra hastanede yaşanabilecekler boyutu 0.817 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen bulgulara göre anketin güvenirliliği yüksek olarak kabul edilebilir.

**Tablo 1 Araştırmaya Katılan Hastane Yöneticilerinin Demografik Bilgileri**

Yaş grupları	Sayı	Yüzde	Cinsiyet	Sayı	Yüzde
25-33 yaş	22	28,9	Kadın	11	14,5
34-36 yaş	19	25,0	Erkek	65	85,5
37-41 yaş	17	22,4	<b>Görev</b>		
42-53 yaş	18	23,7	Başhekim/Yardımcı	33	43,4
<b>Eğitim</b>			Hastane Müdür/Yardımcı	41	53,9
Önlisans	17	22,4	Şef	2	2,6
Lisans	36	47,4	<b>Yöneticilik süresi</b>		
Tıp/Dış Hekimliği	23	30,3	1-2 yıl	50	65,8
<b>Hastane türü</b>			3 yıl ve üzeri	26	34,2
Eğitim ve Araştırma Hast.	32	42,1	<b>Toplam yöneticilik süresi</b>		
Genel Hizmet Hastanesi	40	52,6	1-2 yıl	37	48,7
Ağız/Dış Sağ. Hastanesi	4	5,2	3 yıl ve üzeri	39	51,3
Toplam	76	100,0	Toplam	76	100,0

Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin sosyo demografik bilgileri incelendiğinde; %85.5'i erkek, %28.9'u 25 – 33 yaş aralığında, %47.4'ü lisans mezunu, %52.6'sı genel hizmet hastanesinde, % 53.9'u hastane müdürü/ yardımcıları görevinde, %65.8'inin bu kurumdaki idarecilik süresi 1-2 yıl, % 51.3'ü 3 yıl ve üzeri idarecilik yapmıştır.

**Tablo 2 “Taşeron İşçilerin Hastanemizde Çalışmasından Memnunum” İfadesine Verilen Cevapların Frekans Dağılımı**

	Sayı	Yüzde
Evet	49	64,5
Hayır	9	11,8
Kararsızım	18	23,7
Toplam	76	100,0

Tablo 2'e baktığımızda araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin %64.5'i “taşeron işçilerin hastanelerinde çalışmasından memnun” olduğunu, %11.8'i memnun olmadığını ve %23,7'si ise kararsız olduğunu bildirmiştir.

**Tablo 3 “Taşeron İşçiler, Hastanemize katkı sağlamaktadırlar” İfadesine verilen cevapların frekans dağılımı**

	Sayı	Yüzde
Evet	55	72,4
Hayır	7	9,2
Kararsızım	14	18,4
Toplam	76	100,0

Tablo 3'de araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin %72.4'ü “taşeron işçilerin hastaneye katkı sağladığını”, %9.2'si katkı sağlamadığını ve % 18.4'ü ise bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir.

**Tablo 4 “Taşeron İşçilerin kadroya geçirilmelerini istiyorum.” İfadesine verilen cevapların frekans dağılımı**

	Sayı	Yüzde
Evet	47	61,8
Hayır	8	10,5
Kararsızım	21	27,6
Toplam	76	100,0

Tablo 4'da araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin “Taşeron işçilerin kadroya geçirilmelerini istiyorum” ifadesine verdikleri cevaplara bakıldığında, %61.8'i evet, % 10,5'i hayır ve %27,6'sı ise kararsız olduğunu bildirmiştir.

**Tablo 5: Taşeron işçilerin Kadroya Geçirilmesi İli İlgili İfadelerin Frekans Dağılımı Ve Açıklayıcı İstatistikleri**

	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum		Ort.	Standart Sapma
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
<b>Taşeron İşçilerin Performansı Hakkında</b>												
Taşeron İşçilerin hasta/yakınları ve diğer çalışanlarla iletişimleri iyidir.	11	14,5	11	14,5	7	9,2	16	21,1	31	40,8	3,32	1,257
Taşeron İşçilerin yaptıkları işle ilgili, mesleki iş bilgisi ve yeterlilikleri iyidir.	14	18,4	14	18,4	7	9,2	24	31,6	29	38,2	2,97	1,154
Taşeron İşçiler mesleki iş disiplinine sahiptirler	17	22,4	17	22,4	5	6,6	20	26,3	29	38,2	3	1,275
Taşeron İşçiler, kurumun misyon, vizyon ve kalite politikasını bilirler ve hastanenin hedeflerine ulaşmasına yardımcı olurlar.	14	18,4	14	18,4	8	11	23	30,3	26	34,2	3	1,211
Taşeron işçiler, hastanede yaptıkları işin kalitesinin yüksek olmasına dikkat ederler.	17	22,4	17	22,4	7	9,2	20	26,3	25	32,9	2,97	1,306
Taşeron İşçiler, Hastanemizin kurum kültürünü benimsemiştir	11	14,5	11	14,5	9	12	19	25	33	43,4	3,13	1,159
Taşeron İşçilere, mevcut durumda sunulan sosyo-ekonomik imkanlar, işçilerin düşük motivasyonla çalışmalarına neden olmaktadır.	8	10,5	8	10,5	6	7,9	9	11,8	36	47,4	3,63	1,22
Taşeron İşçiler, hastanede yaptıkları işlerle ilgili verilen hizmet içi eğitimlere tam katılmaktadırlar.	7	9,2	7	9,2	5	6,6	15	19,7	31	40,8	3,63	1,187
Taşeron İşçiler, çalışma kurallarına kadrolu personele göre daha çok dikkat etmektedir.	9	11,8	9	11,8	5	6,6	27	35,5	22	28,9	3,33	1,193
Taşeron İşçiler, kadrolu personele göre daha iyi çalışmaktadır.	20	26,3	20	26,3	8	11	13	17,1	22	28,9	3	1,47
<b>Kadroya Geçirilme Süreci Hakkında</b>												
Taşeron İşçiler kadroya geçirilirken, kadrolu personelle aynı işi yapanların kadroya alınması uygundur.	10	13,2	10	13,2	5	6,6	12	15,8	34	44,7	3,51	1,26
Taşeron İşçilerin, ÖSYM tarafından yapılacak bir sınavla kadroya alınmaları daha uygun ve adildir.	11	14,5	11	14,5	4	5,3	10	13,2	32	42,1	3,58	1,319
Taşeron İşçilerin kadroya geçirilirken, hükümet tarafından verilen özlük haklarını yeterli buluyorum.	13	17,1	13	17,1	6	7,9	23	30,3	25	32,9	3,14	1,251
Taşeron İşçilerin kadroya geçtikten sonra performanslarının daha iyi olacağını düşünüyorum.	13	17,1	13	17,1	6	7,9	21	27,6	23	30,3	3,22	1,312
Taşeron İşçilerin kadroya alınırken ücret, mali ve sosyal haklarının iyileştirilmesi gerekmektedir.	6	7,9	6	7,9	2	2,6	9	11,8	40	52,6	3,84	1,084
<b>Kadroya Geçirilme Sürecinde Hastane İşleyişi Hakkında</b>												
Taşeron İşçilerin kadroya geçiş sürecindeki belirsizlik ve sıkıntılar hastaneleri ve yöneticileri olumsuz etkileyecektir.	11	14,5	11	14,5	3	3,9	11	14,5	35	46,1	3,55	1,28
Taşeron İşçilerin kadroya geçiş sürecinde, taşeron işçilerin sevk, idare ve organizasyonunda problemler yaşanacaktır.	12	15,8	12	15,8	8	11	18	23,7	29	38,2	3,2	1,255
Taşeron İşçilerin kadroya alınmalarıyla, hastane idareleri ihale yapma yükünden kurtulacaklardır	13	17,1	13	17,1	1	1,3	17	22,4	28	36,8	3,46	1,331
<b>Kadroda Geçirildikten Sonra Hastanede Yaşanabilecekler</b>												
Taşeron İşçilerin, kadroya alınması sonucunda iş güvencesi altına girmeleri, hastane yöneticilerin iş yaptırma gücünün azaltacaktır.	12	15,8	12	15,8	9	12	15	19,7	25	32,9	3,29	1,345
Taşeron işçilerin kadroya alınması ile firmalara ödenen kar ve sözleşme giderleri ortadan kalkacak ve hastaneler tasarruf edeceklerdir.	11	14,5	11	14,5	4	5,3	14	18,4	31	40,8	3,49	1,291
Taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri ile işçilerin maaş ödemelerindeki gecikmeler ortadan kalkacak, İşçiler maaşlarını zamanında alacaktır.	9	11,8	9	11,8	2	2,6	9	11,8	36	47,4	3,74	1,226
Taşeron İşçilerin kadroya alınmalarıyla, hastane yöneticileri İşçilerle doğrudan iletişim kurabilecekleri için iş ile ilgili süreçlerde kılma ve hızlı hareket etme kabiliyeti artacaktır.	7	9,2	7	9,2	5	6,6	22	28,9	24	31,6	3,54	1,194
Aynı işi yapan kadrolu memurlar ile kadroya alınan taşeron İşçilerin maaşları arasında fark olması çalışma barışını <u>olumsuz</u> etkiler	11	14,5	11	14,5	8	11	16	21,1	26	34,2	3,34	1,312
Taşeron firmalardan alınan hizmetin aksayan kısımları için taşeron firmaya çeşitli yaptırımlar uygulanarak taşeron işçilerin daha titiz çalışması sağlanıyordu. Taşeron firmaların devreden çıkması ile bu yaptırımların kalkması, işlerde aksamaların meydana gelmesine ve iş kalitesinin düşmesine neden olacaktır.	12	15,8	12	15,8	10	13	18	23,7	27	35,5	3,14	1,262
Hastaneye personel alınması ve çıkarılması zorlaşacağından, hastanelerin personel ihtiyacını zamanında ve yeterli miktarda karşılaması zor olacaktır.	13	17,1	13	17,1	8	11	17	22,4	26	34,2	3,21	1,32
Hastanelerin, ihtiyaç duyulan personeli zamanında temin edememesi nedeniyle, hastanelerde hizmet aksamalarına neden olacaktır.	15	19,7	15	19,7	10	13	14	18,4	24	31,6	3,13	1,389
Taşeron İşçilerin, kadroya geçtikten sonra, "eşit işe eşit ücret" gerekçesi ile açacakları davalarda işçi maaşlarının yükselmesi sonucunda, hastanelere mali yükler getirecek ve hastanelerin borç yükünün daha da artmasına sebep olacaktır.	20	26,3	20	26,3	6	7,9	21	27,6	17	22,4	2,93	1,417

Tablo 5’de taşeron işçilerin kadroya geçirilmesi ili ilgili ifadelerin frekans dağılımı ve açıklayıcı istatistikleri verilmiştir. Anketin genel olarak ortalamalarına bakıldığında, hastane yöneticilerinin ifadelerine katıldıklarını görmekteyiz. Taşeron işçilerin performansı hakkındaki boyutun ortalamalarına baktığımızda, en yüksek ortalamaya “Taşeron İşçilere, mevcut durumda sunulan sosyo-ekonomik imkanlar, işçilerin düşük motivasyonla çalışmalarına neden olmaktadır” (3,63) ifadesi ile “Taşeron İşçiler, hastanede yaptıkları işlerle ilgili verilen hizmet içi eğitimlere tam katılmaktadırlar” (3,63) ifadeleridir. En düşük ortalama ise “Taşeron işçiler, hastanede yaptıkları işin kalitesinin yüksek olmasına dikkat ederler” (2,97) ifadesine aittir.

Taşeron işçilerin kadroya geçirilme süresi hakkındaki boyutun ortalamalarına baktığımızda, en yüksek ortalamaya “Taşeron İşçilerin kadroya alınırken ücret, mali ve sosyal haklarının iyileştirilmesi gerekmektedir” (3,84) ifadesi sahipken, en düşük ortalama ise “Taşeron İşçilerin kadroya geçirilirken, hükümet tarafından verilen özlük haklarını yeterli buluyorum” (3,14) ifadesidir.

Taşeron işçilerin kadroya geçirilme sürecinde hastane işleyişi hakkındaki boyutun ortalamalarına baktığımızda, en yüksek ortalama “Taşeron İşçilerin kadroya geçiş sürecindeki belirsizlik ve sıkıntılar hastaneleri ve yöneticileri olumsuz etkileyecektir” (83,55) ifadesine, en düşük ortalama ise “Taşeron İşçilerin kadroya geçiş sürecinde, taşeron işçilerin sevk, idare ve organizasyonunda problemler yaşanacaktır” (3,20) ifadesine aittir.

Taşeron işçilerin kadroya geçirildikten sonra hastanede yaşanabilecekler hakkındaki boyutun ortalamalarına baktığımızda, en yüksek ortalama “Taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri ile işçilerin maaş ödemelerindeki gecikmeler ortadan kalkacak, İşçiler maaşlarını zamanında alacaktır” (3,74) ifadesine, en düşük ortalama ise “Taşeron İşçilerin, kadroya geçirildikten sonra, “eşit işe eşit ücret” gerekçesi ile açacakları davalarda işçi maaşlarının yükselmesi sonucunda, hastanelere mali yükler getirecek ve hastanelerin borç yükünün daha da artmasına sebep olacaktır” (2,93) ifadesine aittir.

## **Sonuç ve Öneriler**

Bu araştırma, kamuya ait sağlık kurumlarında çalışan taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri hakkında Şanlıurfa ili genelindeki kamu hastanelerinde çalışan hastane yöneticilerinin görüşlerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonucunda hastane yöneticilerinin %64.5’i taşeron işçilerin çalışmasından memnun olduklarını, %72.4’ü işçilerin hastaneye katkı sağladığını ve %61.8’i ise taşeron işçilerin kadroya geçirilmelerini desteklediklerini bildirmişlerdir.

Bu veriler ışığında hastane yöneticilerinin taşeron işçilerin hastanelerinde çalışmalarından memnun olduklarını, bu işçilerin hastanelerine katkı sağladıklarını ve genel anlamda taşeron işçilerin kadroya geçirilmelerini desteklediklerini söyleyebiliriz. Buna karşın hastane yöneticilerinin bazı çekinceleri olduğunu da göz ardı etmemek gerek. Bu sebeple hastane yöneticilerinin bazıları taşeron işçilerin kadroya geçirilmeleri hususunda karasız olduklarını veya istemediklerini belirtmişlerdir. Bu kaygılarının nedenlerini araştırıp, çözüm üretilmesi gerekmektedir.

2015 yılı seçim vaatleri arasında yer alan taşeron işçilerin kadroya geçirilmesi hususunda Hükümet tarafından yapılmış henüz detaylı bir çalışma açıklanmamıştır. Fakat taşeron işçilerin sendikalaşma, kıdem tazminatı ve yıllık izinlerinin güvence altına alınması gibi konularda yapılan çalışmalar, Hükümet tarafından kadroya geçiş süreci için yapılan iyileştirme çalışmaları olarak kabul edilmektedir.

Hükümet tarafından kadroya geçiş sürecinde, kurum yöneticilerinin görüşlerini almalarının önemli olacağını düşünmekteyiz. Süreç ile ilgili ortaya çıkabilecek bir takım sorunların önceden tespit edilip, çözüm yollarının belirlenmesi faydalı olacaktır.

# Dünyada ve Türkiye’de Tıp Turizminin Yeri ve Önemi

Yrd. Doç. Dr. A.Çetin YİĞİT<sup>1</sup>

Elif KAVAL<sup>2</sup>

Uzm. Murat AÇIKGÖZ<sup>3</sup>

Dr. Y. Aras YİĞİT<sup>4</sup>

## 1.GİRİŞ

### 1.1 Sağlık Turizmi Tarihçesi:

Turizm, turist ve turistik kelimeleri ilk olarak 1800’lü yıllarda İngilizler tarafından tanımlanmaya çalışılmıştır. Ancak Türkçeye Fransızcadan yerleşmiştir.

Sağlık turizminin ortaya çıkması geçmiş yıllara dayanmaktadır fakat sağlık turizmi alanında bilinçli olarak çalışmalar çok sonradan yapılmıştır (Aydın, O.2012,s.91-96).

Günümüzde sağlık turizmiyle ilgili yaşanan gelişmelerin dayanağının 19. ve 20. yy. olduğunu söylemek doğru olacaktır.

Sağlık Turizmi 2000-2005 sağlıkta dönüşüm reformuyla birlikte Türkiye gündemine oturmuştur. 2005-2010 da sivil toplum kuruluşları (STK), kamu ve özel sektörde sağlık turizmi bilinci oluşmaya başlamıştır. 2010-2014 stratejik eylem planında yer almıştır. 2010 yılında Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü kurulmuştur. 2011 yılında sağlık turizmiyle alakalı ilk mevzuat değişikliği yayınlanmıştır. Sağlık turizmiyle ilgili yine genelge ve yönetmelikler yayınlanmıştır. Sağlık Bakanlığının 2023 hedefleri arasına genelge ve yönetmeliklere alınmıştır. Sağlık turizmi devlet politikası haline gelmiştir. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile sağlık turizmi ile ilgili tüm yetkiler Sağlık Bakanlığına verilmiştir.

Sağlık Turizminde asıl unsur medikal turizmdir ve medikal turizm günümüzde üç bölgede yoğunlaşmıştır.

Bu bölgeler; Kuzey Amerika, Orta Doğu, Avrupa’nın batısıdır.

### 1.2. Dünyada Sağlık Turizmi:

Hindistan Avrupalı hastalara hakimken Malezya ve Tayland orta doğu Singapur, Japonya ve Küba’nın da orta Amerika pazarına hakim olduğu araştırmalarda görülmektedir.

Özellikle Hindistan gerek teknolojisi ile gerekse yapmış olduğu tıbbi müdahalelerle tam bir tıbbi turizm merkezi olmuştur.

Türkiye’de tıp turizminde gelişme çabaları içindedir. Tıbbi Turizm’de Hindistan, Tayland gibi olmasa da termal turizmde ülkenin sahip olduğu kültürel potansiyel sayesinde en iyi ülkeler arasında kabul görmekte ve dünyada ilk 7 ülke arasındadır.

Tıp Turizminde ilk üç sırayı, Hindistan, Tayland ve Singapur almaktadır. Bu ülkelerinde bazı ortak özellikleri mevcuttur.

Bu özellikler şöyle sıralayabiliriz;

\*Verilen sağlık hizmetlerinin yüksek kaliteye sahip olması,

\*Destinasyonda sağlanan ulaşım kolaylığı,

\*Teknolojik altyapı ve başarılı sağlık personeli,

\*Tıbbi operasyonlardaki fiyat avantajı, olarak sıralanabilir.

### 1.3.Sağlık Turizmi:

Sağlık turizmi, sağlık turistinin seyahat etmek kaydıyla ikamet ettiği yerden başka bir yere giderek sağlık hizmetlerinden faydalanmasıdır. Önceleri insanlar sağlık turizmi kavramını tıp turizmi olarak algılamaktaydılar fakat günümüzde bu tam olarak sağlık turizmi kavramını karşılamamaktadır. Bu yargı geçmişten gelmektedir. Nedeni ise, insanlar ihtiyaçlarından dolayı

<sup>1</sup> Lefke Avrupa Üniversitesi /Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi/K.K.T.C./ cyigit2002@yahoo.com

<sup>2</sup> Lefke Avrupa Üniversitesi/ Sağlık Yüksek Okulu Sağ. Yön Bölümü/K.K.T.C./ kaval.elif06@gmail.com

<sup>3</sup> disci66@gmail.com

<sup>4</sup> İskilip Atif Hoca Devlet Hastanesi Acil Servis Hekimi /TÜRKİYE/ dryay@yahoo.com



sürekli tıp turizmini kullanmıştır. Ancak günümüzde sağlık turizmi kavramı şemsiye rolünü üstlenerek birçok türü, kavramı bünyesine almaktadır (Şencan, 2012).

### **1.3.1.Sağlık Turisti Sınıflandırması:**

Sağlık turizmi turistleri talep bağlamında beş ayrı gruba ayırmaktadır.

Bunlar, Sade Turist, Turistin Sağlığı, Turizm Sağlığı, Tatil Yapan Hastalar, Sadece Hastalar, olarak sıralanabilir.

### **1.3.2.Sağlık Turizmi Türleri:**

- \*Tıp Turizmi ( Medikal Turizm),
- \*Termal Turizm (SPA-Wellness),
  - Klimatizm,
  - Termalizm,
  - Üvalizm,
- \*İleri Yaş Turizmi,
- \*Engelli Turizmi, olarak sıralanabilir.

### **1.4. Tıp Turizmi:**

İngilizce medical tourism kavramından devşirilerek medikal turizm olarak dilimize geçmiş olan tıp turizmi turistin var olan hastalığının giderilmesi için tıbbi işlemlerin, operasyonların uygulanması anlamına gelmektedir (Aydın, O, 2012, s:91-96).

Teknolojinin gelişimiyle ilerleyen tıp turizmi yerel ekonomiye katkıları yadsınamayacak kadar fazladır bununla birlikte cerrahi amaçlı seyahatleri kapsayan tıp turizmi sağlık turizmi için büyük önem arz edip turizm literatüründe bulunmaktadır (Ebrahim,2016,s:74-84).

Tıp Turizmi geçmişten günümüze köklü değişimlere uğramıştır. Hastaların Tıp Turizmini tercih etmesinde bir takım nedenler bulunmaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir;

- \* İleri teknolojiye sahip ülkelerde tedavi olmanın verdiği güven duygusu,
- \* Hastanın uygun maliyetlerle tedavi edilmesi,
- \* Hastanın daha kaliteli sağlık hizmeti alması,
- \* Hastanın sağlık sigortası problemlerinin en aza indirgenmesi,
- \* Hastanın tedavileriyle, operasyonların çok bekletilmeden yapılması olarak, özetlenebilir.

### **1.5.Sağlık Turizminde Türkiye'nin SWOT Analizi:**

Son yıllarda uluslararası arenada dikkat çeken ülkemizin popülerliğini arttırmak ülkeye değer kazandırmak tabii ki mümkündür. Gerek jeopolitik konumu gerekse yer altı ve yerüstü zenginlikleri açısından oldukça büyük bir potansiyele sahip Türkiye'nin sahip olduğu güzellikleri değerlendirmek, geliştirmek ve ülkeye farkındalık kazandırmak devletin birincil hedeflerinden biri olmalıdır. Bu konuda stratejik eylem planları geliştirmesi gerekmektedir.

Türkiye'nin sağlık turizmi alanında birçok güçlü yanı bulunmakta fakat bunun yanında zayıf yönleri de bulunmaktadır. Devletin nihai hedefi güçlü yanları geliştirirken zayıf yönleri de tespit edip düzenlemeler yapmasıdır.

Türkiye'nin Sağlık Turizmi alanında güçlü ve zayıf yönlerini, tehditlerini ve fırsatlarını şöyle sıralayabiliriz;

#### **1.5.1.Güçlü Yönlerimiz:**

- \*Türkiye'nin Joint Commision İnternational (JCI), ile akredite edilmiş hastane sayısı bakımından uluslararası arenada 2. sırada olması,
- \* Türkiye'nin termal kaynaklar bakımından Dünyada 7. sırada Avrupa da ise 1. sırada olması,
- \*İklimi ve kültürel özellikleriyle tam bir uygarlık merkezi olması,
- \*Güneşli gün sayısının tatil beldelerinde fazla olması,
- \*Türkiye yıllar boyunca değişik medeniyetlere ev sahipliği yaptığı için tüm insanlığa hitap eden bir ülke konumunda olması,
- \*Türkiye'de bazı tedavi çeşitlerinin diğer ülkelere göre çok uygun olması,(örneğin saç ekimi ülkemizde 1400 dolar iken Avrupa ülkelerinde 12 bin dolar, Amerika da 30 bin dolar civarında olması Son beş yılda organ nakillerinde yankı uyandırmış olması)

\*Birçok tedavi çeşidinde yine Avrupa ve Asya'dan daha uygun olması, olarak sıralanabilir (Aydın, G. ve Aydın, B.K. 2015, s:1-21).

### **1.5.2.Zayıf Yönlerimiz:**

- \*Türkiye'de yaşanan terör olaylarından ötürü turist sayısında yaşanan ciddi azalışlar,
- \*Komşu ülkelerle yaşanan diplomatik sıkıntılar ve iç savaşlardan ötürü yine turist sayısında yaşanan azalmalar,
- \*Döviz kurunun artmasıyla ülkenin sahip olduğu fiyat avantajını kaybediyor olması,
- \*Üretilen sağlık teçhizatlarının diğer ülkelere ihraç edilmesi ve üretimin az olması ülkemizi dış ülkelere bağımlı hale getiriyor olması,
- \*Personel ve tesislerin az olması,
- \*Yabancı yatırımcıların istenilen oranda teşvikinin olmaması (Aydın, G. ve Aydın, B.K. 2015, s:1-21).

### **1.5.3.Tehditler:**

Sağlık Turizminin ülke ekonomisine yapacağı girdiler, sağlayacağı siyasi ve sağlık alanında ki avantajlarının yanında ülke içinde dengesizliklere de neden olan bir takım şeyler vardır. Bunlara kısaca değinirsek;

Diğer yabancı ülkelerde de olduğu gibi ülkemizde de sağlık turistlerinin genellikle özel sağlık kuruluşlarını tercih etmesi kamu kuruluşlarında nitelikli hekim ve personel sayısının azalarak kamu kuruluşlarının kalitesini tehlikeye düşürmektedir. Diğer yandan yüksek maliyetler ödeyerek tedavi gören yabancı hastaların yerli hastalara göre öncelikli olması yerli hastalar için bir dezavantaj olarak görülmektedir. Yerli hastaların tedavileri uzun bekleme süreleri sonrası yapılırken yabancı hastaların daha kısa sürede tedavilerinin yapılması ve yabancı hastaların kaldığı servisler boşalmadan yerli hastaların yatırılmaması yerli vatandaşları büyük bir bunalıma sokmaktadır (Aydın, G. ve Aydın, B.K. 2015, s:1-21).

Hastalarda huzursuzlukların artmasına sebep olan bu davranışlar ülkemizin geleceği için risk taşımaktadır ve yerli hastalara da büyük bir haksızlık olarak görülmektedir. Ülkemizin vatandaşlarına ikinci sınıf muamelesi yapılması toplum tarafından hoş karşılanmayacak hatta büyük tepkiler yaratacaktır. Devletin bu konuda gereken düzenlemeleri yapması ve oluşan kaotik ortamın düzeltilmesi için özel ve kamu sektörleriyle anlaşmalar yaparak sağlık hizmeti sunumuyla ilgili hasta sayılarına bir kota koyup hastaları belirli bir düzene göre tedavi etmesi gerekmektedir.

Böylelikle yerli vatandaşların sahip oldukları bir takım hukuki haklar elinden alınmamış ve hakları korunarak tedavi edilmiş olacaklardır. Aynı zamanda yabancı hastalara da gereken ilgi yerli hakları da korunarak verilmiş olacaktır.

### **1.5.4.Fırsatlar:**

- \*Küreselleşmenin her geçen gün artıyor olması,
- \*Teknolojinin ve internetin gelişmesi,
- \*Diğer ülkelerde yapılan operasyonlarda fiyat artışının olması,
- \*Ulaşımın kolaylaşması ve fiyatların düşmesi,
- \*Türkiye'de sıklıkla yapılan göz, diş ve estetik operasyonlarının daha sık tercih edilmesi,
- \*Gelişmiş ülkelerde tedavi masraflarının çoğunluğunu sigortanın karşılamaması,
- \*Sağlık Turizminde pazarlama bilincinin her geçen gün artması (Aydın, G. ve Aydın, B.K. 2015, s:1-21).

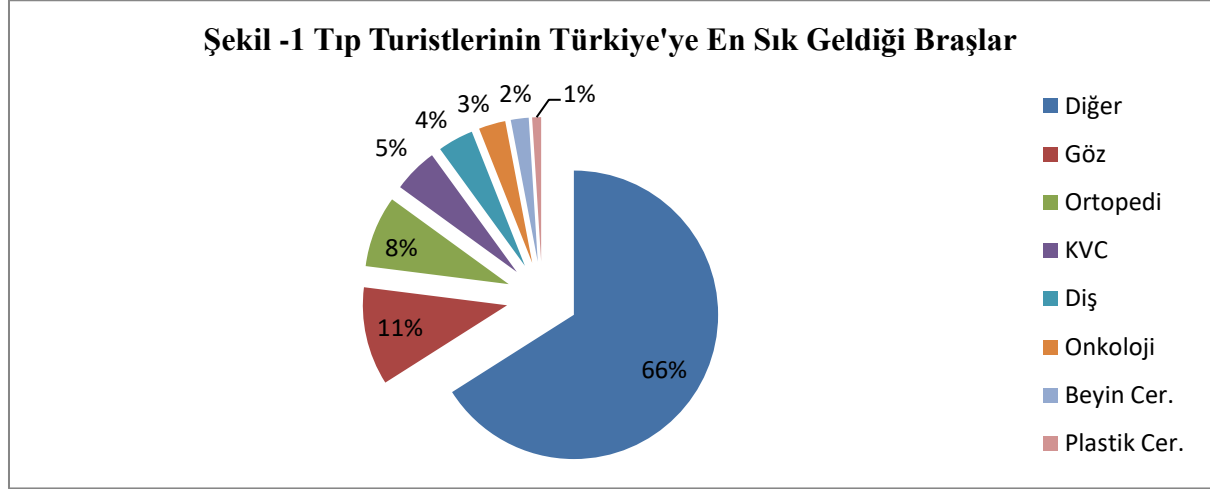
## **2.GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu çalışmada, Dünyada ve Türkiye'de tıp turizmiyle ilgili geriye dönük veriler taranmış ve analiz edilmiştir. Konunun daha iyi kavranması için elde edilen veriler tablo, grafik ve şekillerle desteklenerek yorumlanmıştır.

Verilerin elde edilmesinde, Sağlık Bakanlığı, Kültür ve Turizm Bakanlığı, Türkiye Turizm Derneği, Türkiye Seyahat Acenteler Birliği, Türkiye İstatistik Kurumu, konuyla ilgili yazılmış tez çalışmaları, makaleler ve Uluslararası dergilerde yazılmış derlemelerden yararlanılmıştır.

### 3.BULGULAR

Türkiye'yi Tıp Turizmi alanında değerlendirdiğimizde bazı tıbbi operasyonlarda çok fazla tercih edildiğini görmekteyiz. Bunun sebebi ülkemizin kalite standartları çerçevesinde sunduğu sağlık hizmetleri ve operasyonlardaki fiyat avantajıdır.

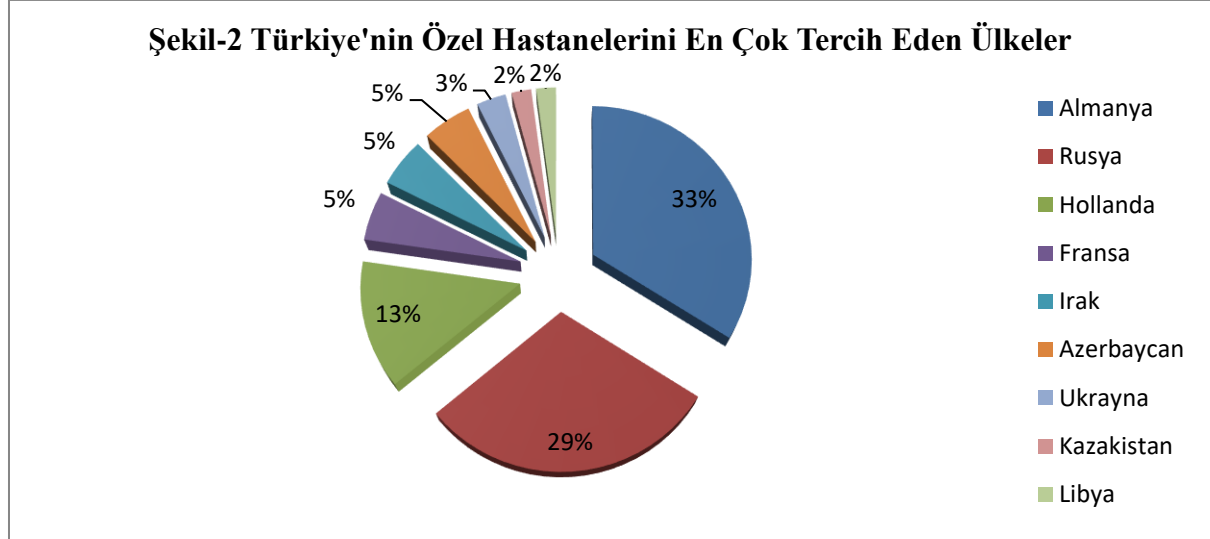


Kaynak: Türkiye Seyahat Acenteler Birliği(TÜRSAB,2014 verileri)

Yapılan incelemelerde görüldüğü üzere ülkemize en çok %11'lik bir payla Göz daha sonra %8lik bir payla Ortopedi ve bunu da %5 ile Kardiyovasküler cerrahi(KVC)alanında tıp turisti geldiği anlaşılmaktadır.

Bu operasyonların dışında ise yine ülkemize en sık gelinen diğer operasyon türleri ise; saç ekimi, botoks, karın germe, popo estetiği, liposuction meme operasyonları ve göz kapağı küçültme olarak sıralanmaktadır.

#### 3.1.Türkiye'nin Özel Hastanelerini En Çok Tercih Eden Ülkeler:



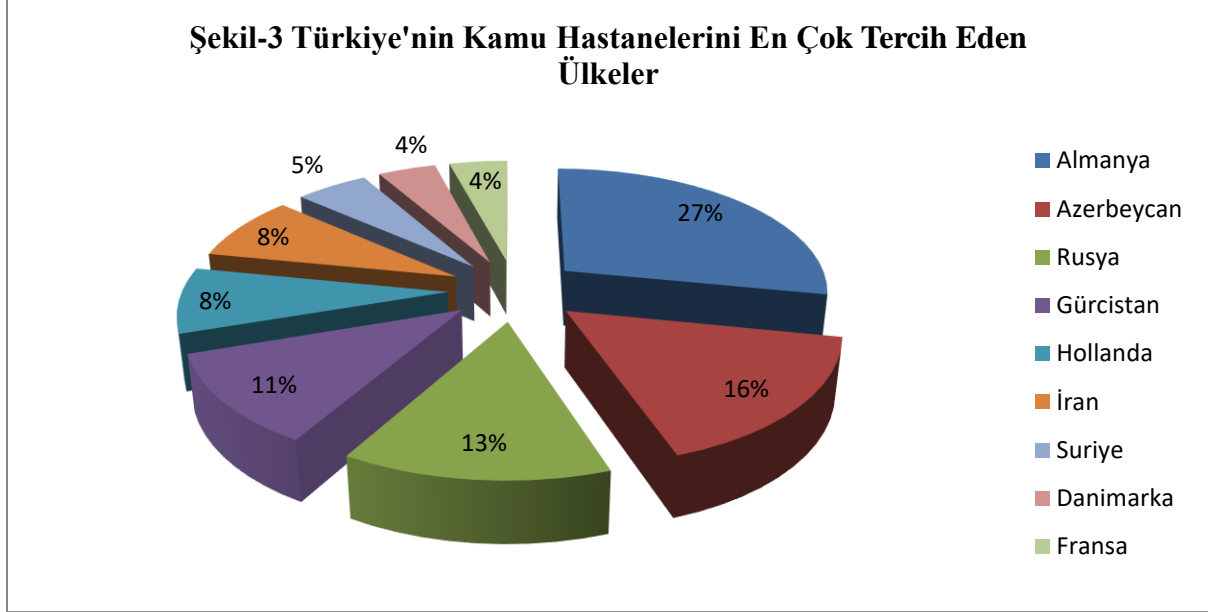
Kaynak: Türkiye Seyahat Acenteler Birliği(TÜRSAB,2014 verileri)

Bu konuda yapılan incelemeler sonucunda, ülkemizi en çok tercih eden ülkelerin başında %33 ile Almanya gelmektedir. Bunun sebebi Almanya'da yaşayan gurbetçi halk olabilir ve ülkemizin Almanya'da tanınmasına sebep olmuş olabilir, Almanya'yı sırasıyla, %29 ile Rusya, %13 ile Hollanda takip etmektedir.

#### 3.2.Türkiye'nin Kamu Hastanelerini En Çok Tercih Eden Ülkeler:

Yapılan incelemelerde, ülkemizde bulunan kamu hastanelerini en çok tercih eden ülkelerin başında %27 ile yine Almanya gelmektedir. İkinci sırada %16 ile Azerbaycan bulunmaktadır. Bu ülkeleri takip eden ülkelerde sırasıyla, %13 ile Rusya, %11 ile Gürcistan,%8 ile İran ve

Hollanda,%5 ile Suriye, %4 ile Danimarka ve Fransa'dır.



Kaynak: Türkiye Seyahat Acenteler Birliği(TÜRSAB,2014 verileri)

Aşağıdaki tabloda lider ülkelerde en sık yapılan tıbbi müdahale fiyatlarının Türkiye fiyatları ile karşılaştırması dolar bazında verilmiştir. Tablodan da anlaşılacağı üzere fiyat olarak en uygun ülke Hindistan'dır. İkinci sırayı Türkiye almaktadır. Türkiye'yi Singapur takip etmekte ve daha sonra sırasıyla Meksika ve Amerika gelmektedir. Türkiye'nin bu fiyat avantajını değerlendirmesi ve uluslararası arenada lider ülkeleri başarı açısından yakalaması gerekmektedir.

Tablo-1: Lider Ülkelerde En Sık Tercih Edilen Tedavi Türleri ve Fiyatların Türkiye ile Karşılaştırılması

TIBBİ İŞLEM	TÜRKİYE	A.B.D.	HİNDİSTAN	MEKSİKA	TAYLAND	SİNGAPUR
<u>By-Pass</u>	8.500-21.000 \$	-	7500-10500 \$	39000-42000 \$	22500-24500 \$	13000-18500 \$
<u>Kalça Protezi</u>	10.000-23.000 \$	30000 \$	7000-9500 \$	39000 \$	12000-17000 \$	12000-16000 \$
<u>Kalp Kapakçığı Ameliyatı</u>	13.750-23.000 \$	-	9500-14000 \$	39000 \$	18500-22000 \$	12000-13000 \$
<u>Diz Nakli</u>	9.000-23.000 \$	26000 \$	7000-10000 \$	21000 \$	10500-16500 \$	8000-23000 \$
<u>Omurga Füzyonu</u>	7.000-23.000 \$	-	7500-11500 \$	25000 \$	9700-12500 \$	-
<u>Rahim Alınması</u>	-	-	2.500-10.000 \$	9700 \$	4500- 8000 \$	-

Kaynak: Türkiye Seyahat Acenteler Birliği (TÜRSAB) Sağlık Turizmi Raporu 2015 verileri

#### **4.SONUÇLAR VE ÖNERİLER**

Bu çalışmada sağlık turizmi türevlerinden olan tıp turizmine ilişkin veriler dahilinde analizler yapılmıştır. 2008 yılından günümüze kadar kamu ve özel hastanelere gelen yabancı hasta sayıları, yabancı hastaların en sık geldikleri branşlar en çok yaptıkları operasyon türleri, tıp turizminde ülkemizi en çok tercih eden ülkeler kamu ve özel sektör tercihleri yıllara göre ayrılmış ve sağlıkta dönüşüm reformu öncesinden günümüze kadar elde edilen gelir, ülkeye yaptığı ekonomik katkı analiz edilmiştir. Bu çalışma ışığında Türkiye'nin tıp turizmi alanındaki

SWOT analizi yapılmış güçlü yönleri, zayıf yönleri, tehditler ve fırsatlar çerçevesinde değerlendirilmiştir. Türkiye'nin sahip olduğu fırsatları değerlendirerek zayıf yönlerini ve tehditleri ortadan kaldırması stratejik plan için ve Türkiye'nin bu alanda söz sahibi olması için şarttır. Ülkemizin bu alanda uzun vadeli stratejiler geliştirerek vizyon sahibi olması büyük önem taşımaktadır. Çünkü turizm sektörü uluslararası pazarda bugün büyük bir ekonomik girdi olarak görülmektedir. Uluslararası arenada rekabet üstünlüğünü elde etmek ülkemiz açısından önemli bir olgudur. Elde edilen rekabet üstünlüğünün sürdürülmesi de önemlidir. Bunun için ülkemizin taklidi kolay olmayan planlar geliştirmesi rakiplerinden daha farklı yöntemlere yönelmesi ve yeni stratejilere geliştirmesi önem arz etmektedir.

#### **4.1.Öneriler:**

Türkiye'ye küresel açıdan bakıldığında lider ülkelere göre gelişmekte olan bir ülkedir. Bu durum değerlendirilirse çok iyi bir potansiyele sahiptir. Türkiye'nin gelişiminin ilerletilmesi açısından aşağıda bazı önerilerde bulunulmuştur. Bu önerilerin uygulanması ülkemizin hem ekonomik hem de sosyal açıdan kalkınması için yararlı olacaktır.

\*Ülkemizin geleceği için terör olaylarına ve bazı ülkelerle olan siyasi anlaşmazlıkları çözmesi gerekmektedir.

\*Yurt dışıyla bağlantılı acentelerin ve sağlık kuruluşlarının biraz daha bilinçlendirilerek tıp turizmi pazarlamasına özendirilmesi gerekmektedir.

\*Uluslararası alanda yapılan tıp turizmiyle ilgili pazarlama faaliyetlerine, kongrelere, seminer ve eğitimlere katılması gerekmektedir.

\*Türkiye'nin hedef ülkeler ve hedef pazarlar seçerek o ülkelerin gerek tedavi yöntemleri gerekse tedavi masraflarını araştırması ve ona göre stratejiler geliştirmesi gerekmektedir (Özkurt, 2007, s:121-139).

\*Türkiye'nin çekiciliğinin artması için paketlerine spa-wellness ve gezi olanakları da dahil etmesi gerekmektedir (Özkurt, 2007, s:121-139).

\*Yabancı hastalara hizmet veren sağlık kuruluşlarının yabancı dil bilen personel sayısını arttırması önem arz etmektedir (Özkurt, 2007, s:121-139).

\*Türkiye'nin gelişmiş ülkelerdeki sigorta şirketleriyle ortaklıklar yaparak yabancı hastaların ülkemize gelmesini kolaylaştırmak gerekir (İçöz, 2009 s:2257-2275).

\*Sağlık turistlerine hizmet veren tüm kurum sayısının arttırılması gereklidir.

\*Tıp turizmi paketlerinin hastanın her türlü ihtiyacını karşılayacak şekilde tasarlanması gerekmekte ve hastanın evden çıkışından hastanın evine dönüşüne kadar hastanın güvence altında tedavi edilmesi önemlidir.

#### **5.KAYNAKLAR**

AYDIN, O.(2012).” Türkiye’de Alternatif Bir Turizm: Sağlık Turizmi.” KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 14(23): s:91-96.

AYDIN, G. Aydın, B.K. (2015). “Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi Pazarlama Uygulamaları ve Karşılaştırmalı Durum Analizi.” Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi, sayı:16, s:1-21. İstanbul.

EBRAHİM, A.H.(2016). A. Qualitive Analysis of Singapore’s Medical Tourism Completitiveness. Tourism Management Perspectives, Volume21, January2017,Pages:74-84.

İÇÖZ, O. (2009). “ Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Türkiye’nin Olanakları.” Journal of Yaşar University, s:2257-2275.

ÖZKURT, H. Sağlık Turizmi Tahvilleri,(2007).Maliye Dergisi, sayı 152, Ocak- Haziran,

ŞENCAN, İ (2012). T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı. Sağlık Turizminde Süreçler ve Aracı Kuruluşlar Araştırma Raporu, s:69-81. Ankara

Türkiye Seyahat Acenteleri Birliği 2014 Sağlık Turizm Verileri. (erişim:16.02.2017).

Türkiye Seyahat Acenteleri Birliği (TÜRSAB). Sağlık Turizmi Raporu. www.sağlık.gov.tr. Sağlık İstatistikleri.(erişim: 01.03.2017).

## Etkileşimci Ve Dönüşümcü Liderlik, İşten Ayrılma Niyeti Ve İş Performansı Arasındaki İlişkiler

Yrd. Doç. Dr. Ferda Alper Ay<sup>1</sup>  
Koray KELEŞ<sup>2</sup>

**Çalışmanın Problemi:** Günümüzde örgütlerin rekabet edebilmeleri ve başarı elde edebilmeleri için etkin ve başarılı liderlere ihtiyaç duyulduğu bilinen bir gerçektir. Klasik liderlik bilgilerinin önemli bir bölümü, günümüzde eleştirilmektedir. Çünkü, hem lider, hem de takipçilerin nitelikleri, çevreleri ve imkanları başkalaşmıştır (Akad vd., 2002:286). Özellikle günümüzde otorite, güç ve emir verme ile başarı yakalanamaz olmuştur. Liderlerin astlarını etkilemesi ve belirlenen amaçlar doğrultusunda harekete geçirmesi ancak astlarıyla etkileşimle mümkün olmaktadır. Bu nedenle etkileşimci ve dönüşümcü liderlik önem kazanmaktadır (Vigoda-Gadot, 2006: 663). İngiltere’de “transformational leadership” şeklinde ifade edilen dönüşümcü liderlik, bazı yazarlarca “vizyoner liderlik”, bazılarınca “karizmatik liderlik” ve bazılarınca “yeni liderlik” şeklinde kavramlaştırılmıştır (Bolat ve Seymen, 2003: 64). James McGregor Burns, 1978 yılında “Liderlik” adlı çalışmasında dönüşümcü ve etkileşimci liderlik modelini öne sürmüştür. Burns dönüşümcü liderin örgütün amacına hizmet etmesi gerektiğini vurgulamış ve bu iki liderliği iki ayrı uç olarak ifade etmiştir. Ona göre lider ya etkileşimci olmayı ya da dönüşümcü olmayı tercih edecektir (Aslan, 2013:175). Dönüşümcü liderlikte liderler beklentileri netleştirerek, ihtiyaçların nasıl karşılanacağını açıklayarak, kriterleri belirleyerek, dönüt ve ödüller vererek takipçilerine katkıda bulunabilirler (Dibley, 2009:45). Dönüşümcü lider izleyicinin yönelimlerini, gereksinimlerini, isteğini anlayarak ve bu gereksinimlerini çalışanını motive etmek amacıyla kullanır. Gündelik örgütsel faaliyetlerin dışında idealleştirilmiş etki, telkinle güdüleme, entelektüel uyarım ve bireysel destek sağlama gibi davranışları ve özellikleri bir bütün olarak kendisinde barındırır (Karip, 1998:446). Dönüşümcü liderlik, telkin edicilik, karizma, entelektüel teşvik ya da bireysel ilgi aracılığıyla takipçisini kişisel çıkarların ötesine taşımaktır. Bu, takipçisinin başarı kaygısını, özyeterliliğini, toplumun ve diğerlerinin refahını artırdığı kadar takipçisinin olgunluk seviyesini de artırır (Avolio vd., 1999:18-19). Burns’un tanımlayıp hayatımıza kattığı etkileşimci ve dönüşümcü liderlik kavramından sonra, bu hususta Burns’tan sonra en çok Bass ve Avolio (1990) çalışarak, dönüşümcü liderliği 4 şekilde boyutlandırmıştır. Bunlar, karizma, bireysel ilgi, ilham verme ve entelektüel teşviktir (Çetin vd, 2012: 14-15).

Etkileşimci liderlik ise, lider ile grup üyeleri arasındaki koşullu ödül ve takas ilişkisi temeline dayanır. Etkileşimci liderler, işgörenlerden istediği performansı ve bu performansı gerçekleştirmesi durumunda işgörenin neler elde edebileceğini açıklar (Çetin vd., 2012:14). Etkileşimci liderlik modelini benimseyen ve uygulayan yöneticiler yetkilerini örgüt üyelerini ödüllendirmeyi, daha fazla gayret harcamaları adına statü yada maddi ödüllendirme şeklinde kullanırlar. Bu liderlik türünde işgörenler yetkileri, liderin onlardan bekledikleri, işgörenlerin

<sup>1</sup> Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü  
[ferdaalperay@hotmail.com](mailto:ferdaalperay@hotmail.com)

<sup>2</sup> Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi  
[ahmetkoraykeles@gmail.com](mailto:ahmetkoraykeles@gmail.com)

yapmak zorunda oldukları işler, lidere bağlılık ve yapılacak işler karşılığında verilecek ödüller net bir ifadeyle belirlenir. Lider ve takipçileriyle değişime dayalı bir sistem vardır (Eren ve Titizoğlu, 2014:279). Etkileşimci liderler, örgüt kültürünü değiştirmeden bu faaliyetleri geçmişi ve geleceği ön planda tutarak devam ettirir. Örgütün geçmişten günümüze kadar devam eden doğal seyrine önem verir (Ceylan vd. 2005:34). Etkileşimci lider, tipik bir "iyi yönetici" algısı vermektedir. İşler yolunda gittiği sürece geri planda kalarak herhangi bir müdahalede bulunmaz. Sorumluluk almaktan ve karar vermekten uzak durmaya çalışırlar. Standartların ve kuralların uygulanması hususunda çok hassas davranır ve aykırı davrananlara ceza verirler (Seyfikli, 2007). Bass, etkileşimci liderliği koşullu ödüllendirme, aktif ve pasif istisna ile yönetim ve tam serbesti tanıyan liderlik olarak adlandırarak üç boyutta incelemiştir (Avolio vd., 1999, 441-462).

İş performansı, çalışanın verilen işi yapmak için gösterdiği bütün çabaları doğrultusunda ortaya koyduğu başarı seviyesidir. Çalışan iş hedefine ulaştığında ödüllendirilirse iş tatmin seviyesi artar ve daha sonra çalışana verilecek işlerde göstereceği çabayı ve başarı seviyesini etkiler. İş tatmini ve iş performansı arasındaki ilişki sanayi ve örgüt psikolojisi zaman içerisinde dikkat çekmeye devam etmiştir (Yıldız vd., 2014:240). İşgörenlerin performanslarını belirleyen üç unsurdan bahsedebiliriz. Bunlar çalışanın işine adapte olmasını ifade eden odaklanma, bilgi ve yeteneğine dayalı olgunluk ile organizasyonun hedefleri ile iş görenlerin amaçlarının düzenini ifade eden adanmadır (Begenirbaş ve Turgut, 2014:137).

İşten ayrılma niyeti, çalışanın kısa bir zaman dilimi içerisinde işine son verme arzusuyla ilgili fikrini ifade etmektedir (Şahin, 2011: 277). İşten ayrılma niyeti genel olarak çalışanın mevcut örgütünden bilinçli ve kasıtlı olarak ayrılmayı istemesini kapsar. Çalışanların örgütten ayrılmak istemelerindeki nedenler gönüllü ya da gönülsüz etmenlerden kaynaklanabilmektedir. İşten ayrılma niyeti, çalışanların iş tatmini ve moral düzeyleriyle doğrudan ilişkilidir (Cho vd., 2009: 374). İşten ayrılma niyeti işi bırakmanın en önemli habercisi olduğundan yapılan araştırmalar işten ayrılma niyetini “gerçek personel devrinin öncülü” olarak kabul etmektedirler ve birçok örgüt, personelin yüksek devir oranının maliyetinden dolayı kendi arzusuyla örgütten ayrılan çalışan sayısını azaltmaya çalışmaktadır (Gürkan ve Demiralay 2013, 62).

Yöneticilerin sergilemiş oldukları tutum ve davranışlar çalışanların performansları ve işletmenin geleceği açısından oldukça önemlidir (Şahin ve Sarıdemir, 2016: 394-395). İyi bir lider çalışanları üzerinde olumlu etkiler yaratırken, kötü bir lider çalışanların performanslarını düşürerek işten ayrılma niyetlerini arttırabilir (Karahan, 2008:150). Araştırmalara göre etkileşimci ve dönüşümcü liderlik özelliği taşıyan yöneticilerin çalışanların performanslarını olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir. Çekmecelioğlu (2014) çalışmasında dönüşümcü liderlerin işgörenlerini adalet ve eşitlik gibi yüksek motivasyon düzeylerine ulaşmalarını sağlayarak onların performanslarını arttırdığını saptamıştır. Eren ve Titizoğlu (2014), dönüşümcü liderlerin gösterdiği tutum ve davranışlar nedeniyle, işgörenler de kendilerini özel, motive olmuş ve teşvik edilmiş hissi uyandırdığını ve bu durumun performansı olumlu yönde etkilediğini tespit etmişlerdir. Vigoda-Gadot (2006) çalışmalarında modern liderlik tarzını benimseyen yöneticilerin otorite ya da güç durumundan ziyade ikna etme tekniklerini kullanarak insanları belirli amaçları gerçekleştirmek yönünde etkileme sürecinde başarılı olduklarını belirterek, bu durumun çalışanların iş performansları üzerinde olumlu etkiler

yarattığını tespit etmişlerdir. Buradan hareketle bu çalışmada, liderlerin gösterdiği etkileşimci ve dönüşümcü liderlik tarzları ile işten ayrılma niyeti ve iş performansı arasındaki ilişkiler araştırılmıştır.

**Çalışmanın Amacı:** Bu çalışmanın amacı, sağlık yöneticilerinin (yönetim görevi olan çalışanların) etkileşimci ve dönüşümcü liderlik tarzları ile işten ayrılma niyeti ve iş performansı arasındaki ilişkileri belirleyebilmektir. Özellikle sağlık personelinin işyerinde etkin ve verimli çalışması gerektiği düşünüldüğünde, sağlık yöneticilerinin liderlik tarzları işten ayrılma niyeti ve iş performansına nasıl etki yaptığı araştırmanın önemini ortaya çıkarmaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde modern liderlik teorilerinden olan etkileşimci ve dönüşümcü liderliğin, çalışanların işe karşı olan tutum ve davranışları üzerinde olumlu etkiler yarattığı tespit edilmiştir. Bununla beraber literatürde etkileşimci ve dönüşümcü liderliğin iş performansı ve işten ayrılma niyeti algısı üzerindeki etkisini inceleyen çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu çalışma etkileşimci ve dönüşümcü liderliğin iş performansı ve işten ayrılma niyeti algısı üzerindeki etkisinin incelenmesi, işletmelere ve sağlık kurumlarına bu konuda bilgi sunulması ve literatüre katkı sağlaması açısından önemlidir. Buna göre araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

*H1: Dönüşümcü liderlik işten ayrılma niyeti üzerinde negatif bir etkiye sahiptir.*

*H2: Etkileşimci liderlik işten ayrılma niyeti üzerinde negatif bir etkiye sahiptir.*

*H3: Dönüşümcü liderlik iş performansı üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir.*

*H4: Etkileşimci liderlik iş performansı üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir.*

**Yöntem:** Araştırmanın evrenini Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi tüm yönetim kademelerinde çalışan yöneticiler (alt kademe, orta kademe, üst kademe) oluşturmaktadır. 2016 yılı Nisan, Mayıs ve Haziran Ayı mevcut yönetici pozisyonundaki çalışanların (başhekim ve yardımcıları, başhemşire ve yardımcıları, başmüdür ve yardımcıları, diğer yöneticilik görevi olanların) sayısı 139 kişiden 122 yöneticiye anket uygulanmıştır. Bu oran evrenin % 88'ini oluşturmaktadır. Araştırma, tanımlayıcı tipte araştırma özelliğindedir. Çalışmada sosyo-demografik özelliklerle ilgili 7 soru sorulmuştur. Ayrıca çalışmada Bass (1985) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerliliği Demir ve Okan (2008) tarafından yapılan çok faktörlü liderlik ölçeği (22 madde); Bluedorn (1982) ve Netemeyer ve ark. (1997) tarafından geliştirilen tek boyuttan oluşan işten ayrılma niyeti ölçeği; önce Kirkman ve Rosen (1999), daha sonra ise, Sigler ve Pearson (2000) tarafından kullanılan iş performansı ölçeği (4 madde) kullanılmıştır. Anketler uygulanmadan önce Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden (21.04.2016 tarihli, 93596471/1801 sayılı) ve Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik araştırmalar Etik Kurul'undan onay alınmıştır.

**Bulgular:** Çalışmada hastanedeki yöneticilerin %63,1'i kadın, %44,3 ile 38-47 yaş arasında olduğu, %83,6'sı evli, %48,4'nün lisans mezunu, %32,8'inin 21 yıl ve üzerinde deneyime sahip olduğu, %45,9'unun hemşire yöneticiler olduğu ve %94,3'ünün kadrolu çalışanlar olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların liderlik, iş performansı ve işten ayrılma niyeti düzeylerine ilişkin



ortalamalar incelenmiş ve dönüşümcü liderlik (4,8), etkileşimci liderlik(3,26), İş Performansı (4,29) ve İşten Ayrılma Niyeti(1,90) olarak saptanmıştır.

**Tablo 1:** Dönüşümcü Liderlik, Etkileşimci Liderlik, İşten Ayrılma Niyeti ve İş Performansı Arasındaki İlişkiler

Değişkenler	1	2	3	4	5
<b>Dönüşümcü liderlik</b>	(0,768)				
<b>Etkileşimci liderlik</b>	,261**	(0,642)			
<b>İşten ayrılma niyeti</b>	-,366**	-,161	(0,799)		
<b>İş performansı</b>	,208*	,137	-,304**	(0,878)	

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). \*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed). Parantez içindeki değerler Cronbach Alpha güvenilirlik değerlerine göstermektedir.

Dönüşümcü liderlik ve işten ayrılma niyeti arasında ( $r = -0,366$ ) negatif ve anlamlı korelasyon bulunmuştur. Dönüşümcü liderlik ile iş performansı arasında ( $r = 0,208$ ) pozitif ve anlamlı korelasyon bulunmuştur. İşten ayrılma niyeti ile iş performansı arasında ( $r = -0,304$ ) negatif ve anlamlı korelasyon bulunmuştur. Etkileşimci liderlikle işten ayrılma niyeti ile iş performansı arasındaki korelasyonlar anlamlı olmadığı görülmektedir. Buna göre dönüşümcü liderliğin artması işten ayrılma niyetinin azalmasına ve iş performansı algısının artmasına neden olabilmektedir. Ayrıca iş performansının artması işten ayrılma niyetinin azalmasına neden olabilmektedir.

**Tablo 2 :** Dönüşümcü ve Etkileşimci Liderliğin İşten Ayrılma Niyeti Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişkenler	Bağımlı Değişken	Modelin özeti		ANOV A		Regresyon katsayıları			Hipotez	Sonuçlar
		R	R <sup>2</sup>	F	P	Beta	t	P		
<b>Dönüşümcü Liderlik</b>	İşten ayrılma niyeti	0,373	,139	9,588	0,000	-,348	3,948	0,000	H1	Kabul
<b>Etkileşimci Liderlik</b>						0,070	0,798	0,426		

\*P<0,05, \*\* P<0,01

Tablo 2'den izleneceği gibi, liderlik tarzları ile işten ayrılma niyeti arasında kurulan çoklu regresyon modeli önemli bulunmuştur ( $F = 9,588, P = 0,00$ ). Bu model, işten ayrılma niyeti değişkenindeki değişimin %14'ünü ( $R^2 = 0,139$ ) açıklamaktadır. Dönüşümcü liderlik işten ayrılma niyetini etkilemektedir ve bu iki değişken arasında anlamlı ve negatif bir ilişki

bulunmaktadır ( $\beta=-0,348$ ,  $t=-3,948$ ,  $P=0.01$ ). Buna göre dönüşümcü liderliğin işten ayrılma niyeti üzerinde negatif bir etkisi vardır. Etkileşimci liderliğin işten ayrılma niyeti üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Dolayısıyla H1 hipotezi kabul edilirken, H2 hipotezi reddedilmektedir.

**Tablo 3:** Dönüşümcü ve Etkileşimci Liderliğin İş Performansı Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişkenler	Bağımlı Değişken	Modelin özeti		ANOVA		Regresyon katsayıları			Hipotez	Sonuçlar
		R	R <sup>2</sup>	F	P	Beta	t	P		
Dönüşümcü Liderlik	İş Performansı	,225	,051	3,183	0,045	,185	2,001	0,048	H3	Kabul
Etkileşimci Liderlik						0,089	0,961	0,338	H4	Red

\*P<0,05, \*\* P<0,01

Tablo 3'den izleneceği gibi, liderlik tarzları ile iş performansı arasında kurulan çoklu regresyon modeli önemli bulunmuştur ( $F= 3,183$ ,  $P=0.045$ ). Bu model, iş performansı değişkenindeki değişimin % 5 ini ( $R^2=0.051$ ) açıklamaktadır. Dönüşümcü liderlik iş performansını etkilemektedir ve bu iki değişken arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmaktadır ( $\beta=-0,185$ ,  $t=2,001$ ,  $P=0.048$ ). Buna göre dönüşümcü liderliğin iş performansı üzerinde pozitif bir etkisi vardır. Etkileşimci liderliğin iş performansı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Dolayısıyla H3 hipotezi kabul edilirken, H4 hipotezi reddedilmektedir.

**Sonuç:** Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan yöneticilerin büyük oranla dönüşümcü liderlik özelliklerine sahip olduğu görülmüştür. İşten ayrılma niyetlerinin düşük olduğu, iş performansı algılamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Regresyon analizi sonucunda, dönüşümcü liderlik işten ayrılma niyetine negatif etkisi saptanmış iken etkileşimci liderliğin işten ayrılma niyeti üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Buna göre dönüşümcü liderlik algısı yüksek olan yöneticilerde işten ayrılma niyeti düşmektedir. Etkileşimci liderliğin ise işten ayrılma niyeti üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Diğer bir sonuç olarak, dönüşümcü liderliğin iş performansı üzerinde pozitif bir etkisi olduğu saptanmıştır. Diğer bir ifadeyle dönüşümcü liderlik algısı yüksek olan yöneticilerin iş performansı da yüksektir. Etkileşimci liderliğin ise iş performansı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Sonuç olarak dönüşümcü liderlik tarzının seçilmesi ve uygulanması önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Etkileşimci Liderlik, Dönüşümcü Liderlik, İş Performansı, İşten Ayrılma Niyeti

## Kaynakça

- Akad, İ., Budak, G., Budak, G.(2002). İşletme Yönetimi. *Barış Yayınları İzmir*.
- Aslan, Ş. (2013). Geçmişten Günümüze Liderlik Kuramları (Sağlık Yönetimi Bakış Açısıyla). *Eğitim Yayınevi*.
- Avolio, B. J., Bass, B. M. ve Jung, D. I. 1999. Re Examining the Components of Transformational and Transactional Leadership Using the Multifactor Leadership Questionnaire. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 72(4): 441-462.
- Bass, B., M., (1985), "Leadership: Good, Better, Best", *Organizational Dynamics*, Winter85, Vol. 13 Issue 3, 26-40.
- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1990). *Transformational leadership development: Manual for the multifactor leadership questionnaire*. Consulting Psychologists Press.
- Beğenirbaş, M., Turgut, E. (2014). İş Performansının Sağlanmasında Çalışanın Duygusal Emeğinin ve Örgütte Güven Algısının Etkileri. *İş, güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi. Cilt/Vol: 16, Sayı/Num: 3, Page: 131-149*.
- Bolat, Tamer ve A. Seymen, Oya (2003). Örgütlerde İş Etiğinin Yerleştirilmesinde Dönüşümcü Liderlik Tarzının Etkileri Üzerine Bir Değerlendirme. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt:6, Sayı:9, 59-85*.
- Bolat, T., Seymen, A., Bolat, İ., Erdem, B. (2008). Yönetim ve Organizasyon, *Detay Yayıncılık, Ankara*.
- Bluedorn, A.C., (1982), "A Unified Model of Turnover From Organizations", *Human Relations*, 35, s.135–153
- Ceylan, A. Keskin, H., Eren, Ş. (2005). Dönüşümcü ve Etkileşimci Liderlik ile Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkilere Yönelik Bir Araştırma. *Yönetim Dergisi, 16(51):32-42*
- Cho, Seonghee, Misty M. Johanson, and Priyanko Guchait. (2009) "Employees İntent to Leave: A Comparison of Determinants of İntent to Leave Versus İntent To Stay." *International Journal of Hospitality Management*, 28(3): 374-381.
- Çekmecelioğlu, H. (2014). *Göreve ve İnsana Yönelik Liderlik Tarzlarının Örgütsel Bağlılık, İş Performansı ve İsten Ayrılma Niyeti Üzerindeki Etkileri*. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Kocaeli. [28](#):21 – 34.
- Çetin, Ş. Korkmaz, M. ve Çakmakçı, C. (2012), Dönüşümsel ve Etkileşimsel Liderlik ile Lider-Üye Etkileşiminin Öğretmenlerin Örgütsel Vatandaşlık Davranışı Üzerindeki Etkisi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi, 18(1): 7- 36*.
- Demir, H., ve Okan, T. (2008), Etkileşimsel ve Dönüşümsel Liderlik: Bir Ölçek Geliştirme Denemesi. *Yönetim ve Yıl Dergisi:19, Sayı: 61, ss.72-90*.
- Dibley, J.E. (2009). *The Relationship Between The Transformational Leadership Style Of Officers And The Levels Of Their Followers' Work Engagemen In The South African Army*. Master Of Arts İn The Subject Industrial And Organisational Psychology At The University Of South Africa.
- Eren, M. ve Titizoğlu, Ö. (2014). Dönüşümcü Ve Etkileşimci Liderlik Tarzlarının Örgütsel Özdeşleşme Ve İş Tatmini Üzerindeki Etkileri. *Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, Konya*.

- Gürkan, G., Demiralay. Ç. (2013) Görev Çatışması ile İşten Ayrılma Niyeti İlişkisinin Araştırılması: Konaklama İşletmeleri Çalışanları Üzerinde Bir Araştırma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Cilt:14 Sayı:2.: s:59-79.*
- Karip, E. (1998). Dönüşümcü Liderlik. Kuram Ve Uygulamada Eğitim. *Yönetim Dergisi, Cilt 4, sayı 4, Ankara.*
- Karahan, A. (2008). Hastanelerde Liderlik Ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 10, Sayı 1. İstanbul.*
- Kirkman, B.L. ve Rosen, B. (1999), “Beyond Self-Management: Antecedents And Consequences Of Team Empowerment”, *Academy of Management Journal*, 42(1): 58-74.
- Netemeyer, R. G., James S. B., D. O. McKee, ve Robert Mc M., (1997). An Investigation into the Antecedents of Organizational Citizenship Behaviors in a Personal Selling Context. *Journal of Marketing*, 61, pp. 85-98.
- Seyfikli, C. (2007). *Hastane Yöneticilerinin Liderlik Davranışlarının Personel İş Doyumuna Etkisi.* Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Eskişehir.
- Sigler, T.H., Pearson, C. M. (2000), Creating An Empowering Culture: Examining The Relationship Between Organizational Culture And Perceptions Of Empowerment, *Journal of Quality Management*, 5:27-52
- Şahin, F., Sarıdemir, T. (2016). Okul Müdürlerinin Liderlik Stillere Göre Öğretmenlerin Yaşam Doyumlarının ve Evlilik Doyumlarının İncelenmesi. *Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 37(1): 391-426, Ankara.*
- Vigoda-Gadot, E. (2006). Leadership style, organizational politics, and employees’ performance: An empirical examination of two competing models. *Personnel Review*, 36(5), 661-683.
- Yıldız, S., Savcı, G., Kapu, H. (2014). Motive Edici Faktörlerin Çalışanların İş Performansına ve İşten Ayrılma Niyetine Etkisi. *Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F Yönetim ve Ekonomi Dergisi, Cilt:21 Sayı:1, Manisa.*

# Küresel Cinsiyet Uçurumu (Global Gender Gap) Açısından Dünya Ülkelerin Sınıflandırılması

Arş. Gör. Gülsüm Şeyma KOCA<sup>1</sup>

**Çalışmanın Problemi:** Günümüzde ekonomik gelişmişliğin en önemli göstergelerinden biriside sürdürülebilir kalkınmayı sağlamak ve geliştirmektir. Ülkelerin refahlarını arttırabilmek için çeşitli ekonomik, beşeri ve çevresel sermaye faktörlerin dikkate alınması gerekmektedir. Bununla birlikte, küresel ekonomilerde yaygın eksiklerden birisi ise beşeri sermaye olarak kadınların göz ardı edilmesi gerçeğidir. Bu çalışma, *Küresel Cinsiyet Uçurumu* konusuna odaklanmaktadır.

**Çalışmanın Amacı:** Dünya Ekonomik Formu tarafından yapılan coğrafi bölge sınıflandırmasında yer alan ülkeleri *Küresel Cinsiyet Uçurum*'una göre sınıflandırmaktır.

**Metot:** Çalışmanın evreni, Doğu Asya ve Pasifik; Doğu Avrupa ve Orta Asya; Latin Amerika ve Karayipler; Orta Doğu ve Kuzey Afrika; Kuzey Amerika; Güney Asya; Sahra-altı Afrika ve Batı Avrupa'da yer alan 144 ülkeden oluşturmaktadır. Bu çalışmada ekonomik katılım ve fırsat, eğitime katılım, sağlık ve sağ kalım ve siyasi güçlenme açısından 14 gösterge kullanılmıştır. Verilerin analizinde Hiyerarşik Kümeleme analizinden faydalanılmıştır. Kümelerin elde edilmesinde Ward tekniği ve kare Öklit uzaklığı kullanılmıştır.

**Bulgular ve Sonuç:** Bu çalışmada *Küresel Cinsiyet Uçurum*'una göre ülkelerin iki kümeye ayrıldığı bulunmuştur. Buna göre; Doğu Asya ve Pasifik, Doğu Avrupa ve Orta Asya, Latin Amerika ve Karayipler, Orta Doğu ve Kuzey Afrika, Kuzey Amerika, Güney Asya, Sahra-altı Afrika ve Batı Avrupa'da 56 ülke birinci kümede yer alırken, 88 ülkenin ise ikinci kümede yer aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada elde edilen sonuçların *Küresel Cinsiyet Eşitsizliği* ile ilgili bilgiler sunabileceği, ülkelerin karşılaştırılması ve bu yöndeki çalışmalar açısından önemli olabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Küresel Cinsiyet Uçurumu, Hiyerarşik Kümeleme Analizi, Cinsiyet.

---

<sup>1</sup> Hacettepe Üniversitesi/İİBF/Sağlık Yönetimi Bölümü/Türkiye/ [g.seymakoca@hacettepe.edu.tr](mailto:g.seymakoca@hacettepe.edu.tr)

## **Classification of World Countries in Terms of Global Gender Gap**

**The Problem of Working:** Today one of the most important indicators of economic development is to provide and develop sustainable development. In order to increase the wealth of the countries, various economic, human and environmental capital factors need to be considered. However, one of the widespread shortcomings in global economies is the fact that women are ignored as human capital. This work focuses on *Global Gender Gap*.

**Purpose of Study:** To classify countries in the geographic region classification made by the World Economic Form according to *Global Gender Gap*.

**Method:** Universe of work, it constitutes from 144 countries in East Asia and Pacific, Eastern Europe and Central Asia, Latin America and the Caribbean, Middle East and North Africa, North America, South Asia, Sub-Saharan Africa and Western Europe. In this study, 14 indicators were used in terms of economic participation and opportunity, education attainment, health and survival and political empowerment. Hierarchical clustering analysis was utilized in the analysis of the data. The Ward technique and the square Euclidean distance were used to obtain clusters.

**Findings and Conclusion:** In this study, according to *Global Gender Gap*, countries were divided into two clusters. According to this; while 56 countries were in the first cluster in East Asia and Pacific, Eastern Europe and Central Asia, Latin America and the Caribbean, Middle East and North Africa, North America, South Asia, Sub-Saharan Africa and Western Europe, 98 countries are in the second cluster. It is believed that the results obtained in this study may provide information on *Global Gender Gap*, which may be important in terms of comparing countries and studies in this area.

**Key words:** Global Gender Gap, Hierarchical Clustering Analysis, Gender.

**Sunum Dili:** Türkçe

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Literatür Özeti

### 1.1.1. Doğu Asya ve Pasifikler

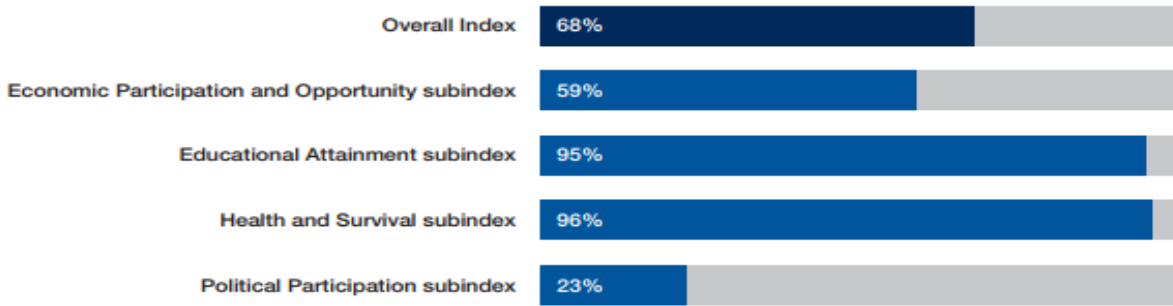
Doğu Asya ve Pasifik bölgesi *Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksi* aralığında ortalama bir skor aralığına sahiptir. Filipinler ve Yeni Zelanda ile birlikte, bölge, toplam on performans göstergesinden ikisinde toplam cinsiyet açığının % 78'inden fazlasını kapatan bir eğilim göstermektedir. Bununla birlikte bölge ekonomilerinin yarısından azı ise henüz %70'lik bir açığı kapatamadı. Bölgedeki 16 ülkeden sadece dört Kamboçya, Moğolistan, Tayland ve Filipinler-bu boşluğu kapattıysa da, bölge, son on yılda Sağlık ve Hayatta Kalma cinsiyet açığı konusunda en çok gelişme gösteren beş ülkeden üçüne ev sahipliği yapıyor. Bölgesel olarak %94'lük bir orana sahip olan Doğu Asya ve Pasifik, bu alt indeks üzerinde küresel olarak en düşük sırada yer alan bölge. Bölgesel olarak %94'lük bir orana sahip olan Doğu Asya ve Pasifik, bu alt indeks üzerinde küresel olarak en düşük sırada yer alan bölge. Şu anda bölgedeki sadece iki ülke, Eğitim Durumu Toplumsal Cinsiyet Aralığını tamamen kapattı. Bölgedeki ülkelerin yarısı mesleki ve teknik çalışanlar için cinsiyet farkını kapattı. Bu yıl bölgede İndeks kapsamına giren 16 ülkeden beş ülke toplam puanını geçen yıla göre artırırken, 10 puan azalmış durumda. Bu sene Index'e yeni bir ülke katıldı. Filipinler (7) ve Yeni Zelanda (9), Siyasi Güçlendirme cinsiyet farkını kapatma konusundaki güçlü puanlara ve Filipinlerin Ekonomik Katılım ve Fırsat alt indeksindeki küçük düşüşüne rağmen, genel Endeks ilk on sıralamalarını sürdürüyor. Lao PDR (43), bölgede üçüncü sırada yerini aldı. Bunun nedeni, Lao PDR'nin, sadece beş ülkeden birinin (ve Afrika dışındaki ülkelere biri olan) işgücüne katılma oranındaki toplumsal cinsiyet eşitsizliğini gerçekten de tamamen kapatmasının yanı sıra, tahmini kazanılan gelir, üçüncül kayıt ve kadın parlamenterler arasındaki cinsiyet açığını daraltma konusundaki ilerlemesinden kaynaklanmaktadır. Avustralya (46), Avustralya için gelir cinsiyet aralığının devam ettiğini vurgulayan güncellenmiş tahmini kazanılan gelir ölçeğinden etkilenmektedir. Bir sonraki sırada yer alan ülke, Singapur'da (55), aynı şekilde, tahmini kazanılan gelirde geniş bir cinsiyet açığı gösteriyor. Bununla birlikte, bu, mesleki ve teknik çalışanlara ve orta öğretime kayıt için cinsiyet farkının eşzamanlı olarak ilerlemesiyle dengelenir. Geçtiğimiz on yılda, Ekonomik Katılım ve Fırsat alt indeksinde bölgede en fazla ilerleme kaydeden ülke budur. Moğolistan (58), Genel Sekreterler, üst düzey yetkililer ve yönetici göstergelerinde cinsiyetler arasındaki boşluğun genişlemesi nedeniyle genel puan ve sıralamasında küçük bir düşüş yaşıyor. Vietnam (65), yükseköğrenimle ilgili kayıtların cinsiyet açığının tamamen kapatılması ve parlamentoda kadınların artması nedeniyle sıralamada belirgin bir artış kaydetti. Buna karşın Tayland (71) Ekonomik Katılım ve Fırsat Alt Endeksindeki cinsiyet farkının ve özellikle kadın meclis üyelerinin, üst düzey yetkililerin ve yöneticilerin sayısının azalması nedeniyle sıralamaya giriyor. Ayrıca, okuma yazma oranında bir cinsiyet açığını yeniden açar. Endonezya (88), kadın meclis üyeleri, üst düzey yetkililer ve yöneticiler için mesleki ve teknik çalışanlardan birini tamamen kapatmaya ve toplam puanında marjinal bir artış sağlamak için ücret eşitliğini artırmaya yönelik olarak daha geniş bir cinsiyet açığını dengeliyor. Çin (99), ücret eşitliğinde küçük bir azalma olduğunu ve mevcut yeni verilerin ortaokul kayıtlarında cinsiyete dayalı bir boşluk sergilediğini ortaya koymaktadır.

Doğumda cinsiyet oranındaki cinsiyet farkı ile ilgili olarak dünyanın en düşük sırada yer alan ülke olmaya devam etmektedir. Endeksin güncellenmiş tahmini kazanılan gelir ölçeği, Brunei Darussalam'da (103) bir gelir cinsiyet farkının varlığını devam ettirmekte ve bu da sıralamada bir düşüşe işaret etmektedir. Bununla birlikte, ülke için diğer veri güncellemeleri, Siyasi Güçlendirme alt indeks cinsiyet farkını ilk kez kapatma konusunda bazı ilerlemeler kaydediyor. Malezya (106), kadınların işgücüne katılım oranındaki düşen ve tahmini kazanılan gelirdeki cinsiyet açığını kapatma konusundaki ilerlemeyi kaydetti ve bu yıl ortaokul kayıt boşluğunu tamamen kapatarak bir derece ve puan artışı sağladı. Kamboçya (112), kadınların işgücüne katılım oranındaki düşüş ve tahmini kazanılan gelir ile geçen Yılın Ekonomik Katılım ve Fırsat

alt indeks cinsiyet farkını kapatma konusundaki ilerlemesinde ters yönde bir deneyim yaşıyor. Endeksin güncellenmiş tahmini kazanılan gelir ölçeği, Japonya'da (111) ve Kore'de (117) bir cinsiyet farkı varlığının devam ettiğine işaret ediyor. Bununla birlikte, bu yıl iki ülkenin performansını etkileyen tek faktör bu değil. Japonya, mesleki ve teknik çalışanlar için cinsiyete dayalı uçurumun önemli ölçüde genişlediğini kaydederek, yüksek öğrenimdeki kayıt ve kadın temsilciliğini yasa koyucular, üst düzey yetkililer ve yöneticiler arasında temsil etmede daha fazla ilerlemeye ve benzer işlerde ücret eşitliğini iyileştirmeye rağmen kendi sıralamasını olumsuz etkilemektedir. Bu arada, Kore, mesleki ve teknik çalışanlarda cinsiyet farkı üzerinde ve Siyasi Güçlendirme alt endeksinde büyük bir gelişme kaydederek, neredeyse tamamen, kadınların kazançlarının tahmini kazançlarındaki azalmayı ve benzer iş için ücret eşitliğine ilişkin algılamaların kötüleşmesini telafi etmektedir. Ülkenin iş dünyası. Timor-Leste (125), 2012 yılından bu yana ilk kez Global Cinsiyet Artış Endeksi'ne girdi ve Doğu Asya ve Pasifik bölgesinin en alt sıralarında puan aldı. Ülke, ilk ve orta öğrenimde cinsiyet farkını kapattı ve parlamentonun kadın üyelerinden aldığı paya göre oldukça iyi bir performans sergiliyor. Bununla birlikte, Ekonomik Katılım ve Fırsat alt endeksinde ve doğumdaki cinsiyet oranında önemli bir toplumsal cinsiyet açığı bulunmaktadır.

### 1.1.2. Genel Olarak Yorumlama

Figure 1: Global performance, 2016



Source: Global Gender Gap Index 2016.

### Global Sonuçlar

Şekil 1 (sayfa 8), dört alt indekste cinsiyet farkının global bir görüntüsünü sunmaktadır. Raporda yer alan 144 ülke, geçen yıl bu yana değişmeden, kadınlar ve erkekler arasındaki sağlık çıktılarındaki boşluğun % 96'sını kapadığını gösteriyor ve eğitim başarısındaki boşluğun % 95'inden fazlası, geçen yıldan bu yana neredeyse bir tam puanlık bir gelişme ve şimdiye kadar Endeks tarafından ölçülen en yüksek değer. Bununla birlikte, ekonomik katılım ve siyasi güçlendirme konusunda kadınlar ve erkekler arasındaki uçurumlar hala geniş kalıyor: ekonomik katılım aralığının sadece % 59'u kapalı, 2008 yılından bu yana birkaç yıllık ilerleme ve 2008'den bu yana Endeks tarafından ölçülen en düşük değer -ve siyasi boşluğun yaklaşık % 23'ü, yavaş ama istikrarı geliştiren bir eğilimi sürdürüyor. Nüfusa göre ağırlıklandırılmış olarak, 2016 yılında küresel cinsiyet farkını kapatma konusundaki ortalama ilerleme 0,683 puan, yani evrensel cinsiyet eşitliğini elde etmek için % 31.7'lik bir ortalama boşluk dört Index boyutunda dünya çapında kapatılacaktır. Endeksin kapsadığı 142 ülkeden bu yıl hem de geçen yıl, 68 ülke toplam cinsiyetler arası boşluk skorunu geçen yıla göre artırırken, 74'ü azalma gördü. Bu nedenle, küresel cinsiyet eşitliği için belirsiz bir yıl olmuştur ve bu eşitsizlik en iyi ihtimalle gelişmiştir. Tablo 3 (sayfa 10), genel endekste en yüksekte en alta doğru sıralanan 2016 dizini ve alt dizin sıralamalarını görüntüler. Dünyadaki hiçbir ülke cinsiyetler arasındaki uçurumu tamamen kapatmadı ancak beş İskandinav ülkesinin dördü ve bu yıl ilk kez Ruanda, onların



(dördünün) % 80'den fazlasını kapadı. En düşük rütbeli ülke olan Yemen, ülkenin% 52'sinden biraz daha yakın bir kısmını kapattı.

### **Alt Endekslerin Performansı**

Tablo 4 (sayfa 12) sıralamaları alt indeks olarak gösterir, en yüksekte en alt sıraya göre sıralanır. **Ekonomik Katılım ve Fırsat alt indeksinde;** Sahra altı Afrika-Burundi, Botswana, Ruanda ve Gana'dan ve Norveç, İzlanda ve İsveç'ten üç İskandinav ülkesinden olmak üzere 11 ülke (geçen yıla göre üç daha az) boşluklarının% 80'inden fazlasını kapadı. Bununla birlikte, 15'i Ortadoğu ve Kuzey Afrika bölgesinden gelen 19 ülke, bu alt indeksin boşluğunun% 50'sinden fazlasını kapadı. Pakistan ve Suriye bu alt indeks üzerinde son iki noktayı ellerinde tutuyorlar. Otuz iki ülke, bu alt indeks üzerinde dünya ortalamasının (0,586, nüfus yoğunluğuyla) altındaki puanlara sahiptir. Raporun Ülke Profilleri, işgücüne katılım, ekonomik liderlik, varlıklara ve teknolojiye erişim ve bakım ekonomisi dâhil olmak üzere çok çeşitli ek içerik verileri içermektedir.

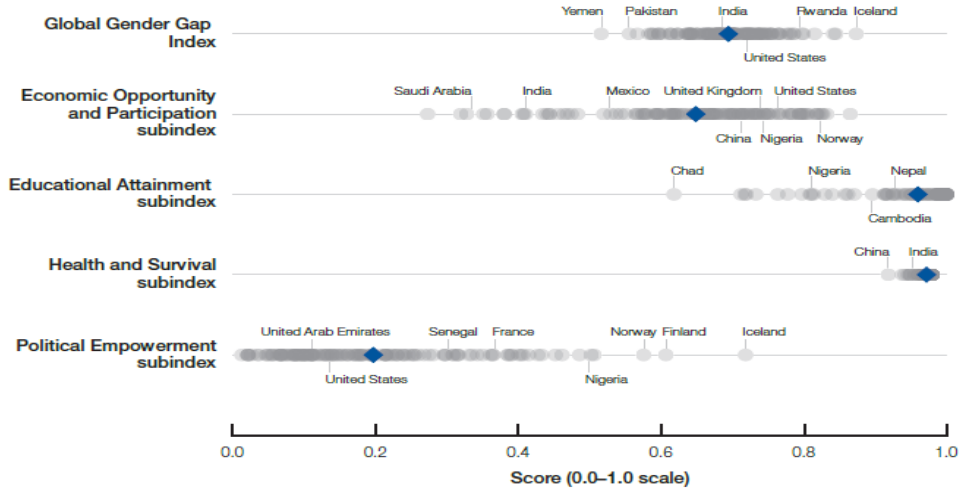
**Eğitimsel Kazanımlar alt indeksinde;** 2016'da 24 ülke, Eğitimsel kazanımlar alt indeksindeki boşluğu kapattı, geçen yıla göre bir ülke daha düşüktür olan Eğitimsel Durum İndeksinde bu boşluğu tamamen kapattı. Gine, Benin ve Çad, bu altındakilerin son üç noktasını ellerinde tutuyorlar; Çad, eğitimde cinsiyet farkının% 70'inden daha azını kapatmıştı.

Toplamda, kadınların halen erkeklerin sahip oldukları eğitim çıktılarının% 90'dan azına sahip oldukları 17 ülke var - bu hala 22 ülke için geçerli olan geçen yıla kıyasla belirgin bir iyileşme. 34 altın ülke, bu alt indeks üzerinde dünya ortalamasının (0.955, nüfusa göre ağırlıklı) puanlara sahiptir. Endeks, eğitim çıktılarındaki cinsiyet farkını ölçmek için dört temel göstere dikkate alırken, Raporun Ülke Profili, kadınlar ve erkekler arasındaki ek boşluklar hakkında bilgi verir - okul dışı ilk ve ortaokul çağındaki çocuklar, eğitim başarı oranları, ileri derece, STEM eğitim ve beceri çeşitliliği.

**Sağlık ve Hayatta Kalma alt indeksinde;** 38 ülkede (geçen yıla göre iki daha az) sağlık ve hayatta kalma alt indeksinde cinsiyetler arası boşluğu tamamen kapattı. Hindistan, Ermenistan ve Çin en düşük sıralamaya sahip ülkelerdir ve şu anda hiçbir ülke bu alt indekste %90'dan büyük bir boşluğu bulunmamaktadır. Bu alt indekste sadece yedi ülke dünya ortalamasının (0.957, nüfus ağırlıklı) altındadır. Index, cinsiyetler arasındaki boşlukların iki temel önlemini hesaba katarken, bu yılın Ülke Profilleri, kardiyovasküler hastalık, kanser, diyabet, solunum yolu hastalığı, HIV / AIDS, intihar ve malnütrisyon ile ilgili kadın ve erkek sağlık sonuçlarının arasındaki farklılıkları ortaya koyan ilave bağlamsal veriler sunuyor. Ayrıca, Ülke Profilleri, anne sağlığı ve aile içi şiddet hakkında ayrıntılı bilgi içermektedir.

**Siyasi Güçlendirme alt indeksinde;** sadece İzlanda cinsiyet farkının % 70'inden fazlasını kapattı ve sadece Finlandiya cinsiyet ayrımının % 60'ından fazlasını kapadı; Tüm dünya bölgelerinden 39 ülke, boşluğun % 10'dan azını kapattı (geçen yıla göre değişmedi). Umman, Lübnan ve Katar bu alt indekste siyasi toplumsal cinsiyet farkının % 3'ünden daha azını kapatarak en düşük sıralamaya sahipler. Nüfusa göre ağırlıklandırılmış 100 ülke, bu yıl dünya alt indeksinin (0.233) altına yerleşti. Ülke Profilleri, endekste yer alan göstergelere ek olarak, kadınların seçim oyununun kurulmasından bu yana geçen yıl sayısı, kadın hükümet başkanları ve gönüllü siyasi parti kontratlarının varlığı gibi kadınların siyasi katılımı hakkında ayrıntılı bilgi sunmaktadır. Bahamalar, Barbados, Finlandiya, Fransa, Jamaika, Letonya, Lesoto, Nikaragua ve Filipinler, dokuz ülke Sağlık ve Hayatta Kalma ve Eğitsel Erişim alt indekslerinde bu boşluğu tamamen kapatırken, henüz hiçbir ülke Ekonomik Katılım ve Fırsat'ı kapatmamıştır veya Siyasal Güçlendirme alt indeks boşlukları.

Figure 2: Range of scores, Global Gender Gap Index and subindexes, 2016



Source: Global Gender Gap Index 2016.  
Note: Blue diamonds correspond to subindex averages.

Şekil 2, dört alt indeks için ülke skorlarının aralığını göstermektedir. Her alt indeks için nüfus ağırlıklı ortalama, mavi elmaslarla vurgulanır. Eğitimsel Hedef alt indeks, birkaç yıldır durgunlaşan Sağlık ve Hayatta Kalma alt indeksinin evrensel cinsiyet eşitliğine en yakın altınüm sayısı olması için ilerlemektedir. Nitekim, bu yıl itibarıyla, Raporun ilk baskısından bu yana sürekli olarak yer alan 107 ülke için bunu yapmış durumda. Bununla birlikte, Sağlık ve Hayatta Kalma, en düşük puan dağılımına sahip alt indeks olup, çoğu ülke, eşitliğin yakınında oldukça yüksek bir başarı puanı etrafında toplanmışken, sorunlar "kayıp kadınlar" nedeniyle doğum oranlarının çarpıtılmış bazı büyük nüfus ülkelerinde kalmaktadır "Ve sağlık hizmetlerine erişimde cinsiyete özgü boşluklar. Buna karşın, çok sayıda ülkede kaydedilen son gelişmelere rağmen, Eğitimsel Hedef alt indeksindeki küresel sonuçlar daha eşitsiz ve skorların yaygınlaşması ile devam etmektedir. Puanlardaki en geniş aralık Politika Güçlendirme altındadır ve onu Ekonomik Katılım ve Fırsat takip eder.



Table 4: Rankings by subindex, 2016 (cont'd.)

HEALTH AND SURVIVAL						POLITICAL EMPOWERMENT					
Country	Rank	Score	Country	Rank	Score	Country	Rank	Score	Country	Rank	Score
Angola	1	0.980	Italy	72	0.974	Iceland	1	0.719	United States	73	0.162
Argentina	1	0.980	Switzerland	72	0.974	Finland	2	0.607	China	74	0.162
Austria	1	0.980	Malawi	75	0.973	Norway	3	0.576	Honduras	75	0.160
Bahamas	1	0.980	Slovak Republic	76	0.973	Nicaragua	4	0.506	Croatia	76	0.154
Barbados	1	0.980	Slovenia	76	0.973	Ireland	5	0.502	Kazakhstan	77	0.153
Belize	1	0.980	Serbia	76	0.973	Sweden	6	0.486	Barbados	78	0.150
Bolivia	1	0.980	Bosnia and Herzegovina*	76	0.973	Bangladesh	7	0.462	Lao PDR	79	0.146
Brazil	1	0.980	Portugal	76	0.973	Rwanda	8	0.452	Belarus	80	0.146
Cambodia	1	0.980	Kyrgyz Republic	76	0.973	India	9	0.433	Madagascar	81	0.142
Cape Verde	1	0.980	Korea, Rep.	76	0.973	Germany	10	0.428	Malta	82	0.140
Ecuador	1	0.980	Kenya	83	0.973	Bolivia	11	0.415	United Arab Emirates	83	0.139
El Salvador	1	0.980	Gambia, The	83	0.973	Cuba	12	0.407	Vietnam	84	0.138
Estonia	1	0.980	Botswana	85	0.973	South Africa	13	0.404	Czech Republic	85	0.134
Finland	1	0.980	Ghana	85	0.973	Netherlands	14	0.401	Brazil	86	0.132
France	1	0.980	Mauritania	85	0.973	Switzerland	15	0.391	Kyrgyz Republic	87	0.132
Guatemala	1	0.980	Madagascar	88	0.973	New Zealand	16	0.390	Guinea	88	0.130
Jamaica	1	0.980	Rwanda	89	0.972	Philippines	17	0.386	Venezuela	89	0.127
Kazakhstan	1	0.980	Lao PDR	90	0.972	Slovenia	18	0.385	Pakistan	90	0.127
Latvia	1	0.980	Spain	91	0.972	France	19	0.365	Suriname	91	0.120
Lesotho	1	0.980	Nepal	92	0.972	Costa Rica	20	0.365	Korea, Rep.	92	0.120
Mauritius	1	0.980	Bangladesh	93	0.971	Mozambique	21	0.361	Montenegro	93	0.114
Mexico	1	0.980	Morocco	93	0.971	Argentina	22	0.350	Malawi	94	0.113
Mongolia	1	0.980	Egypt	95	0.971	Cape Verde	23	0.343	Ghana	95	0.112
Namibia	1	0.980	Timor-Leste*	96	0.971	United Kingdom	24	0.335	Guatemala	96	0.112
Nicaragua	1	0.980	Dominican Republic	97	0.971	Italy	25	0.331	Singapore	97	0.111
Panama	1	0.980	Iran, Islamic Rep.	98	0.971	Spain	26	0.316	Morocco	98	0.110
Paraguay	1	0.980	Oman	99	0.971	Senegal	27	0.316	Bahamas	99	0.110
Philippines	1	0.980	Peru	100	0.970	Burundi	28	0.314	Swaziland	100	0.109
South Africa	1	0.980	Syria	101	0.970	Denmark	29	0.309	Greece	101	0.104
Sri Lanka	1	0.980	Lebanon	102	0.970	Estonia	30	0.308	Tajikistan	102	0.104
Suriname	1	0.980	Netherlands	103	0.970	Namibia	31	0.299	Japan	103	0.103
Thailand	1	0.980	Iceland	104	0.970	Ecuador	32	0.297	Uruguay	104	0.101
Trinidad and Tobago	1	0.980	New Zealand	104	0.970	Tanzania	33	0.296	Cyprus	105	0.100
Turkey	1	0.980	Denmark	106	0.970	Mexico	34	0.281	Gambia, The	106	0.098
Uganda	1	0.980	Malta	107	0.970	Belgium	35	0.275	Ukraine	107	0.098
Uruguay	1	0.980	Canada	108	0.969	Portugal	36	0.268	Cambodia	108	0.098
Venezuela	1	0.980	Malaysia	109	0.969	Uganda	37	0.260	Nigeria	109	0.097
Zimbabwe	1	0.980	Tunisia	110	0.969	Latvia	38	0.255	Slovak Republic	110	0.093
Chile	39	0.979	Chad	111	0.968	Chile	39	0.254	Chad	111	0.093
Lithuania	40	0.979	Côte d'Ivoire	112	0.968	Angola	40	0.251	Romania	112	0.090
Czech Republic	40	0.979	Mozambique	113	0.968	Austria	41	0.246	Turkey	113	0.090
Ukraine	40	0.979	Cameroon	114	0.968	Serbia	42	0.242	Georgia	114	0.089
Belarus	40	0.979	Guinea	115	0.967	Lithuania	43	0.239	Egypt	115	0.087
Poland	40	0.979	Burkina Faso	116	0.967	Poland	44	0.238	Mauritius	116	0.087
Colombia	40	0.979	Benin	116	0.967	Ethiopia	45	0.231	Mali	117	0.086
Russian Federation	40	0.979	Liberia	118	0.967	Liberia	46	0.230	Dominican Republic	118	0.085
Moldova	40	0.979	Georgia	119	0.967	Timor-Leste*	47	0.229	Mongolia	119	0.084
Croatia	40	0.979	Macedonia, FYR	119	0.967	Israel	48	0.224	Côte d'Ivoire	120	0.081
Bulgaria	40	0.979	Singapore	121	0.967	Canada	49	0.222	Saudi Arabia	121	0.077
Hungary	40	0.979	Yemen	122	0.967	Trinidad and Tobago	50	0.218	Paraguay	122	0.075
Romania	40	0.979	Senegal	123	0.967	Bulgaria	51	0.215	Jordan	123	0.073
Japan	40	0.979	Pakistan	124	0.967	El Salvador	52	0.214	Azerbaijan	124	0.069
Tanzania	53	0.979	Bhutan	125	0.966	Albania	53	0.214	Armenia	125	0.068
Ireland	54	0.979	Tajikistan	126	0.966	Panama	54	0.214	Botswana	126	0.068
Greece	54	0.979	Algeria	127	0.966	Luxembourg	55	0.212	Burkina Faso	127	0.068
Germany	54	0.979	Saudi Arabia	128	0.966	Algeria	56	0.205	Benin	128	0.067
Ethiopia	57	0.978	Maldives	129	0.966	Sri Lanka	57	0.196	Russian Federation	129	0.066
Indonesia	58	0.976	Brunei Darussalam	130	0.966	Moldova	58	0.196	Syria	130	0.063
Honduras	59	0.976	Jordan	131	0.966	Mauritania	59	0.195	Thailand	131	0.057
Montenegro	60	0.975	United Arab Emirates	132	0.961	Peru	60	0.194	Bhutan	132	0.056
Cuba	61	0.975	Swaziland	132	0.961	Australia	61	0.193	Maldives	133	0.055
United States	62	0.975	Bahrain	132	0.961	Bosnia and Herzegovina*	62	0.191	Malaysia	134	0.051
Costa Rica	62	0.975	Nigeria	135	0.961	Jamaica	63	0.183	Belize	135	0.048
Belgium	64	0.974	Kuwait	136	0.957	Kenya	64	0.182	Iran, Islamic Rep.	136	0.047
United Kingdom	64	0.974	Qatar	136	0.957	Cameroon	65	0.180	Bahrain	137	0.037
Burundi	66	0.974	Azerbaijan	138	0.950	Colombia	66	0.180	Hungary	138	0.035
Israel	67	0.974	Vietnam	138	0.950	Macedonia, FYR	67	0.178	Yemen	139	0.026
Norway	68	0.974	Mali	140	0.949	Nepal	68	0.175	Kuwait	140	0.022
Luxembourg	69	0.974	Albania	141	0.947	Zimbabwe	69	0.175	Brunei Darussalam	141	0.021
Sweden	69	0.974	India	142	0.942	Lesotho	70	0.172	Oman	142	0.021
Cyprus	71	0.974	Armenia	143	0.939	Tunisia	71	0.170	Lebanon	143	0.021
Australia	72	0.974	China	144	0.919	Indonesia	72	0.168	Qatar	144	0.013

\* New countries in 2016

Note: Countries highlighted in blue have reached parity on that subindex.

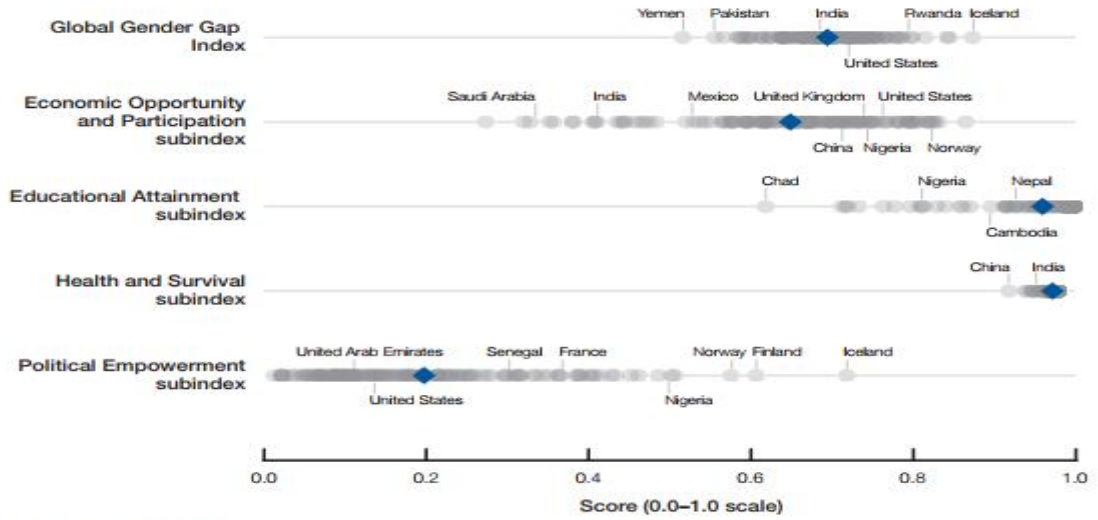
**Table 5: Rankings by region, 2016**

EAST ASIA AND THE PACIFIC			EASTERN EUROPE AND CENTRAL ASIA			LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN			MIDDLE EAST AND NORTH AFRICA		
Country	Overall rank	Overall score	Country	Overall rank	Overall score	Country	Overall rank	Overall score	Country	Overall rank	Overall score
Philippines	7	0.786	Slovenia	8	0.786	Nicaragua	10	0.780	Israel	49	0.719
New Zealand	9	0.781	Latvia	18	0.755	Bolivia	23	0.746	Qatar	119	0.643
Lao PDR	43	0.724	Estonia	22	0.747	Cuba	27	0.740	Algeria	120	0.642
Australia	46	0.721	Lithuania	25	0.744	Barbados	28	0.739	United Arab Emirates	124	0.639
Singapore	55	0.712	Moldova	26	0.741	Costa Rica	32	0.736	Tunisia	126	0.636
Mongolia	58	0.705	Belarus	30	0.737	Argentina	33	0.735	Kuwait	128	0.624
Vietnam	65	0.700	Poland	38	0.727	Bahamas	37	0.729	Mauritania	129	0.624
Thailand	71	0.699	Bulgaria	41	0.726	Colombia	39	0.727	Turkey	130	0.623
Indonesia	88	0.682	Serbia	48	0.720	Ecuador	40	0.726	Bahrain	131	0.615
China	99	0.676	Kazakhstan	51	0.718	Jamaica	42	0.724	Egypt	132	0.614
Brunei Darussalam	103	0.669	Albania	62	0.704	Trinidad and Tobago	44	0.723	Oman	133	0.612
Malaysia	106	0.666	Romania	68	0.700	Panama	47	0.721	Jordan	134	0.603
Japan	111	0.660	Ukraine	69	0.700	El Salvador	64	0.702	Lebanon	135	0.598
Cambodia	112	0.658	Macedonia, FYR	73	0.696	Mexico	66	0.700	Morocco	137	0.597
Korea, Rep.	116	0.649	Russian Federation	75	0.691	Chile	70	0.699	Iran, Islamic Rep.	139	0.587
Timor-Leste*	125	0.637	Romania	76	0.690	Venezuela	74	0.694	Saudi Arabia	141	0.583
			Czech Republic	77	0.690	Honduras	78	0.690	Syria	142	0.567
			Kyrgyz Republic	81	0.687	Brazil	79	0.687	Yemen	144	0.516
			Bosnia and Herzegovina*	83	0.685	Peru	80	0.687			
			Azerbaijan	86	0.684	Uruguay	91	0.681			
			Montenegro	89	0.681	Suriname	95	0.679			
			Georgia	90	0.681	Paraguay	96	0.676			
			Tajikistan	93	0.679	Dominican Republic	97	0.676			
			Slovak Republic	94	0.679	Belize	98	0.676			
			Hungary	101	0.669	Guatemala	105	0.666			
			Armenia	102	0.669						

**Table 5: Rankings by region, 2016 (cont'd.)**

NORTH AMERICA			SOUTH ASIA			SUB-SAHARAN AFRICA			WESTERN EUROPE		
Country	Overall rank	Overall score	Country	Overall rank	Overall score	Country	Overall rank	Overall score	Country	Overall rank	Overall score
Canada	35	0.731	Bangladesh	72	0.698	Rwanda	5	0.800	Iceland	1	0.874
United States	45	0.722	India	87	0.683	Burundi	12	0.768	Finland	2	0.845
			Sri Lanka	100	0.673	Namibia	14	0.765	Norway	3	0.842
			Nepal	110	0.661	South Africa	15	0.764	Sweden	4	0.815
			Maldives	115	0.650	Mozambique	21	0.750	Ireland	6	0.797
			Bhutan	121	0.642	Cape Verde	36	0.729	Switzerland	11	0.776
			Pakistan	143	0.556	Tanzania	53	0.716	Germany	13	0.766
						Botswana	54	0.715	Netherlands	16	0.756
						Zimbabwe	56	0.710	France	17	0.755
						Lesotho	57	0.706	Denmark	19	0.754
						Ghana	59	0.705	United Kingdom	20	0.752
						Madagascar	60	0.704	Belgium	24	0.745
						Uganda	61	0.704	Spain	29	0.738
						Kenya	63	0.702	Portugal	31	0.737
						Malawi	67	0.700	Luxembourg	34	0.734
						Senegal	82	0.685	Italy	50	0.719
						Cameroon	85	0.684	Austria	52	0.716
						Gambia, The	104	0.667	Cyprus	84	0.684
						Swaziland	107	0.665	Greece	92	0.680
						Ethiopia	109	0.662	Malta	108	0.664
						Mauritius	113	0.652			
						Liberia	114	0.652			
						Angola	117	0.643			
						Nigeria	118	0.643			
						Guinea	122	0.640			
						Burkina Faso	123	0.640			
						Benin	127	0.6356			
						Côte d'Ivoire	136	0.5970			
						Mali	138	0.5905			
						Chad	140	0.5867			

Figure 2: Range of scores, Global Gender Gap Index and subindexes, 2016



Source: Global Gender Gap Index 2016.  
Note: Blue diamonds correspond to subindex averages.

Şekil 2, dört alt indeks için ülke skorlarının aralığını göstermektedir. Educational Attainment alt indeksi, Sağlık ve Hayatta Kalma kategorisinin altını çizme eşiğinde, birkaç yıldır durgunluğa erişen, evrensel cinsiyet eşitliğine en yakın altın gösterge olma özelliğini taşıyor. Bununla birlikte, Sağlık ve Hayatta Kalma, en düşük puan dağılımına sahip alt indeks olup, çoğu ülke, eşitliğin yakınında oldukça yüksek bir başarı puanı etrafında toplanmışken, sorunlar öncelikli olarak, "eksik kadın" ve sağlık hizmetlerine erişimde toplumsal cinsiyete özgü boşluklar nedeniyle doğum oranlarının çarpıtılmış bir dizi büyük nüfuslu ülkede kalmaktadır. Buna karşın, çok sayıda ülkede kaydedilen son gelişmelere rağmen, Eğitimsel Hedef alt indeksindeki küresel sonuçlar daha eşitsiz ve skorların yaygınlaşması ile devam etmektedir. Puanlardaki en geniş aralık, Siyasi Güçlendirme alt indeksinde bulunur; bunu Ekonomik Katılım ve Fırsat takip etmektedir.

## 2. YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı Dünya Ekonomik Formu tarafından yapılan coğrafi bölge sınıflandırmasında yer alan ülkeleri *Küresel Cinsiyet Uçurumu*'na göre sınıflandırmaktır.

### 2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

### 2.3. Araştırma Değişkenleri

### 2.4. Verilerin Analizi

## 3. BULGULAR

### Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksi

**Yayımlayan kuruluş:** WEF- World Economic Forum (Dünya Ekonomik Forumu)

**Güncelleme tarihi:** 2016 yılında yayımlanmıştır.

**Tanım:** İlk kez 2006 yılındaki Dünya Ekonomik Forumu'nda ortaya çıkan Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksi, cinsiyete dayalı ayrımların büyüklüğünü ve kapsamını göstermek ve sürecini izlemek için bir çerçevedir.

**Yayımlama sıklığı:** Yıllık olarak yayımlanmaktadır.

**Kapsam:** Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksi, erkekler ve kadınlar arasındaki cinsiyet ayrımını dört temel kategoride (alt endekste) incelemektedir. Bu alt endeksler ekonomik katılım ve fırsat, eğitime katılım, sağlık ve sağ kalım ve politik güçlenme olarak sıralanmaktadır. Toplam 14 gösterge kullanılarak endeks hesaplanmaktadır.

Ekonomik katılım ve fırsat alt endeksinde; kadın işgücüne katılım oranının, erkek işgücüne katılım oranına oranı, benzer işte çalışan kadınlar ve erkekler arasında ücret eşitliği (kadın/erkek değerine dönüştürülen), kadının gelirinin erkeğin gelir değerine oranı, kanun yapıcı ve üst düzey yönetici kadın sayısının erkek sayısına oranı ile mesleki ve teknik çalışan kadın sayısının erkek sayısına oranı göstergeleri yer almaktadır.

Eğitime katılım alt endeksinde; kadın okuryazarlık oranının erkek okuryazarlık oranına oranı, ilköğretimde kadın net okullaşma oranının erkek net okullaşma oranına oranı, ortaöğretimde kadın net okullaşma oranının erkek net okullaşma oranına oranı, yükseköğretimde kadın net okullaşma oranının erkek net okullaşma oranına oranı göstergeleri bulunmaktadır.

Sağlık ve sağ kalım alt endeksinde ise; doğumda cinsiyet oranı (kadın/erkek değerine dönüştürülen) ve kadınlar için sağlıklı beklenen ömür değerinin, erkekler için sağlıklı beklenen ömür değerine oranı göstergeleri yer almaktadır.

Politik güçlenme alt endeksinde de; Parlamentodaki kadın koltuk sayısının erkek koltuk sayısına oranı, Bakanlık düzeyindeki kadın sayısının erkek sayısına oranı, kadınların devlet ya da hükümet başkanı olarak geçirdiği yıl sayısının (son 50 yıl) erkeklerin geçirdiği yıl sayısına oranı göstergeleri kapsamaktadır.

Son çalışmada 144 ülke kapsamıştır.

**Hesaplama yöntemi:** Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksi, oranlara dönüştürme, eşitlik karşılaştırmasında verilerin yuvarlanması, alt endeks değerlerinin hesaplanması ve final değerinin hesaplanması olmak üzere 4 adımlı bir süreç kullanılarak oluşturulmaktadır.

Endeks, cinsiyet uçurumu arttığında 0'a yakın, azaldığında 1'e yakın değer almaktadır.

**Veri kaynağı:** Uluslararası Çalışma Örgütü, WEF Uzman Görüş Anketi, Uluslararası Çalışma Örgütü, LABORSTA Internet online veritabanı, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, İnsani Gelişme Raporu, UNESCO, WHO.

**Veri kaynağı bağlantısı:**

<https://www.weforum.org/reports/the-global-gender-gap-report-2016>

# Hastane Çalışanlarının Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Örgütsel Özdeşleşmeye Etkisi

Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN<sup>1</sup>  
Dr. Nurcan COŞKUN US<sup>2</sup>  
Arş. Gör. Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI<sup>3</sup>

## ÖZET

**Çalışmanın Problemi:** Psikolojik dayanıklılık önemli stres kaynaklarına karşı, bireylerin uyum sağlama süreci olarak görülmektedir. Örgütsel özdeşleşme, bireylerin, örgütleri ile bütünleşme derecesi olarak ifade edilmektedir. Emek yoğun sektör olan sağlık sektöründe faaliyet gösteren hastanelerde, çalışanların psikolojik olarak dayanıklı ve örgütle özdeşleşmiş olmaları hastanelerin amaçlarına etkin ve verimli ulaşmaları için son derece önemlidir.

**Çalışmanın Amacı:** Hastane çalışanlarının psikolojik dayanıklılık düzeylerinin örgütsel özdeşleşme düzeylerine etkisini incelemektir.

**Yöntem:** Çalışma, 2 ilçe kamu hastanesinde Temmuz 2017-Ağustos 2017 tarihleri arasında etik kurul izni alınarak yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini 2 hastanenin tüm çalışanları (n=182) oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem hesaplanmamış olup, evrenin tamamının çalışmaya dahil edilmesi hedeflenmiş ve 182 çalışandan 102'sine (%56,04) ulaşılmıştır. Çalışma verilerinin toplanmasında anket formu kullanılmıştır. Anket formu demografik bilgiler, psikolojik dayanıklılık ve örgütsel özdeşleşme ölçeği olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Ankette Işık (2016) tarafından geliştirilen Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Mael ve Ashforth (1992) tarafından geliştirilen örgütsel özdeşleşme ölçeği kullanılmıştır. Çalışmanın geçerliliği yapılmıştır.

**Bulgular ve Sonuç:** Çalışmaya katılanların %57,8 (n=59)'i sağlık ve yardımcı sağlık hizmetleri personeli, %64,7 (n=66)'si kurumunu seviyor, %50 (n=51)'si kurumuyla özdeşleştiğini düşünmekte, %61,8 (n=63)'i kurumda uzun süredir çalışanlardan oluşmaktadır. Katılımcıların psikolojik dayanıklılık alt boyutları meydan okuma, kendini adama ve kontrolün, örgütsel özdeşleşmeyi pozitif yönde etkilediği sonucu bulunmuştur. Hastane yönetimi, çalışanlarının psikolojik dayanıklılık derecesini artıracak çalışmalar yapabilir, ayrıca çalışanlarının örgütle özdeşleşmesini sağlayacak girişimleri artırabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Psikolojik Dayanıklılık, Örgütsel Özdeşleşme, Hastane

**Sunum Dili:** Türkçe

<sup>1</sup> Ondokuz Mayıs University/ Health Management/Turkey/ elifdikmetas@hotmail.com

<sup>2</sup> PhD Health Management, Suleyman Demirel University/ nurcan\_coskun@yahoo.com

<sup>3</sup> Ondokuz Mayıs University/ Health Management/Turkey/bolukbasibetul@gmail.com



# The Impact Of The Psychological Resilience Levels Of Hospital Employees On Organizational Identification

Assoc. Prof. Elif DİKMETAŞ YARDAN

1

Dr. Nurcan COŞKUN US<sup>2</sup>

Res. Assist. Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI<sup>3</sup>

## ABSTRACT

**Problem of the study:** Psychological resilience is seen as an adaptation process for individuals against significant stress sources. Organizational identification is expressed as the degree of integration of individuals with their organizations. In hospitals operating in the health sector, which is a labor-intensive sector, it is extremely important for the employees to be psychologically resistant and identified with the organization in order to reach the goals of the hospitals effectively and efficiently.

**Purpose of the study:** It is to examine the impact of the psychological resilience level of hospital employees on the level of organizational identification.

**Method:** The study was carried out in 2 county public hospital with the approval of the ethics committee between July 2017 and August 2017. The sample is not selected in the study. Instead, the researchers aimed to reach all of the 182 employees in the study and 102 (%51) of total 200 employees were reached. Questionnaire method is used for collecting data. The questionnaire is consist of demographic information, psychological resilience and organizational identification scale. Psychological resilience scale developed by Işık (2016) and organizational identity scale developed by Mael and Ashforth (1992) were used in the questionnaire. The study was validated.

**Findings and Conclusion:** According to results, 57,8% of the participants are health and assistant health services staff, 64,7% likes their institution, 50% think that they identify with the institution, 61,8% are long-term employees in the institution in this study. Psychological endurance sub-dimensions of participants which are challenge, dedication and control. The result is that they influence the organizational identification in the positive direction. Hospital management should conduct studies that will increase the degree of psychological endurance of employees and it should increase initiatives to ensure that employees are identified with the organization.

**Key Words:** Psychological Resilience, Organizational Identification, Hospital.

**Presentation Language:** Turkish

---

<sup>1</sup> Ondokuz Mayıs University/ Health Management/Turkey/ elifdikmetas@hotmail.com

<sup>2</sup> PhD Health Management, Suleyman Demirel University/ Turkey/ nurcan\_coskun@yahoo.com

<sup>3</sup> Ondokuz Mayıs University/ Health Management/Turkey/ bolukbasibetul@gmail.com

## 1. GİRİŞ

İçinde yaşanan yüzyılda değişen çevresel koşullar ve artan rekabet ile birlikte çalışanlar kurumlar için önemli bir üretim faktörüdür. Bu noktada insan kaynağını oluşturan örgüt çalışanlarının psikolojileri, örgüt içerisinde sergiledikleri tutum ve davranışları örgütsel başarı kapsamında incelenmeye başlanmıştır. Kendilerini örgütlerinin bir parçası olarak gören, örgütleri ile özdeşleşmiş ve psikolojik olarak dayanıklı çalışanların, örgütlerin amaçlarına ulaşmasında etkili olduğu düşünülmektedir (Bitmiş ve ark., 2013).

Psikolojik dayanıklılık kavramı ulusal literatürde, yılmazlık, psikolojik sağlamlık, kendini toplama gücü olarak da ifade edilmektedir (Basım ve Çetin, 2011a). Psikolojik dayanıklılık, terslik, belirsizlik, çatışma, başarısızlık hatta olumlu değişimler, süreçler ve sorumluluk artışı gibi durumlarda bireyin kendisini toplama yeteneği ve pozitif psikolojik kapasite olarak da tanımlanmaktadır (Luthans, 2002). Örgütlerde, çalışanların psikolojik dayanıklılık düzeyleri son derece önemlidir. Dayanıklı çalışanlar psikolojik kaynaklarını etkili kullanarak proaktif olarak zorluklar karşısında hazır olma ve stresin etkilerini azaltma eğilimindedir (Fredrickson ve ark., 2008). Psikolojik olarak dayanıklı çalışanların belirli bir amaca ulaşmada alternatif yolların araştırılması, çaba harcanması ve sürdürülmesinde daha kararlı oldukları söylenebilir (Basım ve Çetin, 2011b). Ayrıca yüksek psikolojik dayanıklılığa sahip çalışanlar düşük olanlara göre değişime karşı daha isteklidir (Shin ve ark., 2012). Psikolojik dayanıklılık kapasitesi çalışanların verimliliğini ve performans gelişimini etkilemektedir (Luthans, 2002). Psikolojik olarak dayanıklı çalışanlar başarı ya da başarısızlığı nedenlerle açıklar, stres kaynakları karşısında etkili başa çıkma yöntemlerini kullanır ve başarılarını artırırlar (Taş, 2013). Örgütlerde strese katlanabilme becerisinin açıklanmasında daha zor iş gereklerini yönetecek personel seçimlerinde psikolojik dayanıklılık bir faktör olarak kullanılabilir (Basım ve Çetin, 2011a).

Örgütsel performansı ve rekabet gücünü en yüksek düzeye çıkarmaya çalışan çağdaş yöneticiler, iş performansını artırmak için alternatif yaklaşımlara odaklanmaktadır. İnsan merkezli yaklaşım son yılların en popüler örneklerinden biridir. Çalışanlar kendilerini örgütün bir parçası gibi hissettiklerinde ve kendilerini örgütleriyle tanımladıklarında, iş yaşamında daha başarılı olacaklarına inanılmaktadır (Türen ve ark., 2017). Bu noktada bir örgütte bireyin kendi kimliği ile örgütün kimliğini karşılaştırması sonucunda örgütsel özdeşleşme kavramı ortaya çıkmaktadır (Sezici, 2015:175). Örgütsel özdeşleşme, bireyin amaçlarının örgütün amaçları ile giderek daha çok bütünleşme süreci (Ashforth ve Mael, 1989) olarak tanımlanmaktadır ve bireylerin tutum ve davranışları ile örgüte destek olmasını içerir (Miller ve ark., 2000). Örgütsel özdeşleşme, çalışanlar ve örgütler arasında paylaşılan bilişsel bir kimliktir ve dolayısıyla örgütsel özdeşleşme çalışanların faaliyetlerini örgüt yararına desteklemektedir (Fuller ve ark., 2006). Bireyler kendilerini örgütleriyle ne derece tanımlarsa özdeşleşmeleri de o derecede güçlüdür (Tüzün ve Çağlar, 2008). Örgütsel özdeşleşme düzeyi yüksek olan çalışanlar kendi amaçları ile örgüt amaçlarını birleştirdiklerinde işe bağlılık, daha fazla çaba gösterme, yüksek performans gibi arzu edilen tutum ve davranışlar sergilemektedir (Riketta, 2005). Özdeşleşmiş çalışanlar örgütün başarı ya da başarısızlığını kendi başarısı ya da başarısızlığı olarak algılamaktadır (Ravishankar ve Pan, 2008). Örgütlerde çalışanların özdeşleşme düzeyi kritik bir noktadır. Emek yoğun sektör olan sağlık sektöründe faaliyet gösteren hastanelerde, çalışanların psikolojik olarak dayanıklı ve örgütle özdeşleşmiş olmaları hastanelerin amaçlarına etkin ve verimli şekilde ulaşmaları için son derece önemlidir.

## 2. GEREÇ Ve YÖNTEM

Çalışmanın amacı, hastane çalışanlarının psikolojik dayanıklılık düzeylerinin örgütsel özdeşleşme düzeylerine etkisini incelemektir.

Bu çalışma, Temmuz – Ağustos 2017 tarihleri arasında, 2 ilçe devlet hastanesinde yapılmıştır. Çalışmanın evrenini iki ilçe kamu hastanesinde çalışan tüm personel (n= 182)

oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem hesaplanmamış olup, 182 çalışanın tamamının çalışmaya dahil edilmesi hedeflenmiştir. Çalışmaya n= 102 (%56,04) kişi katılmıştır. Değerlendirmeye alınan anket sayısı 102 (%56,04)'dir. Çalışma verilerinin toplanmasında anket formu kullanılmıştır. Anket demografik bilgiler, psikolojik dayanıklılık ve örgütsel özdeşleşme ölçeği olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Ankette 1-21 ifadeler psikolojik dayanıklılığı ölçmektedir. Psikolojik dayanıklılığı ölçmek amacıyla Şerife Işık'ın 2016 yılında "Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması"nda geliştirmiş olduğu 3 boyutlu 21 ifadeden oluşan ölçek kullanılmıştır. Alt boyutlar; Meydan okuma; 7, 8, 9, 13, 14, 16, 17 nolu ifadelerdir. Kendini adama; 1, 2, 3, 5, 6, 18, 21 nolu ifadelerdir. Kontrol; 4, 10, 11, 12, 15, 19, 20 nolu ifadelerdir. Ölçeğin 2. ve 15. maddeleri ters yönde puanlanmaktadır. Ankette 22-27 ifadeler örgütsel özdeşleşmeyi ölçmeyi amaçlamaktadır. Örgütsel özdeşleşmeyi ölçmek amacıyla Mael ve Ashforth'un (1992) geliştirmiş olduğu tek boyutlu 6 ifadeden oluşan ölçekten faydalanılmıştır. Bu ölçek ayrıca, Ufuk Başar'ın 2011 yılında Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü'nde yapmış olduğu "Örgütsel Adalet Algısı, Örgütsel Özdeşleşme ve İş Tatmini Arasındaki İlişkilere Yönelik Görgül Bir Araştırma" adlı yüksek lisans tezinde kullanılmıştır. Psikolojik dayanıklılık ve örgütsel özdeşleşme ölçeğinin tamamı için Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.81 iken, psikolojik dayanıklılığın her bir alt boyutu için Cronbach alpha güvenirlik katsayıları 0.71 ile 0.79 arasında ve örgütsel özdeşleşme için Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0,79 bulunmuştur. Çalışmada, çalışanların ifadelere vermiş olduğu skorlar 5'li likert yöntemi ("1", "hiçbir zaman katılmıyorum" - "5", "her zaman katılıyorum") ile değerlendirilmiştir. Anketlerden elde edilen verilerin analizi ve hipotezlerin test edilmesinde SPSS for Windows programı kullanılmıştır.

### 3. BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışmada, hastane çalışanlarının psikolojik dayanıklılık düzeylerinin örgütsel özdeşleşmeye etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya katılanların %52,9 (n:54 )'u erkek, %71,6 (n:73)'sı evli, %52 (n=53)'si 35 yaş ve üstü, %57,8 (n=59)'i sağlık personeli, %42,1 (n:42)'i idari personelden oluşmaktadır.

Çalışmaya katılanların %64,7 (n=66)'si kurumunu seviyor, %50 (n=51)'si kurumuyla özdeşleştiğini düşünmekte, %61,8 (n=63)'i kurumda uzun süredir çalışmak isteyenlerden oluşmaktadır.

Çalışanların psikolojik dayanıklılık alt boyutlarına verdikleri cevapların ortalama ve standart sapmaları; meydan okuma;  $x: 3,92$  ss: 0,74, kendini adama;  $x:3,81$  ss: 0,66, kontrol;  $x:3,82$  ss:0,58 olarak bulunmuştur. Örgütsel özdeşleşme ölçeğine verdikleri cevapların ortalama ve standart sapması  $x:3,52$  ss:1,07 olarak bulunmuştur.

Bitmiş ve arkadaşları (2013) tarafından kamu çalışanları üzerinde gerçekleştirilen çalışmada psikolojik dayanıklılık ortalaması 4,15 bulunmuştur.

Katılımcıların örgütsel özdeşleşme ortalaması 3,52 olup, Şantaş ve arkadaşları (2016) tarafından sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirilen çalışmada elde edilen sonuçtan (2,99) yüksektir. Çalışmadan elde edilen örgütsel özdeşleşme ortalaması, Fettahlıoğlu ve Koca (2015) tarafından üniversite personeli üzerinde gerçekleştirilen çalışmada elde edilen sonuçtan (4,27) ve Sökmen ve Bıyık (2016) tarafından bilişim uzmanlarına yönelik olarak gerçekleştirilen çalışmada elde edilen sonuçtan (3,86) düşüktür.

Tablo 1'de çalışanların cinsiyet, yaş, medeni durum ve görevlerine göre psikolojik dayanıklılık ve örgütsel özdeşleşme hakkındaki algılamalarına yer verilmiştir.

### Tablo 1. Çalışanların Cinsiyet, Yaş, Görevlerine Göre Psikolojik Dayanıklılık ve Örgütsel Özdeşleşme Hakkındaki Algılamaları

Bağımsız Değişkenler		Cinsiyet	n	ort.	s.s.	p	Yaş (Yıl)	n	ort.	s.s.	p
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	Meydan Okuma Boyutu	Kadın	48	3,78	0,80	0,064	<35	47	3,90	0,80	0,799
		Erkek	54	4,05	0,68		≥35	53	3,94	0,71	
	Kendini Adama Boyutu	Kadın	48	3,68	0,68	0,059	<35	47	3,74	0,67	0,332
		Erkek	54	3,93	0,63		≥35	53	3,87	0,66	
	Kontrol Boyutu	Kadın	48	3,38	0,57	<b>0,019</b>	<35	47	3,50	0,56	0,889
		Erkek	54	3,64	0,56		≥35	53	3,51	0,60	
Örgütsel Özdeşleşme Ölçeği		Kadın	48	3,55	1,09	<b>0,035</b>	<35	47	3,60	1,07	0,131
		Erkek	54	4,00	1,02		≥35	53	3,93	1,06	
Bağımsız Değişkenler		Görevi	n	ort.	s.s.	p	Medeni Durum	n	ort.	s.s.	p
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	Meydan Okuma Boyutu	Sağlık Personeli	59	3,84	0,72	0,195	Bekar	29	3,88	0,79	0,718
		İdari Personel	42	4,04	0,78		Evli	73	3,94	0,72	
	Kendini Adama Boyutu	Sağlık Personeli	59	3,70	0,69	0,062	Bekar	29	3,65	0,68	0,123
		İdari Personel	42	3,95	0,59		Evli	73	3,87	0,64	
	Kontrol Boyutu	Sağlık Personeli	59	3,46	0,56	0,323	Bekar	29	3,43	0,57	0,364
		İdari Personel	42	3,58	0,59		Evli	73	3,54	0,57	
Örgütsel Özdeşleşme Ölçeği		Sağlık Personeli	59	3,43	1,10	<b>0,000</b>	Bekar	29	3,50	1,12	0,090
		İdari Personel	42	4,27	0,80		Evli	73	3,90	1,02	

Çalışanların psikolojik dayanıklılık ve örgütsel özdeşleşme hakkındaki düşünceleri arasında yaşa göre anlamlı farklılık bulunmazken, cinsiyete göre kontrol boyutunda (t: 2,393; p:0,019) ve örgütsel özdeşleşme ölçeğinde (t:2,133; p:0,035) anlamlı farklılık bulunmuştur. Çalışanların görevine göre sadece örgütsel özdeşleşme ölçeğinde anlamlı farklılık (t:4,406; p:0,000) bulunmuştur. Çalışanların medeni durumuna göre psikolojik dayanıklılık ve örgütsel özdeşleşme hakkındaki düşünceleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

**Tablo 2. Psikolojik Dayanıklılık ve Örgütsel Özdeşleşme Boyutları Arasında Korelasyon Analizi**

			Bağımsız Değişken		
			Meydan Okuma	Kendini Adama	Kontrol
Bağımlı Değişken	Örgütsel Özdeşleşme Ölçeği	Pearson Correlation	0,550	0,653	0,426
		Sig. (2-tailed)	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
		N	102	102	102

\* Korelasyon Analizi

Tablo 2'e göre, psikolojik dayanıklılık alt boyutları ile örgütsel özdeşleşme arasında ilişki vardır.

**Tablo 3. Çoklu Regresyon Analizi ve Sonuçları**

R <sup>2</sup> :0,457 F:27,521 P:0,000	Standardize Edilmemiş Beta	Standart Hata	Standardize Edilmiş Beta	t	p
Sabit	-,802	0,555		-1,447	0,151
Meydan Okuma	0,274	0,149	0,191	-1,846	0,068
Kendini Adama	0,798	0,163	0,492	-4,885	0,000
Kontrol	0,134	0,169	0,073	-0,795	0,429

\* Çoklu Regresyon Analizi p<0,05

Psikolojik dayanıklılık, örgütsel özdeşleşmedeki değişimin %45,7'sini açıklamaktadır (R<sup>2</sup>:0,457). Regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000).

Katılımcıların psikolojik dayanıklılık alt boyutları meydan okuma ( $\beta=0,27$ ), kendini adama ( $\beta=0,79$ ) ve kontrol ( $\beta=0,13$ )'ün, örgütsel özdeşleşmeyi pozitif yönde etkilediği sonucu bulunmuştur.

Bitmiş ve arkadaşları (2016) tarafından gerçekleştirilen çalışmada psikolojik dayanıklılığın örgütsel özdeşleşmeyi pozitif yönde ( $\beta=0,19$ , p<0.01) etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

#### 4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada, sağlık kurum çalışanlarının psikolojik dayanıklılığının örgütsel özdeşleşmeye etkisi incelenmiştir. Çalışmada psikolojik dayanıklılığın örgütsel özdeşleşmeyi pozitif yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışanların psikolojik dayanıklılık düzeyleri yükseldikçe çalışan stresi azalacaktır. Bu sayede çalışanlar amaçlarına daha etkili şekilde ulaşabileceklerdir. Amaçlarına ulaşan çalışanların tatmin düzeyleri, örgütsel bağlılıkları ve örgütsel özdeşleşme düzeylerinde artış olacaktır. Özdeşleşmiş çalışanlar örgütsel başarıyı kendi başarıları gibi algılayacak ve örgütsel başarıyı artırmak için çaba sarf edeceklerdir. Emek yoğun sektör olan sağlık sektöründe faaliyet gösteren hastanelerde, çalışanların psikolojik olarak dayanıklı ve

örgütle özdeşleşmiş olmaları hastanelerin amaçlarına etkin ve verimli ulaşmaları için son derece önemlidir. Çalışanların psikolojik dayanıklılık düzeyleri hastane yönetimlerinin çalışanlara verdiği değer, çalışan sorunlarını dinleme, çalışanları güçlendirme, çalışanların karşılaştıkları problemler karşısında çalışanlara destek olma ve eğitim programları ile artırılabilir. Hastane yönetimleri hastane çalışanlarının psikolojik dayanıklılığını artıracak ve örgütle özdeşleşmesini sağlayacak sosyal aktiviteler düzenleyebilir.

### Kaynaklar

- Ashforth, B. E., Mael, F. A. (1989). Social identity theory and the organization. *Academy of Management Review*, 14, 20--39.
- Basım, H. N., Çetin F. (2011a). Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği' nin Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22.
- Basım, H. N., Çetin F. (2011b). Psikolojik Dayanıklılığın İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılık Tutumlarındaki Rolü. "İş, Güç" *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 13(3), 79-94.
- Bitmiş, M. G., Sökmen, A., Turgut, H. (2014). Psikolojik Dayanıklılığın Tükenmişlik Üzerine Etkisi: Örgütsel Özdeşleşmenin Aracılık Rolü. *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15(2), 27-40.
- Fettahlıoğlu, Ö. O., Koca, N. (2015). Örgütsel Özdeşleşme Ve Örgütsel Vatandaşlık İlişkisinde Örgütsel Desteğin Düzenleyici Etkisi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(4), 218-234.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., Finkel, S. M. (2008). Open Hearts Build Lives: Positive Emotions, Induced Through Loving-Kindness Meditation, Build Consequential Personal Resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1045-1062.
- Fuller, B. J., Marler, L., Hester, K., Frey, L., & Relyea, C. (2006). Construed external image and organizational identification: A test of the moderating influence of need for self-esteem. *Journal of Social Psychology*, 146(6), 701-716.
- Işık, Ş. (2016). Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği'nin Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 4(2), 165-182.
- Luthans, F. (2002). Positive organizational behavior: Developing and managing psychological strengths. *The Academy of Management Executive*, 16(1), 57-72.
- Mael, A., Ashforth, B. E. (1992). Alumni and their alma mater: A partial test of the reformulated model of organizational identification. *Journal of Organizational Behavior*, 13, 103-123
- Miller, V. D., Allen, M., Casey, M. K., & Johnson, J. R. (2000). Reconsidering the organizational identification questionnaire. *Management Communication Quarterly*, 13(4), 626-658.
- Ravishankar, M. N., Pan, S. L. (2008). The influence of organizational identification on organizational knowledge management (KM). *Omega*, 36(2), 221-234.
- Ricketta, M. (2005). Organizational identification: A meta analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 66, 358-384.
- Sezici, E. (2015). Örgütsel Özdeşleşme. N. Derya Ergün Özler (Ed). Örgütsel Davranışta Güncel Konular. İçinde. 3. Baskı. Ekin Yayınevi. İstanbul. 167-190
- Shin, J., Taylor, M. S., Seo, M. (2012). Resources for change: The relationships of organizational inducements and psychological resilience to employees' attitudes and behaviors toward organizational change. *Academy of Management Journal*, 55(3), 727-748.
- Sökmen, A., Bıyık, Y.(2016). Örgütsel Bağlılık, Örgütsel Özdeşleşme, Kişi-Örgüt Uyumu ve İş Tatmini İlişkisi: Bilişim Uzmanlarına Yönelik Bir Araştırma. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 9(2), 221-227.
- Taş, S. (2013). Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemşirelerinde Psikolojik Dayanıklılık, Depresyon ve Algılanan Stresin Değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Düzce.

- Şantaş, F., Uğurluoğlu, Ö., Kandemir, A., Çelik, Y. (2016). *Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Sinizm, İş Performansı ve Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 18 (3), 867-886.
- Türen, U., Erdem, H., Çamoğlu A. (2017). The effects of perceived quality of organizationally provided meal service on employees' job performance and mediating role of organizational identification. *Journal of Workplace Behavioral Health*. 32 (1), 49-71.
- Tüzün, İ. K., Çağlar, İ. (2008). Örgütsel Özdeşleşme Kavramı ve İletişim Etkinliği İlişkisi. *Journal of Yaşar University*, 3(9), 1011-1027.

# Hemşirelerin Rol Çatışmasının ve Rol Belirsizliğinin İş Yüküne Etkisi

Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT<sup>1</sup>

Arş. Gör. Mustafa AMARAT<sup>2</sup>

Feyza BOZ<sup>3</sup>

## Özet

**Çalışmanın Problemi:** Karmaşık örgüt yapılarına sahip olan hastanelerde çalışan personelin hem birden fazla rol ve pozisyonda görev alması hem de birden fazla yöneticiye bağlı olarak çalışması sık karşılaşılan durumlardandır. Bu durumlarda hekim ve fonksiyonel yöneticiye bağlı çalışan hemşirelerin rol belirsizliği ve rol çatışması yaşaması ve buna bağlı olarak iş yükü algısının artması beklenmektedir. **Çalışmanın Amacı:** Bu araştırmanın amacı, hemşirelerin rol belirsizliği, rol çatışması ve iş yükü düzeyleri arasındaki ilişkiyi saptamak ve rol belirsizliği ve rol çatışmasının iş yüküne etkisini ortaya koymaktır. **Metod:** Çalışmanın evrenini, Sakarya ilinde faaliyette bulunan bir kamu hastanesinde görev yapan hemşireler oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçilmeden görevli 260 hemşireye ulaşılması hedeflenmiş olup; bu hemşirelerden 179'una (%68,8) ulaşılabilmektedir. Rol çatışması ve rol belirsizliği için Rizzo ve arkadaşları (1970); iş yükü için Beehr arkadaşları (1976) tarafından geliştirilen ölçekler kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon ve regresyon analizlerinden yararlanılmıştır. **Bulgular ve Sonuç:** Analiz sonucuna göre, rol belirsizliği ile rol çatışması ( $r=0,272$ ) ve rol çatışması ile iş yükü arasında ( $r=0,276$ ) orta düzeye yakın ve rol belirsizliği ile iş yükü arasında ( $r=0,616$ ) güçlü bir ilişki vardır. Çalışmada rol çatışması ve rol belirsizliğinin iş yükü üzerindeki etkisini yordamak amacıyla geliştirilen regresyon modeli anlamlıdır ( $F=56,622$ ;  $p=0,000$ ). Regresyon analizi sonuçlarına göre, rol belirsizliğinin iş yükü üzerinde anlamlı etkisi bulunmamasına karşılık ( $t=1,912$ ;  $p=0,058$ ); rol çatışmasının iş yükü üzerinde anlamlı etkisi bulunmaktadır ( $t=9,554$ ;  $p=0,000$ ). Modelde beta katsayısı ( $0,584$ ) pozitif yönlü olup; çatışmanın iş yükünü artırdığını göstermektedir. Modelin ilişki katsayısı  $0,626$  olup açıklanan varyansı %39,2'dir. Sonuç olarak, hemşirelerin rol belirsizliği, rol çatışması ve iş yükleri arasında anlamlı ilişki vardır. Rol çatışması iş yükü algılarını artırmaktadır. Dolayısıyla, hemşirelerin iş yükü algısını azaltmak için görev sınırlarının net bir şekilde ortaya konulması ve rol çatışmasına sebep olabilecek faktörlerin ortadan kaldırılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire, Rol Çatışması, Rol Belirsizliği, İş Yükü

Sunum Dili: Türkçe

<sup>1</sup> Sakarya University/Healthcare Management/ Turkey/

<sup>2</sup> Sakarya University/Healthcare Management/ Turkey/mustafaamarat@sakarya.edu.tr

<sup>3</sup> Sakarya University/Healthcare Management/ Turkey/



## Impact of Nurses' Role Conflict and Role Ambiguity on Role Overload

### Abstract

**Problem of the study:** It is a frequent situation that the staff working in the hospitals having complicated organizational structures both work in multiple roles and positions and also work in relation to more than one manager. In these situations, the role ambiguity and role conflict of the nurses working with the physician and the functional manager are expected to increase and the perception of role overload will increase accordingly. **Purpose of Study:** The aim of this research is to determine the relationship between nurses' role ambiguity, role conflict and role overload levels and to show the effect of role ambiguity and role conflict on role overload **Method:** The universe of the work constitutes nurses working in a public hospital operating in the province of Sakarya. It was aimed to reach 260 nurses working without sample selection; 179 (68.8%) of these nurses could be reached. For role conflict and role ambiguity, Rizzo et al. (1970); The scales developed by Beehr et al. (1976) were used for the role overload. In the analysis of the data, descriptive statistical methods, correlation and regression analyzes were used. **Findings and Conclusion:** According to the analysis result, there is a strong relationship between role ambiguity and role conflict ( $r = 0,272$ ) and between role conflict and role overload ( $r = 0,276$ ) The regression model developed to predict the role conflict in the study and the effect of the role ambiguity on the workload is significant ( $F = 56,622$ ;  $p = 0,000$ ). According to the results of regression analysis, there was no significant effect of role ambiguity on workload ( $t = 1,912$ ;  $p = , 058$ ); There is a significant effect on the workload of the role conflict ( $t = 9,554$ ;  $p = 0,000$ ). In the model, the beta coefficient (0.584) is positive and these results indicate that the role conflict increases the role overload. The model's correlation coefficient was 0.626 and the variance explained was 39.2%. In conclusion, there is a significant relationship between nurses' role ambiguity, role conflict and role overload. Role conflict increases overload perceptions. Therefore, it is suggested that the task limits of nurses should be clarified in order to reduce the workload perception and the factors that may cause role conflict to be removed.

**Key words:** Nurse, Role Conflict, Role Ambiguity, Role Overload

### Giriş

Rol, işgörenden görevlerini gerçekleştirmesi için beklenen davranışlar dizisidir. Hemşirelerin çalışma ortamında her daim beklenen davranışlar görülmez, rolü gerçekleştirmesi gerekenler çeşitli sebepler ile rollerini yerine getirmediklerinde “rol çatışması” meydana gelmektedir (Fisher, 2001: 143-170). Diğer bir deyişle rol çatışması, aynı anda birden fazla rolü gerçekleştirmesi beklenen işgörenin rollerinden birisini diğerine göre daha fazla gerçekleştirmesidir. İşgörenlerden beklenen rollere ilişkin yeterli bilgiye sahip olmamaları durumunda ise “rol belirsizliği” ortaya çıkmaktadır. Hemşirelerin üstlendikleri ya da kendilerine biçtikleri roller ise sağlık hizmetlerinin gelişmesinin paralelinde gelişmekte ve gelişmektedir. Konuya ilişkin literatür taramasında hemşirelerin daha yoğun rol çatışması ve bu nazaran daha az rol belirsizliği yaşadıkları görülmektedir (Çimen, 2000:98-102; Kundakçı, 2003:Özet). Hemşireler rol çatışması ve rol belirsizliği yaşadıklarında iş tatminsizliği (Ceylan ve Ulutürk, 2006:55), tükenmişlik (Kocaman, 2015:Özet), işten ayrılma (Turan, 2012:80; Adıgüzel, 2012:168), iş stresi (Yongkang ve arkadaşları, 2014:10; Topuz, 2006:43), depresyon (Schmidt ve arkadaşları, 2014:100) ve iş doyumunu olumsuz olarak etkilemektedir. Rol belirsizliği ile tükenmişlik arasında ve işten ayrılma ile ilişki mevcutken diğer değişkenlerle ilişkiye rastlanmamıştır. Karmaşık örgüt yapılarına sahip olan hastanelerde çalışan personelin hem birden fazla rol ve pozisyonda görev alması hem de birden fazla yöneticiye bağlı olarak çalışması sık karşılaşılan durumlardandır (Akbolat, Işık ve Uğurluoğlu, 2011:24). Bu durumlarda hekim ve fonksiyonel yöneticiye bağlı çalışan hemşirelerin rol belirsizliği ve rol çatışması yaşaması ve buna bağlı olarak iş yükü algısının artması beklenmektedir.

## Yöntem

Çalışmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket formunda sosyo-demografik özellikler, Rizzo ve arkadaşlarının (1970) geliştirdiği rol çatışması ve rol belirsizliği, Beehr arkadaşlarının (1976) geliştirdiği iş yükü ölçeği yer almaktadır. Çalışmanın evrenini, Sakarya ilinde faaliyette bulunan bir kamu hastanesinde görev yapan hemşireler oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçilmeden görevli 260 hemşireye ulaşılması hedeflenmiş olup; bu hemşirelerden 179'una (%68,8) ulaşılabilmektedir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, korelasyon ve regresyon analizlerinden yararlanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında,  $p=0,05$  anlamlılık düzeyinde yapılmıştır.

## Bulgular

Verilerin geçerlilik ve güvenilirliğini analiz etmek amacıyla Cronbach Alpha katsayısı ve keşfedici faktör analizi kullanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirliğinin sağlanması adına alfa değerinin en az 0,70 olması gerekmektedir (Altunışık ve arkadaşları,2005:231). Kullanılan her bir ölçeğin alfa değeri (İş yükü: 0,755; Rol belirsizliği: 0,843; Rol Çatışması: 0,829) kabul edilebilir düzeydedir. Bu sonuçlar Blackstock (2012:40) yaptığı çalışmanın sonuçlarına yakın düzeydedir. Verilerin Geçerliliklerini ortaya koyabilmek adına kullanılan tüm ölçeklere ayrı ayrı keşfedici faktör analizi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre kullanılan ölçekler orijinal ölçekteki gibi tek boyuta dağılım göstermektedirler. İş yükü ölçeğinin KMO değeri 0,755 ve Bartlett's Test of Sphericity anlamlıdır. Açıklanan toplam varyans değeri 67,150'dir ve ölçekte yer alan ifadeler ilişkin faktör yükleri Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1: İş yükü Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Bulguları

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.				,755
<b>Bartlett's Test of Sphericity</b>	Anlamlı	<b>Sig.</b>		,000
<b>Approx. Chi-Square</b>	126,121	<b>Df</b>		3
<b>Açıklanan Toplam Varyans</b>	67,150	<b>Cronbach Alpha Toplam</b>		,755
<b>İş Yükü</b>		<b>Faktör Yükü</b>	<b>Açıklanan Varyans</b>	<b>Cronbach Alfa</b>
Görevlerimi iyi şekilde yapabilmek için, çok daha fazla çalışmak zorundayım		,669	-	,755
Benden yapmam istenilen iş miktarı adildir.		,685	-	
İşimle ilgili her şeyi yapmak için asla yeterli zamanım olmadı.		,664	-	

Rol belirsizliği ölçeğinin keşfedici faktör analizi sonuçlarına göre KMO değeri 0,843'tür (Tablo 2). Bartlett's Test of Sphericity anlamlı olarak bulunmuştur. Toplam açıklanan varyans değeri 67,150'dir.

Tablo 2: Rol belirsizliği Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Bulguları

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.				,843
<b>Bartlett's Test of Sphericity</b>	Anlamlı	<b>Sig.</b>		,000
<b>Approx. Chi-Square</b>	126,121	<b>Df</b>		15
<b>Açıklanan Toplam Varyans</b>	67,150	<b>Cronbach Alpha Toplam</b>		,843
<b>Rol Belirsizliği</b>		<b>Faktör Yükü</b>	<b>Açıklanan Varyans</b>	<b>Cronbach Alfa</b>
Ne kadar yetkim olduğunu kesin olarak biliyorum.		,811	-	,843
İşimle ilgili net bir şekilde planlanmış hedefler ve amaçlar vardır.		,809	-	
Zamanımı uygun bir şekilde nasıl planlamayacağımı biliyorum.		,831	-	
Sorumluluklarımın neler olduğunu biliyorum.		,820	-	
Benden beklenenlerin ne olduğunu tam olarak biliyorum.		,817	-	
İşimle ilgili yapılması gerekenler açık bir şekilde belirtilmiştir.		,814	-	

Çalışma kapsamında kullanılan son ölçek Rol çatışması ölçeğidir. Ölçeğe ait keşfedici faktör analizi sonuçları Tablo 3 'de görülmektedir. Ölçeğin KMO değeri 0,829, Bartlett's Test of Sphericity anlamlı ve açıklanan toplam varyansı 56,452'dir.

**Tablo 3: Rol Çatışması Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Bulguları**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.			,829
Bartlett's Test of Sphericity	Anlamli	Sig.	,000
Approx. Chi-Square	430,847	Df	21
Açıklanan Toplam Varyans	56,452	Cronbach Alpha Toplam	,711
Rol Çatışması	Faktör Yüğü	Açıklanan Varyans	Cronbach Alfa
Farklı şekillerde yapılması gereken işleri yapmak zorunda kalıyorum.	,811	-	,755
Herhangi birinden yardım almaksızın tamamlanması gereken görevler alıyorum.	,809	-	
Bir görevi yerine getirirken bir kural ya da politikaya aykırı davranmak zorunda kalıyorum.	,831	-	
Birbirlerinden farklı işlevleri yerine getiren iki ya da daha fazla meslek grubuyla birlikte çalışıyorum.	,820	-	
İki ya da daha fazla kişiden birbiriyle alakası olmayan emirler alıyorum.	,817	-	
Bir kişi tarafından uygun bulunmasına karşılık, diğer kişiler tarafından uygun bulunmayan görevler yapıyorum.	,814	-	

Tablo 4'te katılımcıların sosyo-demografik özellikleri görülmektedir. Buna göre katılımcıların %70,9'unu kadınlar oluşturmaktadır. %57'si evlidir. Katılımcıların yaş dağılımı %22,9'u 25 yaş ve altında, %26,8 26- 30 yaş aralığında, %12,3 31 ile 35 yaş aralığında, %25,7'si 36-40 yaş aralığında ve %12,3 41 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%38) 5 yıl ve daha az süre mesleklerini icra etmektedir. Eğitim durumuna göre %60,4 ile çoğunluk lisans eğitimi ve üzerini tamamlamıştır. Hemşirelerin görev yaptıkları göre dağılımı ise %27,9 Acilde, %15,1 Ameliyathanede, %31,3 Y.servis ve %25,7 Yoğun bakım şeklinde oluşmuştur.

**Tablo 4: Katılımcıların Sosyo- Demografik Özellikleri (n:179)**

		Frekans	Yüzde			Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	127	70,9	Çalışma Süresi	5 ve daha az	68	38,0
	Erkek	52	29,1		6- 10	36	20,1
Yaş	≤ 25	41	22,9		11-15	17	9,5
	26-30	48	26,8		16-20	38	21,2
	31-35	22	12,3		21 ≥	20	11,2
	36-40	46	25,7		Eğitim Durumu	Lise	20
	41 ≥	22	12,3	Önlisans		51	28,5
Görev Yaptığı Birim	Acil	50	27,9	Lisans ve üzeri	Lisans ve üzeri	108	60,4
	Ameliyat	27	15,1		Bekâr	77	43,0
	Y Servis	56	31,3	Medeni Durum	Evli	102	57,0
	Yoğun Bakım	46	25,7				

Rol belirsizliği, rol çatışması ve iş yükü arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır (Tablo 5). Analiz sonucuna göre, Rol Çatışması ve Rol belirsizliği arasında ( $r=0,272$ ), Rol belirsizliği ile iş yükü arasında ( $r=0,276$ ) ve rol çatışması ile iş yükü arasında ( $r=0,616$ ) anlamlı pozitif güçlü bir ilişki bulunmuştur.

**Tablo 5: Rol Belirsizliği, Rol Çatışması ve İş Yükü İlişkinde Ait Bulgular**

	1	2	3
Rol Belirsizliği (1)	1		
Rol Çatışması (2)	,272	1	
İş yükü (3)	,276	,616	1

Çalışmada rol çatışması ve rol belirsizliğinin iş yükü üzerindeki etkisini yordamak amacıyla geliştirilen regresyon modeli anlamlıdır ( $F=56,622$ ;  $p=0,000$ ). Regresyon analizi sonuçlarına göre, rol belirsizliğinin iş yükü üzerinde anlamlı etkisi bulunmamasına karşılık ( $t=1,912$ ;  $p=,058$ ); rol çatışmasının iş yükü üzerinde anlamlı etkisi bulunmaktadır ( $t=9,554$ ;  $p=0,000$ ). Modelde beta katsayısı (0,584) pozitif yönlü olup; çatışmanın iş yükünü artırdığını göstermektedir. Modelin ilişki katsayısı 0,626 olup açıklanan varyansı %39,2'dir (Tablo 6).

**Tablo 6: Rol Belirsizliği ve Rol Çatışmasının, İş Yüküne Olan Etkisi**

Model	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standardize Edilmiş Katsayılar	T	P		
	$\beta$	Std. Hata	$\beta$				
Sabit	,1178	,233		5,053	,000		
Rol Belirsizliği	,119	,062	,117	1,912	,058		
Rol Çatışması	,591	,062	,584	9,554	,000		
<b>R</b>	,626 <sup>a</sup>	<b>R<sup>2</sup></b>	,392	<b>F</b>	56,622	<b>P</b>	0

Bağımlı Değişken: İş Yükü

### Tartışma ve Sonuç

Çalışmanın amacı doğrultusunda hemşirelerin rol belirsizliği, rol çatışması ve iş yükü düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve rol belirsizliği ve rol çatışmasının iş yüküne etkisini ortaya koymak amacıyla kolerasyon ve regresyon analizleri kullanılmıştır.

Çalışma bulgularına göre hemşirelerin rol belirsizliği, rol çatışması ve iş yükü ile ilişki vardır. Literatürde rol belirsizliği ile rol çatışması arasında ilişki (Karimi ve arkadaşları, 2014:37; Akbolat, Işık ve Uğurluoğlu,2011:39; Ceylan ve Ulutürk, 2006:54) olmasına karşılık bazı araştırmacılarca bu ilişkiye rastlanmamıştır (Topuz,2006:43). Rol belirsizliğinin ve rol çatışmasının iş yükleri ile olan ilişkilerini tespit etmek amacı ile kurulan regresyon modeli anlamlıdır. Bu modele göre rol belirsizliği iş yükünü etkilemez iken; rol çatışması iş yükünü etkilemektedir. Literatürde benzer sonuçlara rastlamak mümkündür (Chang ve Hancock,2003:159). Analiz sonuçları ışığında hemşirelerin rol çatışmasının artması iş yüklerini de arttırmaktadır. Artan iş yükü hemşirelerin performanslarında ve bakım kalitelerinde düşüslere sebebiyet vermektedir (Balanuye, 2014:48).

Sonuç olarak, hemşirelerin rol belirsizliği, rol çatışması ve iş yükleri arasında anlamlı ilişki vardır. Rol çatışması iş yükü algılarını arttırmaktadır. Dolayısıyla, hemşirelerin iş yükü algısını azaltmak için görev sınırlarının net bir şekilde ortaya konulması ve rol çatışmasına sebep olabilecek faktörlerin ortadan kaldırılması önerilmektedir.

### Kaynakça

- Adıgüzel, O. (2012). İşle ilgili stres, rol çatışması ve rol belirsizliğinin beklenen personel devri üzerine etkisi: hemşireler üzerinde bir uygulama. *Journal of Alanya Faculty of Business/Alanya İletme Fakültesi Dergisi*, 4(3),163-169.
- Akbolat, M., Oğuz, I. ve Uğurluoğlu, Ö. (2011). Sağlık Çalışanlarının Kontrol Odağı, İş Doyumu, Rol Belirsizliği Ve Rol Çatışmasının Karşılaştırılması. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 29(2), 23-38.
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S. Ve Yıldırım, E (2005). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı*, Sakarya Kitabevi.
- Balanuye, B. (2014). *Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin İş Yükünün Hasta Güvenliğine Etkisi*. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Beehr, T.A., Walsh, J.T. Ve Taber, T. D. (1976). Relationship Of Stress To Individually And Organizationally Valued States: Higher Order Needs As A Moderator. *Journal Of Applied Psychology*, (5(1), 41-47.
- Blackstock, S.(2012), *Addressing Quality Of Worklife: Examining Horizontal Workplace Bullying Behaviors In Nursing*. University Of Northern British Columbia, Master Thesis, Canada.
- Ceylan, A. Ve Ulutürk, Y. H. (2006). Rol Belirsizliği, Rol Çatışması, İş Tatmini Ve Performans Arasındaki İlişkiler. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 7(1), 48-58.
- Çimen, M. (2000), *Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Personelinin Tükenmişlik, İş Doyumu, Kuruma Bağlılık Ve İşten Ayrılma Niyetlerine İlişkin Bir Alan Araştırması*. T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara.
- Fisher, RT. (2001), Role Stress, The Type A Behavior Pattern, And External Auditor Job Satisfaction And Performance, *Behavioral Research In Accounting*, 13(1), 143-170.
- Karimi, R., Omar, Z. B., Alipour, F. Ve Karimi, Z. (2014). The Influence Of Role Overload, Role Conflict, And Role Ambiguity On Occupational Stress Among Nurses In Selected Iranian Hospitals. *Int J Asian Soc Sci*, 4(1), 34-40.

- Kocaman,E. (2015).*Hemşirelerde Tükenmişlik İle Rol Çatışması Ve Rol Belirsizliği Arasındaki İlişki: Çorlu Devlet Hastanesi Örneği*, Namık Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ.
- Kundakçı, A.H. (2003).*Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Hekimlerinin Ve Hemşirelerinin Rol Çatışması Ve Rol Belirsizliği Düzeylerinin Belirlenmesi*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Rizzo, J. R., House, R. J. Ve Lirtzman, S. I.(1970). “Role Conflict And Ambiguity İn Complex Organizations”, *Administrative Science Quarterly*, 15(2), 150-163.
- Schmidt, S., Roesler, U., Kusserow, T. ve Rau, R. (2014). Uncertainty İn The Workplace: Examining Role Ambiguity And Role Conflict, And Their Link To Depression-A Meta-Analysis. *European Journal Of Work And Organizational Psychology*, 23(1), 91-106.
- Topuz,A. (2006). *Hemşirelerde Rol Çatışması Ve Rol Belirsizliği, İş Stresi Ve Aralarındaki İlişkinin Belirlenmesi*. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı,Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- Turan,S. (2012). *Sağlık Çalışanlarının Devir Hızlarının Belirlenmesi Konusunda Bir Araştırma*. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi,İstanbul.
- Yongkang, Z., Weixi, Z., Yalin, H., Yipeng, X. ve Liu, T. (2014). *The Relationship Among Role Conflict, Role Ambiguity, Role Overload And Job Stress Of Chinese Middle-Level Cadres*. *Chinese Studies*, 3(01), 8.
- Chang, E. ve Hancock, K. (2003). Role stress and role ambiguity in new nursing graduates in Australia. *Nursing & health sciences*, 5(2), 155-163.

# Sağlık Kurumlarında Otelcilik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi; Samsun İli Örneği

Yrd. Doç. Dr. İsmail Çalık<sup>1</sup>

Binnur Kambur<sup>2</sup>

## ÖZET

Sağlık otelciliği, sağlık hizmetlerinin niteliğinin geliştirilmesi ve otel konforunda sağlık hizmetinin sunulması amacıyla sağlık kurumlarındaki yönetim anlayışının otel işletmeleri örnek alınarak yeniden düzenlenmesi olarak değerlendirilebilir. Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte Sağlık Bakanlığı'nın bu konuyla ilgili çalışmaları artmış, kamu hastanelerinde “sağlık otelciliği” bağlamında idari yapılanmaya gidilmiştir. Bu araştırmada Samsun ilinde faaliyet gösteren hastanelerin sağlık otelciliği hizmetlerinin hastaların bakış açılarıyla değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Araştırmada kullanılan verilerin toplanmasında görüşme, analiz edilmesinde ise içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. Araştırma kapsamında hazırlanan açık uçlu sorular hastalara iletilmiş, 10/20 dakika arasında süren görüşmeler kayıt altına alınmıştır. Daha sonra görüşme metinleri çözümlenerek kategorileştirilmiş ve özet kod şemaları kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma kapsamında, hastalardan sağlık kurumlarında otelcilik hizmetleri arasında yer alan danışma, karşılama ve yönlendirme hizmetleri ile ilgili değerlendirme yapmaları istenmiştir. Bu konuda temel görüş ilgili departmandaki iş görenlerin güler yüzlü, yardımsever ve samimi davranışlarda bulunmalarıdır. Ayrıca, hastaların polikliniklere ya da servislere zamanında yönlendirildiği, odalara kadar eşlik edildiği ve odaların tanıtımının uzman personeller tarafından yapıldığı belirtilmiştir. Santral ve telefon görüşmelerinde ise hastaneyi aradıklarında kısa süreli beklemler olsa da sorunlarının çözüme kavuşturulduğunu ve telefonla herhangi bir konu hakkında bilgi almak istediklerinde gün içerisinde dönüş yapıldığı iletilmiştir. Otopark, güvenlik, ziyaretçi ve refakatçi hizmetleri, vb. destek hizmetlerinde genel anlamda hizmetlerden memnun kalındığı belirtilse de bazı konularda problem alanlarının varlığından bahsedilmiştir. Yiyecek- içecek hizmetlerini değerlendiren hastalar, hastane yemeği kavramının eskide kaldığı, yemeklerin tadı, hijyen unsurlarına gösterilen özen, diyet menülerin ve öğünlerin takibi ve kafeterya hizmetlerinden duydukları memnuniyeti dile getirmişlerdir. Sağlık kurumlarında hasta, refakatçi, ziyaretçi ve diğer paydaşların memnuniyetinin sağlanması ve otel konforunda hizmet sunulmasının gerekliliği bu araştırmanın temel sorunsalıdır. Araştırma kapsamına dahil olan hastanelerden hizmet alan hastalar otelcilik hizmetlerinden genel anlamda memnun kalmışlardır. Bir diğer önemli husus görüşme yapılan hastaların yaklaşık yarısının sağlık otelciliği kavramını daha önce duymadıklarını belirtmeleridir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık Otelciliği, Samsun, Hasta Memnuniyeti

<sup>1</sup> Yrd. Doç. Dr., Gümüşhane Üniversitesi, Turizm Fakültesi, Turizm İşletmeciliği Bölümü

<sup>2</sup> Lisans Öğrencisi, Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

## EVALUATION OF HOTEL SERVICES IN HEALTH INSTITUTIONS: SAMSUN CITY SAMPLE

Yrd. Doç. Dr. İsmail Çalık<sup>3</sup>

Binnur Kambur<sup>4</sup>

### ABSTRACT

Health hospitality can be considered as a reorganization of the management approach of health institutions by taking the hotel managements as an example in order to provide the health service in the comfort of the hotels and to improve the quality of the health services. Along with the health transformation program, the Ministry of Health's work on this issue has increased and in public hospitals administrative structuring have been made in the context of "health hotel management". In this research, it is aimed to evaluate the health hospitality services of the hospitals operating in the province of Samsun by the perspective of the patients. Interviews were used to collect the data used in this research and content analysis method was used in the analysis. The open-ended questions prepared within the scope of the research were delivered to the patients and the interviews between 10/20 minutes were recorded. Then the interview text was analyzed and categorized and the schematics of the summary codes were examined.

Within the scope of this research, the patients were asked to evaluate the consultation, reception and orientation services among the hospitality services in the health institutions. The basic opinion in this regard is that the behaviors of the people in the relevant departments should be in a friendly, helpful and friendly manner. In addition, it was stated that the patients were guided to polyclinic services in a timely manner, accompanied to the room, and the presentation of the rooms was made by expert staff. In addition, it is informed that although the patients were waited for a short period of time in the central and telephone interviews, their problems have been solved and that they have been returned within the day when they want to get information about any issue by phone. Although such support services as parking, security, visitor and escort services, etc. are generally satisfactory, it has been mentioned that there are some problematic areas in some issues. Patients who evaluated food and beverage services expressed their satisfaction with the food service concept, the taste of the food, the care shown to the hygiene elements, the diet menus and the pursuance of the meals, and the cafeteria services. The main research question of this study is ensuring the satisfaction of patients, companions, visitors and other stakeholders in health institutions and the necessity of providing services in the comfort of the hotel. Patients receiving services from the hospitals included in the scope of this research were generally satisfied with the hospitality services. Another important point is that about half of the interviewed patients stated that they have not heard of the concept of health hospitality.

***Key Words: Health Hospitality, Samsun, Patient Satisfaction.***

---

<sup>3</sup> Yrd. Doç. Dr., Gümüşhane Üniversitesi, Turizm Fakültesi, Turizm İşletmeciliği Bölümü

<sup>4</sup> Lisans Öğrencisi, Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

## Giriş

Sağlık otelciliği kavramı sağlıkta dönüşüm çalışmaları ile sağlık kurumlarının gündeminde yer almaya başlamıştır. Sağlık otelciliği en basit anlatımıyla sağlık kurumlarında otel konforunda sağlık hizmeti verilmesidir. Karşılama ve yönlendirme hizmetleri, santral hizmetleri, yiyecek-içecek hizmetleri ve diğer destek hizmetlerini kapsayan tıbbi hizmetlerin tamamlayıcısı niteliğindeki hizmetler genel anlamda sağlık otelciliği kapsamında sunulmaktadır. Sağlık otelciliği hizmetleri, hastanelerin hastalar tarafından tercih edilebilirliğini etkileyen en önemli unsurlar arasındadır. Şöyle ki güler yüzlü bir karşılama ve yönlendirme; temiz, hijyenik, ergonomik ve teknolojik hastane odaları; ilgili, samimi ve sorun çözme odaklı santral hizmetleri; hastaların istek ve ihtiyaçlarına göre hazırlanan ve özgün mekanlarda sunulan yiyecek-içecek hizmetleri, bir sağlık kurumunun hastalar tarafından olumlu olarak algılanmasını sağlayacaktır.

Bu araştırmada Samsun ilinde faaliyet gösteren hastanelerin sağlık otelciliği hizmetlerinin, hastaların bakış açısıyla değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Hastalara, sağlık kurumlarındaki otelcilik hizmetlerinin genel özellikleri ve hizmet sunumu bağlamındaki fikirleri sorulmuş ve elde edilen yanıtlar çözümlenerek, kategorileştirilmiştir. Soruların bağlamı, hastane danışma/karşılama ve yönlendirme hizmetleri, santral ve telefon görüşme hizmetleri, yiyecek-içecek hizmetleri, güvenlik, ziyaretçi ve refakatçi, otopark vb. destek hizmetleri ve son olarak hastane odaları yani kat hizmetleri ile ilgilidir. Araştırmanın kısa bir kavramsal çerçevesi, yöntem, sonuç ve önerilere ilgili bölümlerde değinilecektir.

## Kavramsal Çerçeve

Sağlık otelciliği sağlık hizmeti sunumunda hasta memnuniyetini önemseyen, güvenli, konforlu, hijyenik ve ergonomik bir ortamda hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarının karşılandığı, hasta istek ve beklentilerine göre mekânsal düzenlemelerin giderildiği (Yıldız;2016) bir yönetim yaklaşımıdır. Sağlık otelciliği hizmet üretim ve sunumunda hastaları misafir olarak gören bir yaklaşımdır. Sağlık Bakanlığı ise “Sağlıkta Kalite Standartları” adlı çalışmasında sağlık otelciliği şu şekilde tanımlamaktadır (SB;2016:10):

*“Sağlık hizmeti veren kuruluşta tıbbi hizmet kapsamı dışında, hasta, hasta yakını ve çalışanların kullanımına sunulan konaklama, temizlik, çamaşır, yeme-içme hizmetleri ile bu hizmetlerin emniyetli bir ortamda verilmesini temin üzere sunulan can ve mal güvenliğini korumaya yönelik verilen hizmetlerdir”*

Sağlık kurumlarında “tam bir iyilik halinin” sağlanması için otelcilik hizmetlerinin tıbbi hizmetlerin tamamlayıcısı olarak görmek gerektiği belirtilmelidir. Zira bu iki hizmetin birbirini tamamlamadığı durumlarda hasta memnuniyetinin tam olarak sağlanamayacağı ve dolayısıyla “tam bir iyilik halinin” söz konusu olamayacağı söylenebilir. Oteller konakladıkları süre içerisinde misafirlerini evlerinde gibi hissettirmeleri gereken işletmelerdir. Hastanelerinde hastaları psikolojik olarak tatmin edebilmeleri ve konforlu mekanlarda nitelikli bir hizmet sunabilmeleri gerekmektedir (Akdu ve diğ.;2016:404).

## Yöntem

Araştırmada elde edilen veriler mülakat yöntemi ile toplanmıştır. Samsun ilinde faaliyet gösteren 2 özel ve 1 devlet hastanesinde tedavi gören 22 hasta ile yarı yapılandırılmış görüşme formları kullanılarak görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerde kullanılan sorular, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “Hastanelerde Hizmet Sunum Rehberi” (SB;2014) adlı çalışmada sağlık otelciliği bağlamındaki; danışma, karşılama ve yönlendirme hizmetleri; santral ve telefon görüşmeleri hizmetleri; destek hizmetleri (ziyaretçi, refakatçi hizmetleri, güvenlik hizmetleri, otopark hizmetleri ve diğer hizmetler);



yiyecek-içecek hizmetleri (hastane yemekleri, cafeler, kantinler); kat hizmetleri (hastane odaları, koridorlar ve diğer genel alanlar) gibi hizmet alanlarını kapsamaktadır. Katılımcının isteği doğrultusunda görüşmeler ses kayıt cihazı ile kaydedilmiş, daha sonra görüşme kayıtları kategorileştirilerek içerik analizi yöntemi ile çözümlenmiştir. Bildiri metninin sayfa sayısının sınırlı tutulması nedeniyle, bulgular kısmında her bir kategoriye ait özet kod şemalarına yer verilememiştir. Her bir kategoride elde edilen sonuçlar bulgular kısmında kısaca özetlenecektir.

### ***Bulgular***

Araştırmanın bu kısmında elde edilen bulgulara değinilecektir. Araştırmada demografik sorular kapsamında hastalara, hastanelerdeki sağlık otelciliği hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri ve sağlık otelciliği kavramını daha önce duyup duymadıkları sorulmuştur. Katılımcıların yaklaşık %60'ı sağlık otelciliği hizmetlerinden genel anlamda memnun olduklarını, %2'si orta seviyede memnun olduğunu, geriye kalan % 38'lik kısım ise çok memnun olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların % 64'ü sağlık otelciliği kavramını daha önce duymadığını, % 36'sı ise duyduğunu belirtmiştir. Araştırmanın ana sorunsalını oluşturan sağlık otelciliği kategorilerine ilişkin bulgulara ise aşağıda değinilecektir;

#### ***1)Danışma, Karşılama ve Yönlendirme Hizmetleri***

Danışma, karşılama ve yönlendirme hizmetleri ile ilgili katılımcılar genel anlamda olumlu görüşler belirtmişlerdir. İlgili bölümlerde çalışan iş görenlerin güler yüzlü, ilgili ve yardımsever davranışlar sergiledikleri, hastaları odalarına kadar eşlik ettikleri belirtilmiştir.

#### ***2) Santral ve Telefon Görüşmeleri Hizmetleri***

Belirtilen kategoriye ilişkin katılımcıların bir kısmı daha önce hastaneyi telefonla aramadıklarını iletmişlerdir. Telefon görüşmelerinde bulunanlar ise sorunlarının kısa sürede çözüme kavuşturulduğunu, kısa süreli bekletmeler olsa da ilgili kişilere bağlandıklarını belirtmişlerdir. Bu konuda belirtilmesi gereken diğer bir husus ise sağlık hizmetleri hakkında bilgi talep edildiğinde gün içerisinde geri dönüş yapıldığıdır. Bazı sağlık kurumlarında ise hastalara ilk aramada randevu alınamayacağına belirtilmesine rağmen hasta sabah erkenden hastaneye gidildiğinde randevu verildiği iletmiştir.

#### ***3) Destek Hizmetleri ( Ziyaretçi, Refakatçi, Güvenlik, Otopark, Dini ve diğer hizmetler)***

Katılımcılar hastanelerde verilen vale (araç çekimi) hizmetini olumlu bulsa da vale hizmetinin ücretli olması bazı ziyaretçiler tarafından eleştirilmektedir. Diğer taraftan özellikle özel hastanelerde, ziyaretçilerin istedikleri saatte ve sayıda hasta odasına ziyaret amacıyla girebilmeleri katılımcılar tarafından olumlu karşılanırsa da hasta sağlığı, enfeksiyon bulaşma riski, hasta mahremiyeti ve diğer bazı nedenlerden dolayı bu uygulamanın doğru olmadığı belirtilmelidir. Güvenlik ve refakatçi hizmetleri açısından katılımcılar genellikle olumlu fikir beyan etmişlerdir. Otopark hizmetlerinde ise bazı hastanelerin otoparklarının kapasiteyi karşılayamadığı, bazılarında ise otopark hizmetinden ücret alındığı ve bu uygulamanın hoş karşılanmadığı belirtilmiştir.

#### ***4) Yiyecek-İçecek Hizmetleri (Hasta Yemeği, Kantin ve Kafeteryalar)***

Hastalar yiyecek-içecek hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerini belirtmişlerdir. Hastane yemeği kavramının eskide kaldığı, hastanede sunulan yemeklerin ev yemeği gibi lezzetli olduğu, öğünlerin düzenli olarak takip edildiği, yemeklerin çeşitli olduğu iletmiştir. Bu konuda genellikle olumlu değerlendirmeler yapılmış olumsuz herhangi bir değerlendirmeye rastlanmamıştır. Bu durumun temel nedeninin görüşmelerin gerçekleştirildiği özel hastanelerin yiyecek-içecek hizmetlerini konusunda uzmanlaşmış şirket iştirakleri tarafından verilmesinden kaynaklanabileceği söylenebilir.

### **5) Kat Hizmetleri (Hastane Odaları, Koridorlar ve Diğer Genel Alanlar)**

Katılımcılar hastane odalarının temiz olduğunu fakat hijyen konusunda biraz daha özen gösterilmesinin gerekliliğini vurgulamışlardır. Hasta odalarına can sıkıntısının giderilmesi için oyalanabilecek oyunlar koyulması, internet bağlantısı sunulması, odaların daha geniş planlanması, süit odaların sayısının artırılması, hemşirelerin hastaya nasıl davranılması gerektiği noktasında bilinçlendirilmesi, hijyen ve hasta mahremiyetine daha fazla dikkat edilmesinin gerekliliği belirtilmiştir. Diğer taraftan olumlu bir husus olarak bazı katılımcılar hastanede kendilerini evlerinde gibi hissettiklerini iletmışlerdir.

### **Sonuç ve Öneriler**

Psikolojik olarak zor bir dönem olan hastalık dönemi hastalarla ilgili bir çok unsurun planlanmasını gerektirmektedir. Sağlık otelciliği hastaların kendilerini evlerinde hissetmelerini sağlayacak oda kalitesi, hijyen unsurlarına özen gösterilmesi, araç ve gereçlerin ergonomisi, yiyecek ve içeceklerin tadı gibi fiziksel unsurların yanında samimiyet, saygı, içtenlik gibi psikolojik unsurların tatminine önem veren bir anlayıştır. Hem özel hem de kamu hastanelerinin bu konuya öncelik verdiği açıktır. Fakat, gerek iş gören eğitimi ve bilinçlendirilmesi konusundaki eksikler gerekse çalışma koşullarından kaynaklanan zorluklar nedeniyle kamu hastanelerinde niceliksel olarak önemli çalışmalar gerçekleştirilse de niteliksel açıdan özellikle hasta memnuniyeti açısından kapsamlı bir sorgulamaya gidilmesinin gerekliliği açıktır. Diğer bir husus sağlık otelciliğinin bilinirlik düzeyinin artırılmasıdır. Genelleme yapılması zor olsa da bu araştırmada katılımcıların yaklaşık %64'ünün sağlık otelciliğini daha önceden duymaması bu konuyla ilgili tanıtım ve halkla ilişkiler çalışmasının yapılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Hastalarla sürekli iletişim ve etkileşim halinde olan sağlık personellerinin özellikle davranış hususunda daha fazla bilinçlendirilmesi önerilebilir. Bu kapsamda özellikle acil servisteki iş görenlerle ilgili kapsamlı bir eğitim ve bilinçlendirme çalışmasına gidilmesinde fayda vardır. Kamu hastanelerinin özel hastanelerdeki gibi nitelikli sağlık ve otelcilik hizmetini hastalarına sunmaları hem tercih edilebilirliğe katkı sağlayacak hem de medikal turizm açısından avantaj sağlayacaktır. Günümüzde otel konforunda sağlık hizmeti sunan kamu hastanelerinin varlığı ve bu konuyla ilgili Sağlık Bakanlığı bünyesinde sürdürülen çalışmalar oldukça kıymetli ve değerlidir. Özel hastanelerin odaların özellikleri, hizmetlerin sunumu ve diğer konularda başarılı çalışmalar gerçekleştirdiği açıktır. Fakat özellikle tahlil, ameliyat ve diğer hizmetlerin fiyatlarını sağlık hizmetlerine daha fazla vatandaşın erişmesi açısından makul seviyelere çekmeleri önerilebilir.

### **Kaynakça**

Akdu, U, Bostan, S. ve Akdu, S. (2016) “Hastanelerde Otel Konforunda Oda Tasarımı: Beş Yıldızlı Otel Odasını Örnek Edinme” Balıkesir Üni. Sosyal Bilimler Ens. Dergisi, Volume: 19 - Number: 36. ss:404.

Sağlık Bakanlığı (SB) (2014) “ Hizmet Sunum Rehberi” Ed. Kartal, İ. ve Şahin, Y., Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Yayınları, Ankara.

Şahin, Yıldız (2014) “Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği” <https://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/78f93729dae44760b2394b84576fef91.pdf>.

Sağlık Bakanlığı (SB) (2016) “ Sağlıkta Kalite Standartları”, 2. Baskı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Yayınları, Ankara.

<http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf>

# Hastanelerde Sağlık Otelciliği Uygulamalarının Hastaların Bakış Açısıyla Değerlendirilmesi

Yrd. Doç. Dr. İsmail Çalık <sup>1</sup>

Esma Gülcan <sup>2</sup>

Sağlık kurumlarında kaliteli hizmetin, güvenli, konforlu ve ergonomik ortamlarda tüm paydaşlara sunulması, sağlık kurumlarına rekabet edilebilirlik, güvenilirlik ve tercih edilebilirlik noktasında önemli avantajlar sağlayacaktır. Sağlık otelciliği de sağlık hizmeti sunumunda hastalarla ve diğer paydaşlarla sağlıklı bir iletişim sistemi kurularak iletişim ve bilgi sorunlarının giderilmesi ve dolayısıyla hastaların istek ve beklentilerinin karşılanmasına odaklanmaktadır. Bu araştırmada Konya ilinde faaliyet gösteren sağlık kurumlarındaki otelcilik hizmetlerinin hastaların bakış açılarıyla değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Araştırmada kullanılan veriler yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak elde edilen görüşme metinlerinden oluşmaktadır. Elde edilen görüşme metinleri ilk olarak çözümlenmiş daha sonra kategorileştirilmiştir. Son olarak ise içerik analizi yöntemi ile analiz edilmiştir. Araştırma kapsamında değinilmesi gereken ilk bulgu, katılımcıların %70 'inin sağlık otelciliği kavramını daha önce duymamış olmasıdır. Katılımcıların %60'ı otelcilik hizmetlerinden memnun olduğunu, %25'i orta derecede memnun olduğunu ve % 5'i memnun olmadığını belirtmiştir. Danışma, karşılama ve yönlendirme hizmet sunumunda, yönlendirme ve sorulan sorulara yanıt verilmesinde sorun yaşanmadığı ancak karşılama hizmet sunumuna özellikle devlet hastanelerinde özen gösterilmediği belirtilmiştir. Santral ve telefon görüşmeleri hizmet sunumunda hizmetin kurallara uygun olarak verildiğini belirtenlerin yanında geri dönüşlerin geç olması, konuşma tarzının kaba olması ve santraldeki kişilerin telefonu doğru ifadeleri kullanarak açmaması gibi konularda eksik yönler olduğunu belirtenlerde vardır. Güvenlik, otopark, bahçe bakım gibi destek hizmetlerinin sunumunda genel anlamda otopark kapasitelerinin sınırlı olduğu ve sıkıntı yaşandığı vurgulanmaktadır. Güvenlik personeli sayısının azlığı, ziyaretçi saatlerinin kısıtlılığı ve hasta odalarındaki kalabalık, hastaların bu bağlamda şikâyet ettiği unsurlardır. Yiyecek-içecek ve kafeterya hizmetlerinden memnun olan hastalar olsa da, yemeklerden şikâyet eden, daha fazla çeşit çıkarılması gerektiğini ileten ve kantin hizmetlerinin çok pahalı olduğunu belirten birçok hasta vardır. Hastane odalarının temizliği hususunda lavaboların sık sık temizlenmesi, hasta mahremiyetine daha fazla özen gösterilmesi, oda temizliklerinin yüzeysel yapılmaması hastalar tarafından önerilmektedir. Sağlık otelciliği uygulamaları hastanelerin tercih edilebilirliğini etkileyen unsurlar arasındadır. Otel konforunda, samimi bir ortamda, nezaket kurallarına özen gösterilen bir hastanede tedavi olmak kuşkusuz önemlidir. Bu noktada Konya ilinde gerçekleştirilen bu araştırma sonucunda hastanelerdeki sağlık otelciliği hizmetlerinde bazı hususlara dikkat gösterilmesi önerilmektedir. Otopark kapasitelerinin artırılması, hastaların güler yüzlü ve samimi bir şekilde karşılanması, kantin fiyatlarında indirimle gidilmesi ve kantinlerdeki ağır yiyecek kokusunun giderilmesi, telefon görüşmelerinde kurumsal ifadelerle özen gösterilmesi hususlarında önerilerde bulunulabilir.

***Anahtar Kelimeler: Sağlık Otelciliği, Konya, Hasta Memnuniyeti***

<sup>1</sup> Yrd. Doç. Dr. Gümüşhane Üniversitesi, Turizm Fakültesi, Turizm İşletmeciliği Bölümü,

[ismailcalik29@gmail.com](mailto:ismailcalik29@gmail.com)

<sup>2</sup> Lisans Öğrencisi, Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

## Evaluation Of Health Hotel Applications In Hospitals With The Perspective Of Patients

Yrd. Doç. Dr. İsmail

Çalık

1

Esma

Gülcan

2

Providing quality service in health institutions to all stakeholders in safe, comfortable and ergonomic environments will provide important advantages to health institutions in terms of competitiveness, reliability and preference. Health hospitality also focuses on eliminating communication and information problems by providing a healthy communication system with patients and other stakeholders and thus, on meeting the wishes and expectations of patients. In this research, it is aimed to evaluate the hospitality services of the health institutions operating in the province of Konya by the perspective of the patients. The data used in the research consist of the interview texts obtained by using semi-structured interview form. The interview texts were first analyzed and then categorized. Finally, it was analyzed by content analysis method. The first finding that should be addressed in the research is that 70% of the participants have not heard of the concept of health hotel. 60% of participants stated that they were satisfied with hotel services, 25% were satisfied with moderate satisfaction and 5% were not satisfied. It was stated that there were no problems in the presentation of the counseling, welcome and referral services, in referrals and in responding to the asked questions but, the necessary attention is not paid to welcoming services especially in the state hospitals. In addition to those who point out that the service is provided in accordance with the rules in the central office services and telephone calls, there are also those who state that there are late returns, the speech style is rough and that the people in the centrals do not answer the phone by using correct expressions. It is emphasized that in the presentation of such support services as security, parking, garden maintenance, parking capacities in general are limited and distressed. While it is evaluated positively for security officers to provide guidance, there are some factors that patients complain about in this context as the deficient number of security personnel, the shortness of visitor hours, and crowdedness of patient rooms. Although there are patients who are satisfied with the food and drink and cafeteria services, there are also a lot of people who complain about food, state that more food variety should be presented, and that canteen services are very expensive. These are advised by the patients about the cleanliness of the hospital rooms to clean the sinks frequently, more care for patient privacy, and no surface cleaning of the room. Health hotel applications are among the factors affecting the preferability of hospitals. It is undoubtedly important to be treated in a hospital where the courtesy rules are important, with the comfort of a hotel, and in a friendly environment. At this point, as a result of this research conducted in Konya province, it is suggested to pay attention to some issues in the health hotel services in hospitals. Such suggestions can be made as; to increase parking capacity, to welcome patients in a friendly and sincere manner, to reduce canteen prices, to eliminate heavy food smells in canteens, and to pay attention to use corporate expressions in telephone calls.

**Key Words:** *Health Hotel Management, Konya, Patient Satisfaction.*

---

<sup>1</sup> Asst. Assoc. Dr., Gümüşhane University, Tourism Faculty, Department of Tourism Management [ismailcalik29@gmail.com](mailto:ismailcalik29@gmail.com)

<sup>2</sup> Undergraduate student, Gümüşhane University, Faculty of Health Sciences, Health Management Department

## ***Giriş***

Sağlık otelciliği otel konforunda sağlık hizmeti sunulması olarak tanımlanabilir. Bu kapsamda hastanelerin odalar, hastane girişleri ve diğer fiziki alanlarının oteller gibi tasarlanması (Akdu ve diğ.; 2016); hizmet sunumunda ise samimi, içten, nezaket kurallarına dikkat edilen, sorun çözmeye odaklı bir yaklaşım sağlık otelciliğinin temel özellikleri olarak değerlendirilebilir. Sağlık turizmi hareketlerinin yaygınlaşması ile özel ve kamu hastanelerinin sağlık otelciliği farkındalığının üst seviyelere çıktığı söylenebilir. Bu noktada hastaların sağlık otelciliği hizmetleri hakkındaki görüş ve önerileri, sağlık kurumlarına hasta memnuniyeti açısından rehberlik edecektir. Bu araştırmada Konya ilinde faaliyet gösteren kamu ve özel hastanelerden hizmet alan hastaların sağlık otelciliği kapsamında sunulan hizmetler hakkındaki görüş, öneri ve farkındalıklarının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Araştırmada veri toplama yöntemi olarak mülakat; veri analiz yöntemi olarak içerik analizi kullanılmıştır. Araştırma kavramsal çerçeve, yöntem, bulgular ve sonuç ve öneriler kısımlarından oluşmaktadır.

## ***Kavramsal Çerçeve***

Otelcilik hizmetleri üretimin günün farklı zamanlarına yayılması, stoklanamaması, personelin üretim ve sunulmasında önemli bir işlev yüklenmesi, üretimin büyük oranda emek yoğun özellik göstermesi (Özel;2012: 12-13) gibi hususlarda sağlık hizmeti ile benzerlik göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin otelcilik hizmetlerinden ayrılan yönleri ise ertelenememesi, ikamesinin olmaması, çıktısının paraya çevrilememesi, hizmetin boyutunu ve kapsamını hekimin belirlemesidir (Tengilimioğlu ve diğ.; 2015:73). Bu iki hizmet türünün farklı özellikleri olsa da misafir ya da hasta memnuniyetinin sağlanmasının gerekliliği ve bu hususta gerekli tedbirlerin alınmasının zorunluluğu ve diğer bazı konularda yakın ilişki içinde olduğu söylenebilir. Hizmetin sunumu, etkili bir iletişim dili oluşturulması, iş görenler arası yardımlaşma, ürünlerin kalitesi ve dolayısıyla misafirlerin memnuniyeti otelcilik hizmetinde olmazsa olmaz unsurlardır. Sağlık hizmetinde de hizmetin sunumu ve diğer unsurlar bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasında ve korunmasında özel bir yere sahiptir (Zerenler ve Öğüt;2007: 1). Bu noktada sağlık otelciliği; sağlık hizmetlerinin sunulmasında etkili bir iletişim dili oluşturulmasını öngören, iş görenler arası yardımlaşmayı artırarak samimi bir örgüt kültürü oluşturan, hastanelerdeki temel hizmet bölümlerini otelcilik işlevine göre yeniden tasarlayan ve dolayısıyla misafir (hasta) ve iş gören memnuniyeti sağlanmasını önceleyen bir yönetim yaklaşımı olarak tanımlanabilir.

## ***Yöntem***

Araştırma yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak, görüşme talebine olumlu yanıt veren 20 katılımcının görüşlerini kapsamaktadır. Katılımcılardan Konya ilinde sağlık hizmeti aldıkları sağlık kurumlarının sağlık otelciliği hizmetlerini değerlendirmeleri istenmiştir. Katılımcıların sağlık otelciliği hakkındaki görüşleri isteğe bağlı olarak ses kayıt cihazı ile kaydedilmiş ve daha sonra görüşme metinleri çözümlenerek, kategorileştirilmiştir.

## ***Bulgular***

Bulgular kısmında değinilmesi gereken ilk husus katılımcıların sağlık kurumlarında sunulan sağlık otelciliği hizmetleri hakkındaki memnuniyet düzeyleridir. Katılımcıların %60'ı sağlık otelciliği hizmetlerinden memnun olduğunu; % 25'i orta derecede memnun olduğunu ve % 5'i memnun olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %70'i sağlık otelciliği kavramını daha önce duymadığını, % 30'u ise duyduğunu iletmislerdir. Araştırmanın bu kısmında sağlık otelciliği ile ilgili bulgulara kategoriler halinde değinilecektir.

### ***Danışma, Karşılama ve Yönlendirme Hizmetleri***

Danışma, karşılama ve yönlendirme hizmetleri ile ilgili katılımcılar; danışma birimlerinin artırılması, birim çalışanlarının daha samimi davranması, hastalara geçiştirici yanıtlar verilmemesi, tonlama kurallarına dikkat edilen akıcı bir dil kullanılması, karşılama güler yüzlü davranılması, danışma hizmetini güvenlik personelinin vermemesi gibi hususlarda önerilerde bulunmuşlardır.

### ***Santral ve Telefon Görüşmesi Hizmetleri***

İlgili kategoride bazı hastalar telefonla randevu alınırken çalışanların çok nazik davrandığını belirtirken, bazıları telefona cevap veren görevlilerin kaba davrandığı ve kurallara uymadığını iletilmişlerdir. MHRS (Merkezi Hasta Randevu Sistemi) ile hızlı ve kolay bir şekilde randevu aldıklarını ileten katılımcılar da bulunmaktadır. Telefonlara cevap alamadıkları, sürekli meşgul olduğunu belirten bazı hastalar ise hastanelerin çağrı merkezlerindeki iş gören sayısının artırılmasını önermektedirler.

### ***Destek Hizmetleri (Güvenlik, Otopark, Ziyaretçi ve Refakatçi Hizmetleri)***

Güvenlik hizmetlerinin eskiye oranla iyileştiği vurgulanmaktadır. Ziyaretçi saat aralığının genişletilmesini isteyen hastalar, bu durumun kalabalığı azaltacağını savunmaktadır. Güvenliğin yönlendirme yapması katılımcılar tarafından hoş karşılanmaktadır. Bu durumun nedeni yönlendirme elemanlarının görevlerini tam olarak yapmaması olabilir. Otopark kapasitelerinin yetersiz ve otopark görevlilerinin üslubunun kaba ve sert oluşu sıklıkla belirtilen bir problem alanıdır. Genel anlamda refakatçi ihtiyaçlarının uygun bir şekilde giderildiği de araştırmanın diğer bir sonucudur.

### ***Yiyecek-içecek Hizmetleri (Hasta Yemeği, Kantin ve Kafeteryalar)***

Yiyecek içecek hizmetlerinin daha nitelikli hale getirilmesi vurgulanan önemli bir husustur. Diğer taraftan bazı hastalar tarafından hasta yemeklerinin tatsız ve yağ oranının çok yüksek olduğu iletilmiştir. Hastane kantinleri konusunda hastaların geneli olumsuz görüş belirtmişlerdir. Kantinlerdeki fiyatların pahalılığı, kantinden yayılan ağır yiyecek kokuları, kantinlerin havasız ve basık yerlerde bulunması bu bağlamda belirtilen sorunlar arasındadır. Hastaların yiyecek-içecek hizmetleri konusundaki diğer bir önerisi ise çeşitlerin artırılması ve hastane dışındaki seyyar satıcıların denetlenmesidir.

### ***Kat Hizmetleri (Hastane Odaları, Koridorlar ve Diğer Genel Alanlar)***

Bu konuda bahsedilen temel öneriler; hastane odalarının 1 veya 2 kişilik olması, odaların temizlik ve hijyenine daha fazla dikkat edilmesi, odalardaki ve diğer alanlardaki lavaboların temizliği konusunda daha hassas davranılması, enfeksiyon hastaları ile diğer hastaların odalarının ayrılması, hasta odalarında mahremiyete özen gösterilmesi, odalarda kullanılan temizlik malzemelerinin sık sık değiştirilmesi, hasta asansörlerinde çöp, eşya vb. nesnelerin taşınmaması ve oda temizliğinin yüzeysel ve üstün körü yapılmamasıdır.

### ***Sonuç ve Öneriler***

Araştırmada hastalar tarafından sağlık otelciliği bağlamında değerlendirilecek birçok unsur belirtilmiştir. Kamu hastanelerinde karşılama ve refakat hizmetinin farklı gerekçelerle yerine getirilemediği söylenebilir. Bu durumun giderilmesi gerekmektedir. Diğer taraftan santral ve telefon görüşmelerinde nezaket ve kurumsal kurallar gözetilerek, hızlı ve sorun çözme yaklaşımıyla konunun ele alınması önerilebilir. Yiyecek-içecek hizmetlerinde geçmişe kıyasla önemli iyileştirmeler olsa da özellikle sunumda dikkat edilmesi gereken birçok husus bulunmaktadır. Kantinlerde fiyatların ve kullanılan ürünlerin denetlenmesi, basık ve havalandırma koşullarının sağlanmadığı yerlerde

kantinlerin kurulmaması ve hastane kantinlerinin marketlerdeki gibi reyon usulü tasarlanması diğer bir öneri olarak belirtilebilir. Kat hizmetlerinde özellikle acil servislerdeki lavaboların temizliği, çarşaf vb. kullanılan malzemelerin daha sık değiştirilmesi, oda temizliğinin yüzeysel yapılmaması katılımcılar tarafından belirtilmiştir. Son olarak sağlık kurumlarında otel konforunda sağlık hizmeti sunulmasında; akademik ve teknik anlamda uzman kişilerle ortak projeler geliştirilmesi; yalın bir yönetim anlayışıyla yönetim süreçlerinin hızlandırılması; iş görenlerin hasta memnuniyeti, telefon görüşmelerinde uyulması gereken kurallar, etkili iletişim vb. konularda eğitilmesi; dış kaynak kullanımı ile hizmet alınan firmaların denetlenmesi; hastalara aile ortamında hizmet verecek örgüt kültürünün oluşturulmasının gerekliliği vurgulanabilir.

### ***Kaynakça***

Özel, Ç. H. (2012) “Otelcilik Endüstrisi”, Ed: M.A.Kozak “Otel İşletmeciliği” Detay Yayınları, Ankara.

Tengilimioğlu, D., Akbolat, M ve Işık, O. (2015) “Sağlık İşletmeleri Yönetimi”, 7. Baskı, Nobel Yayınları, Ankara.

Zerenler ve Öğüt (2007) “Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği”, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Sayı: 18, s.501-519.

Akdu, U, Bostan, S. ve Akdu, S. (2016) “Hastanelerde Otel Konforunda Oda Tasarımı: Beş Yıldızlı Otel Odasını Örnek Edinme” Balıkesir Üni. Sosyal Bilimler Ens. Dergisi, Volume: 19 - Number: 36.

# Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Sunumunda Acil Olmayan Durumların Ve Suistimallerin Neden Olduğu Maddi Ve Zamansal Kayıpların Değerlendirilmesi

Öğr. Gör. Kemal TEMEL<sup>1</sup>

Yard. Doç. Dr. Emine SEVİNÇ POSTACI<sup>1</sup>

Yard. Doç. Dr. İbrahim UYSAL<sup>1</sup>

## ÖZET

**Çalışmanın Problemi:** 112 acil sağlık hizmetleri kapsamında verilen tüm hizmetlerin ücretsiz olması, sistemi kötüye kullananlar için yaptırım bulunmaması, sistemin kullanılmasındaki kolaylığın suistimali gibi nedenlerden dolayı sistem içerisinde oluşan boşluğun neden olduğu ekonomik ve zaman kaybının ele alınması ve araştırılması amaçlanmıştır.

**Çalışmanın Amacı:** Bu araştırmanın amacı, Çanakkale ilinde sunulan 112 acil sağlık hizmetlerinde acil olmayan durumlar nedeniyle sistemin ne ölçüde meşgul edildiği ve bu meşguliyetin neden olduğu ekonomik ve zamansal kayıpların değerlendirilmesidir.

**Metod:** Bu araştırmanın evrenini Çanakkale İli 112 acil ambulans hizmetlerinin 01.01.2016 ile 31.12.2016 tarihleri arasında vermiş olduğu hizmet oluşturmaktadır. Çalışma Çanakkale il Sağlık Müdürlüğü 112 Komuta Kontrol Merkezi tarafından 2016 yılında hizmet verilen 50.508 vakanın çalışma istatistikleri değerlendirilerek yapılmıştır.

**Bulgular ve Sonuç:** Çanakkale’de 112 acil sağlık hizmetleri merkez ve ilçeler olmak üzere 2016 yılında 23 istasyon ve bu istasyonlarda aktif olarak çalışan 27 ambulans ekibi ile 112 hizmeti vermiştir. 112 ambulansları ile 2016 yılında toplam 50.508 hastaya çıkış yapılmış bu vakalardan 98’i Asılsız ihbar, 661’i Başka araçla nakil, 321’i Diğer, 834’i Diğer ulaşılan, 1047’i Görev iptali gibi nedenlerden dolayı 2965 tanesine ambulanslar tarafından hiçbir şekilde müdahale yapılmamıştır. Bu rakam tüm vakalar içinde %5.87’ lik bir değere denk gelmektedir. Toplam vaka sayısını ambulans sayısına oranladığımızda ambulans başına yıllık 1870 vaka düşmektedir. Bu sonuçlara göre toplam ambulansların %5.5’i yani 27 de 1.5 ambulans yukarıda belirtilen nedenlerle gereksiz yere meşgul edilmiştir. Ayrıca bu vakalar için harcanan sürelerde göz önüne alındığında 2016 yılı toplam vaka süresi 20.403 saat olarak gerçekleşmiş bu sürenin 556 saati bu vakalar için harcanmıştır. Verilerden anlaşılacağı üzere sunulan 112 acil ambulans hizmetlerinde gereksiz ve suistimale bağlı kullanım olduğu görülmektedir. Bu durumun önüne geçilmesi ve sistem içindeki boşlukların gerekli düzenlemeler ile kapatılması gerekmektedir. Katkı payı uygulaması, cezai yaptırımlar ve ücret tahsili gibi işlemler ile 112 acil sağlık hizmetlerinin amacı dışında kullanılması engellenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** 112 acil sağlık hizmetleri, Suistimal, Maddi ve Zaman kaybı

---

<sup>1</sup> Çanakkale Onsekiz Mart University/Health Services Vocational Collage/Turkey/kemaltemel@comu.edu.tr



## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü Sağlık kavramını “Yalnızca hastalık ya da sakatlığın bulunmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca Avrupa insan hakları sözleşmesinde Hak ve Özgürlükler Madde:2/1’e göre “herkesin yaşam hakkı yasayla korunur” denmektedir (Anonim 1950). Bu bağlamda bireylerin karşılaştığı hayatı tehdit edici acil sağlık sorunları karşısında hayatta kalmaları için gerekli olan acil sağlık hizmetleri sunumunun her birey için eşit, ulaşılabilir ve ücretsiz olması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri yapısı itibari ile diğer kamu mal ve hizmetlerden ayrılmaktadır. Özellikle 112 acil sağlık hizmetlerine (ASH) kimin, nerede ve ne zaman ihtiyaç duyacağı bilinmemektedir. Acil ambulans hizmetleri, bireyin yaşamını tehdit eden veya acil sağlık bakımını gerektiren durumlarda, nakil süresince bireyin yaşamsal fonksiyonlarını sürdürmesine yardımcı olan ve mümkün olan en kısa sürede acil servislerine ulaşımını sağlayan çok önemli bir halk sağlığı hizmetidir (Victor 1999). Ayrıca 112 ASH gerektiren vakalar bireylerin en zor durumlarını yansıttığı için sağlıklı düşünme ve karar alma yeteneklerini de çoğu zaman ortadan kaldırmaktadır.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki ambulans hizmetlerinin sunumu ve toplumların ambulans kullanım oranları yerel, sosyo-ekonomik ve kültürel koşullara bağlı olarak farklılık göstermektedir (Langhelle 2004). Son yıllarda özellikle metropol kentlerde ambulans hizmetlerinde nicel ve nitel yönden iyileşmeler görülmesine karşın, Türkiye’de ambulans hizmetlerinin kullanımı gelişmiş ülkelerin gerisinde kalmaktadır (Kıdak vd., 2009).

Sunulan hizmetin kendine has yapısı ve hayati bir hizmet olması nedeniyle suistimal ve gereksiz kullanımlar çoğunlukla göz ardı edilmektedir. Acil ambulans hizmetlerinin uygunsuz olarak kullanılması, düzeltilmesi gereken sağlık sorunlarından biridir (Benli vd., 2014). Ambulansların uygunsuz kullanımı 112 komuta merkezinin ve acil servislerin iş yükünü artırmasının yanı sıra maliyet olarak ülke ekonomisine ek yük getirmektedir (Benli vd., 2014). 112 ASH’inde kullanılan personel ve ekipmanın gereksiz durumlar için meşgul edilmesi ve kullanılması hizmete gerçekten ihtiyaç duyanların mağduriyetine yol açtığı gibi, ekonomik ve zaman bakımından da kayıplara neden olmaktadır. Bu nedenle sistemin daha etkin ve verimli çalışmasına olanak sağlayan iyileştirme çalışmaları oldukça önem taşımaktadır. Çeşitli faktörlere bağlı olarak sağlık harcamaları artış eğilimi göstermektedir. Artan bu harcamalar kıt olan ülke sağlık finansman kaynakları üzerinde ciddi baskılar oluşturmaktadır (Yıldırım H.H. vd., 2011). Son zamanlarda hükümetler, hastalar, sağlık sigortaları, sağlık hizmeti sunanlar ve

sağlık yöneticileri sağlık hizmetlerini daha maliyet-etkili sunmak için nelerin yapılması gerekliliği ile yoğun bir şekilde ilgilenmektedirler (Maceira, 1998: 1).

112 ASH sunumunda yapılacak olan düzenlemeler ile hizmet sunucularının daha etkin ve verimli kullanılması sağlanmalıdır. Sisteme ihtiyaç duyanların mağdur olmamaları için gerekli düzenlemeler yapılmalı ve gereksiz kullanımın önüne geçilmelidir. Bu çalışma ile 112 ASH' leri sunumunda gereksiz meşguliyet oluşturan vakalar ele alınarak sistemin meşguliyet ve gereksiz kullanım oranları gösterilmiş ve çözüm önerileri sunulmuştur.

## **GEREÇ ve YÖNTEMLER**

Yapılan çalışma Çanakkale ili 112 ASH' inde 01 Ocak – 31 Aralık 2016 tarihleri arasında aktif olarak kullanılan ambulansların görevlendirildiği tüm vakalar geriye dönük incelenerek gerçekleştirilmiştir. İl içerisinde 112 ASH' leri sunumu toplam 23 istasyon ve 27 ambulans ekibi ile sunulmaktadır. Mevcut 27 ambulans ekibinin 6'sı il merkezinde ve 21 ambulans ekibi de 11 ilçede görev yapmaktadır. Çanakkale ili' nde 112 ASH' nin hizmet verdiği nüfus 2016 yılı TÜİK verilerine göre 519.793 kişidir. Türkiye toplam nüfus içindeki payı %0.7' dir (Anonim 2017).

Hizmet sunumunda vakalar çıkış nedenleri ve teşhislerine göre Komuta Kontrol Merkezi (KKM) tarafından sınıflandırılmaktadır. Yapılan tüm vakalarda geçirilen toplam sürelerde sunucular tarafından kayıt altına alınmaktadır. Bu sınıflandırmaya istinaden ambulans ekipleri tarafından, 'Asılsız ihbar, Başka araçla nakil, Diğer, Diğer ulaşılan, Görev iptali' başlıkları altında sınıflandırılan vakalar gereksiz meşguliyet oluşturan vakalar olarak değerlendirilmiştir.

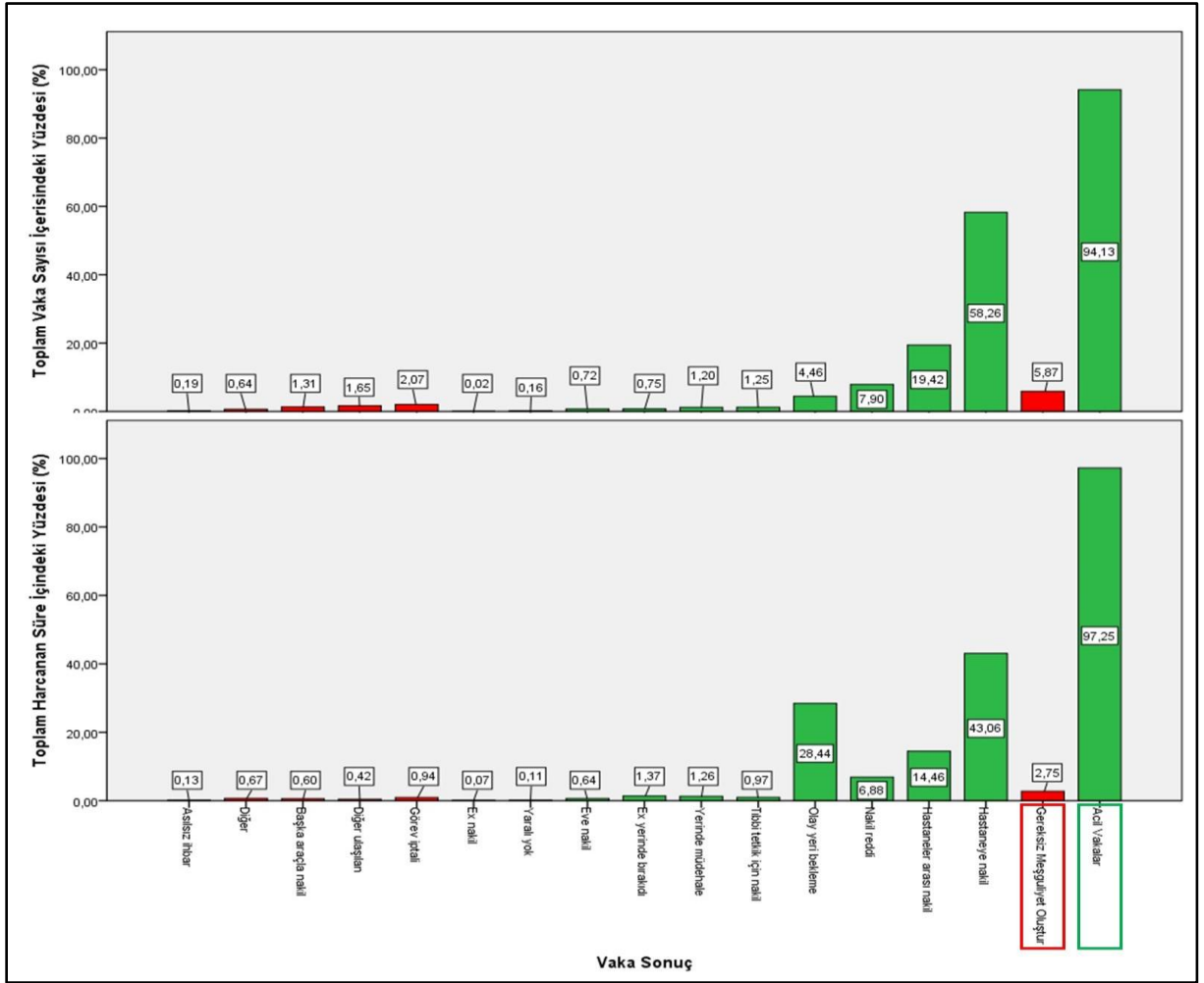
Gereksiz meşguliyet oluşturan vakalar için harcanan toplam süre diğer grubu oluşturan acil vakalar ile karşılaştırılmıştır. Oluşan gereksiz meşguliyetin yarattığı zamansal kayıplar, maliyetin boyutları, sistemde oluşturabilecekleri diğer olumsuz etkileri açısından değerlendirilmiştir.

## **BULGULAR**

2016 yılı TÜİK verilerine göre Çanakkale nüfusu 519.793'dir (Anonim 2017). Sağlık bakanlığının 14.12.2016 tarihinde güncellediği 2015 yılı sağlık istatistikleri yılına göre Türkiye geneli istasyon başına düşen nüfus 33.896 kişi iken ambulans başına düşen nüfus 18.584' dür (Anonim 2015). Çanakkale ilinde ambulans başına düşen nüfus 18.518 (519.793 /

27), İstasyon başına düşen nüfus ise 22.599 (519.793/23) olarak hesaplanmıştır. Çanakkale ülke geneli ile karşılaştırıldığında yeterli istasyon ve ambulans sayısına sahiptir.

Çanakkale 112 ASH' inde 2016 yılı toplam 50.508 vakaya müdahalede bulunulmuştur. Toplam müdahale edilen vakalar içerisinde 2.965 (%5,87)'ü 'Asılsız ihbar, Başka araçla nakil, Diğer, Diğer ulaşılan, Görev iptali' gibi gereksiz meşguliyet oluşturan vakalar olarak sınıflandırılan vakalardan oluşmaktadır. Ayrıca tüm vakalar için harcanan süre içerisinde bu vakalar için harcanan süre de %2.75 olarak görülmektedir (Şekil 1).



Şekil 1. Vaka sonuçlarına göre vaka sayıları ve toplam harcanan vaka süreleri dağılımları (■ Gereksiz meşguliyet oluşturan vakalar ■ acil vakalar).

112 ASH' nin 2016 yılı verilerine göre tüm vakalar içinde değerlendirme yapıldığında vaka sayısı yüzdesi ve harcanan süreler belirtilmiş buna göre vaka sayı yüzdesi açısından en yüksek oran %58.26 ile hastaneye nakil iken en düşük oran %0.02 ile ex nakil olmuştur. Tüm vakalar harcama süre yüzdesi olarak değerlendirildiğinde en yüksek oran %43.06 ile hastaneye nakil en düşük oran ise %0.07 ile ex nakil olarak gerçekleşmiştir. Hastaneye nakil başlığı

altındaki vakalar ambulans ekibinin hastaya olay yerinde müdahalesinin ardından uygun olan en yakın sağlık kuruluşuna hastayı bırakma işlemidir. Ex nakil ise olay yerinde yaşamını yitirmiş hastaların ambulans ekibi ile naklinin gerçekleştirilmesi olarak kayıt altına alınmaktadır (Tablo 1).

**Tablo 1.** Vaka sonuçlarına göre vaka sayıları ve harcanan süre dağılımları (sa.: saat, dk.: dakika, sn.: saniye)

	Vaka Sonuç	Toplam Vaka sayısı	Vaka Sayısı Yüzdesi	Harcanan Süre (Saat: sa., Dakika: dk., Saniye:sn.)	Harcanan Süre Yüzdesi
Müdahalede bulunmayan vakalar	Asılsız ihbar	98	0,19 %	26 sa. 49 dk. 41 sn.	0,13 %
	Başka araçla nakil	661	1,31 %	120 sa. 25 dk. 47 sn.	0,60 %
	Diğer	325	0,64 %	134 sa. 22 dk. 44 sn.	0,67 %
	Diğer ulaşılan	834	1,65 %	84 sa. 19 dk. 37 sn.	0,42 %
	Görev iptali	1047	2,07 %	189 sa. 38 dk. 26 sn.	0,94 %
Müdahalede bulunan vakalar	Eve nakil	363	0,72 %	128 sa. 23 dk. 16 sn.	0,64 %
	Ex nakil	10	0,02 %	13 sa. 41 dk. 38 sn.	0,07 %
	Ex yerinde bıraktı	377	0,75 %	276 sa. 44 dk. 14 sn.	1,37 %
	Hastaneler arası nakil	9810	19,42 %	2921 sa. 31 dk. 36 sn.	14,46 %
	Hastaneye nakil	29427	58,26 %	8701 sa. 30 dk. 14 sn.	43,06 %
	Nakil reddi	3988	7,90 %	1389 sa. 18 dk. 8 sn.	6,88 %
	Olay yeri bekleme	2253	4,46 %	5746 sa. 8 dk. 4 sn.	28,44 %
	Tıbbi tetkik için nakil	631	1,25 %	196 sa. 29 dk. 24 sn.	0,97 %
	Yaralı yok	79	0,16 %	22 sa. 52 dk. 45 sn.	0,11 %
	Yerinde müdahale	605	1,20 %	254 sa. 5 dk. 51 sn.	1,26 %
<b>2016 yılı toplam vaka</b>		<b>50508</b>	<b>100 %</b>	<b>20403 sa. 52 dk. 17 sn.</b>	<b>100 %</b>

Toplam vaka sayısı toplam ambulans sayısına bölünerek ambulans başına düşen vaka sayısı bulunmuştur ( $50.508 / 27 = 1870$ ). Bu oranlama sonucuna göre bir yılda ambulans başına toplam 1870 vaka düşmektedir. 2016 yılı verilerine göre gereksiz vaka sayısı olan 2965 vakayı ambulans başına düşen vaka sayısına oranladığımızda ( $2965/1870=1.58$ ) toplam ambulansların %5.5' inin gereksiz vakalar için kullanıldığı görülmektedir.

Ayrıca Çanakkale 112 ASH' de 2016 yılı tüm vakalar için toplam harcanan süre 20.403 saat olarak gerçekleşmiş bu sürenin 556 saati gereksiz vakalar için harcanmıştır. Toplam süreler açısından bakıldığında 2016 yılı için ambulans başına düşen çalışma saati  $20403 / 27 = 755,66$  saat olarak gerçekleşmiştir. Gereksiz vakalar için harcanan toplam süre ile karşılaştırıldığında da  $755 / 556 = 0.736$  gibi bir oran karşımıza çıkmaktadır. Bu oranlar değerlendirildiğinde bir ambulansın yıllık çalışma saatine yakın bir saatin bu vakalar için harcandığı görülmektedir.

Ambulansların gereksiz kullanımlarının ekonomik olarak değerlendirilmesinde ödeme sistemine bakılmalıdır. Sağlık bakanlığı kamu satış tarifesine göre belirlenmiş olan ambulans ücretleri Tablo 2' de gösterilmiştir. Kamu satış tarifesine göre acil yardım ambulansları tür ve

donanımlarına göre vaka başı ve geçirilen süre ile orantılı bir ücret uygulamaktadır. Bu ücretler hastaya yansıtılmamakta sosyal güvenlik sistemi ve kamu finansmanı üzerinden karşılanmaktadır.

Tablo 2Sağlık Bakanlığı Tarafından Belirlenen Ambulans Hizmetleri Fiyat Listesi (Anonim, 2016)

G-AMBULANS HİZMETLERİ FİYAT LİSTESİ		
KOD	GENEL UYGULAMA	TÜRK LİRASI
SA300100	Acil ambulans görevlendirme fiyatı *	198,00
SA300110	Nakil ambulans görevlendirme fiyatı *	34,00
SA300123	Yenidoğan ambulans görevlendirme fiyatı *	260,00
SA300190	Olay yeri yönetim ve triaj (olay yerinde değerlendirilen her vakaya uygulanacaktır)	50,00
SA300200	Dekontaminasyon ücreti (vaka başı)	155,00
SA300210	Refakatçi (kişi başı kara ambulansları için)	20,00
SA300220	Vaka değerlendirme ücreti	33,00
SA300230	Şehir içi ve dışı kilometre başı ambulans ücreti (Acil yardım, nakil, yoğun bakım, obez, kar paletli, yenidoğan ve diğer özel donanımlı ambulans)	2,00
SA300265	Kamu ve Özel Kurum Kuruluşların PlanlıToplantı, Hava Limanları (24 saat hizmet vermeyen hava limanları için), Spor Müsabakaları, Gösteri Veya Eğitimlerinde Ambulans Görevlendirme (Milli Ve Dini Bayramlarda yapılacak görevlendirmeler hariç ) (Saat Başı)*	166,00

Vaka başına fatura sistemi üzerinden değerlendirme yaptığımızda gereksiz olan 2965 vakanın toplam kaba maliyetinin  $2965 \times 198,00 = 587.070$  TL olduğu görülmektedir. Bu kaba maliyetin yanında ambulansların, kullanılan araç ve gereçlerin amortisman giderleri ne yazık ki belirlenememektedir. Ayrıca en önemli sorunlardan biri ambulansın gereksiz meşguliyeti sırasında ambulans hizmetine gerçekten ihtiyaç duyan hasta yada yaralıların kayıplarıdır.

## TARTIŞMA

Sağlık sektörünün gelişimi hasta ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayarak sağlanabilecektir. Bu nedenle hükümetler yalnızca sağlık kuruluşlarının sundukları hizmetleri devam ettirmeleri için yeni mali kaynaklar bulmak zorunda kalmamakta aynı zamanda mevcut kaynakların en etkili biçimde kullanımı ve hasta memnuniyetini sağlamaya çalışmaktadırlar (Shabbir vd., 2010, s.2458)

Araştırmalar göstermektedir ki; sağlık hizmetlerinde aşırı ve gereksiz sağlık hizmetlerinin tüketimi ile ilişkili olan verimsizliğin önüne geçmek; talep oryantasyonlu (hasta odaklı) maliyet paylaşım düzenlemelerinden ziyade, arz oryantasyonlu maliyet sınırlama düzenlemelerinin (ödeme yöntemleri, kullanımın gözden geçirilmesi, tedavi protokolleri ve rehberleri gibi) kullanımı ile sağlanabilir (Dawson, 1999: 1-3).

Sağlık hizmetlerinde devletin sunduğu hizmetin verimini artırmak için maliyet

paylaşımı, cezai yaptırımlar gibi uygulamalar ile ambulansların gereksiz kullanılmalarının önüne geçmelidir. 112 ASH' leri sunumunda gereksiz kullanım kriterlerinin belirlenmesi, bu kriterlere istinaden kullanım oranları, sistemin meşguliyeti, maliyet analizlerinin yapılması, zamansal ve maddi kaynak israfının belirlenmesi sistemin verimli kullanılmasını sağlamak açısından önem taşımaktadır.

Yapısı itibari ile insanların en zor durumlarında verilen bu hizmetin kendine has bazı özellikleri nedeniyle bireylerin sağlıklı karar verememeleri, olayın büyüklüğü ya da karmaşası nedeniyle yapılan yanlış ve aksaklıklar sistem tarafından kabul edilebilir. Ancak sistemin bu boşluğundan yararlanmaya çalışanlar ve suistimal edenler için mutlak suretle yaptırımların ve cezai işlemlerin uygulanması gerekmektedir.

## **SONUÇ**

112 ASH'leri kapsamında yürütülmekte olan ambulans hizmetlerinin gereksiz meşgul edildiği, amacı dışında ve suistimal nedeniyle kullanıldığı yapılan çalışma ile gösterilmiştir. Bu kullanımın bilinçsizlik, eğitimsizlik gibi sosyo-kültürel nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Yaşayan her bireyin nerede ve ne zaman hangi şartlarda ihtiyaç duyacağı belli olmayan bu hayati hizmeti bu şekilde kullanmasının önüne geçilerek gerçekten hizmete ihtiyaç duyanların mağdur edilmemesi, mevcut kaynakların gereksiz kullanılmaması, zamansal ve ekonomik kayıpların önüne geçilmesi gerekmektedir.

Sağlık bakanlığı ülke genelinde eğitim kampanyaları ile bilinçlendirme çalışmaları yaparak, hali hazırda kullanılan kamu spotu uygulamalarını artırılarak toplumun algı düzeyini değiştirebilir. Ayrıca gereksiz meşguliyete sebep olanlar için cezai yaptırımlar uygulanması da sağlıklı çalışma ortamının sağlanması açısından önem taşımaktadır. Ayrıca sistemi suistimal edenlere karşı maddi yaptırımların yanında hukuki yaptırımlarında gerekli düzenlemeler ile sağlanması hem sistem hem de sisteme gerçekten ihtiyaç duyanların yararına olacaktır.

## KAYNAKLAR

- 1- Anonim (1950). İnsan Hakları ve Temel Özgürlüklerin Korunmasına İlişkin Sözleşme. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi. F-67075, Strasbourg cedex. ([www.echr.coe.int](http://www.echr.coe.int), son erişim tarihi: 18.07.2017)
- 2- Anonim (2015). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. ISBN: 978-975-590-627-0, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1054. Ankara.
- 3- Anonim (2016). Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, (<http://tig.saglik.gov.tr>, son erişim tarihi: 17.08.2017)
- 4- Anonim (2017). Yıllara Göre İl Nüfusları Dağılımı 2000-2016. TÜİK Adrese Göre Nüfus Dağılımları. ([www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr), son erişim tarihi 19.07.2017)
- 5- Benli A.R., Koyuncu M., Cesur Ö., Karakaya E., Cüre R., Turan M.K. (2014). Karabük İli 112 Acil Ambulans Hizmetleri Kullanımının Değerlendirilmesi. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, DOI: 10.4328/JCAM.2755.
- 6- Dawson D. (1999). "Why Charge Patients?". *Eurohealth*, Vol. 5, No: 3, s. 1-3.
- 7- Kıdak L., Keskinoglu P., Sofuoğlu T., Ölmezoğlu Z. (2009). İzmir İlinde 112 Acil Ambulans Hizmetlerinin Kullanımının Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 19 (3): 113-119.
- 8- Langhelle A., Lossius H.M., Silfvast T., Björnsson H.M., Lippert F.K., Ersson A, et al. (2004). International EMS systems: The Nordic countries. *Resuscitation*. 61:9-21.
- 9- Maceira D. (1998). Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives. Outcomes and Organizational Impact in Developing Countries. *Partnership For Health Reform, Major Applied Research 2*, Working Paper. Contract No.: HRN-C-00-95-00024. Project No.:936-5974.13
- 10- Shabbir S., Kaufmann H.R., Shehzad M. (2010). Service Quality, Word of Mouth and Trust: Drivers To Achieve Patient Satisfaction. *Scientific Research and Essays*, 5(17), 2457-2462.
- 11- Top M., Tarcan M. (2007). Hastane Sektöründe Kaynak Akışı: Hastane Ödeme Yöntemleri (Mekan/Zamanları). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 9/1. 169 – 189.
- 12- Victor C.R., Peacock J.L., Chazot C., Walsh S., Holmes D. (1999). Who calls 999 and why? A survey of the emergency workload of the London Amulance Service. *J Accid Emerg Med*, 16: 174-8.
- 13- Yıldırım H.H., Yıldırım T., Erdem R. (2011). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin Bir Durum Değerlendirmesi. *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt 44, Sayı 2, s. 71-98.

# Azerbaycan'da Göçmen Ve Mültecilerin Sağlık Hakları: Yasal Çerçeve, Mevcut Durum, Sorunlar Ve Olası Çözüm Önerileri

Doç. Dr. Mahmut AKBOLAT<sup>1</sup>  
Najiba RAFİZADE<sup>2</sup>  
Çiğdem UĞAN<sup>3</sup>

## ÖZET

**Çalışmanın Problemi:** Sosyal ve ekonomik krizler ve savaşlar sebebiyle tetiklenen göçmen ve mülteci akını, hem göçe maruz kalan bireyleri ve toplulukları, hem de bu süreçte barınak rolü taşıyan toplum ve ülkeleri etkilemektedir. Bu mesele çok sayıda göçmen ve mülteciye (sığınmacılar dahil) ev sahipliği yapan Azerbaycan için de önemli bir sorundur. Bu kapsamda en ciddi sorun, göçmen ve mültecilerin sağlığı ve sağlığa erişimleri önündeki engellerdir. Bu çalışmada Azerbaycan örneğinde göçmen ve mültecilerin sağlığa erişim problemleri ve hakları incelenmektedir.

**Çalışmanın Amacı:** Çalışmanın amacı Azerbaycan'da yaşayan göçmen ve mültecilerin sağlığa erişim konusundaki sorunlarını belirlemek ve mevcut yasal düzenlemeleri de dikkate alarak çözüm önerileri geliştirmektir.

**Metod:** Çalışma alan araştırmasına dayanmaktadır. Veri toplama aracı olarak göçmen ve mültecilerin sağlık hizmetlerinden yararlanırken sahip oldukları imkanlar ve karşılaştıkları sorunlar ortaya koyan bir anket formu kullanılmıştır. Veriler, Azerbaycan'ın Bakü, Sumqayıt ve Hırdalan şehirlerinde yaşayan 230 göçmen (işçi göçmen, yabancı uyruklu öğrenci vb.) ve mülteciye uygulanmıştır. Çalışmanın en büyük kısıtı, Azerbaycan'ın ikinci büyük kenti olan Gence'de de planlanmış olmasına karşılık yapılamamasıdır.

**Bulgular ve Sonuç:** Çalışmanın bulgularına göre Azerbaycan'da, daha çok Gürcistan (%24,78), ve Afganistan'dan (%19,13) gelen göçmen ve mülteciler yaşamaktadır. %63,91'i erkeklerden oluşan mülteci ve göçmenlerin büyük çoğunluğu 25-44 yaş aralığındadır. Göçmenlerin ve mültecilerin yalnızca %15,65'i ücretsiz hizmet alabildiğini, ödemeleri özel sigorta ya da cepten karşılamak zorundan kaldıklarını ifade etmiş ve %42,17'si menşe ülkelerinde daha iyi sağlık hizmeti aldıklarını belirtmişlerdir. Azerbaycan sağlık sisteminde göçmen ve mülteciler açısından neler yapılabilir sorusunun cevabı çalışmanın önerisini oluşturmaktadır. Buna göre sistemin en önemli problemi ücretlerin yüksek olmasıdır. Bu sebeple göçmen ve sığınmacıların hizmet almasını kolaylaştıracak sigorta ya da ücretsiz hizmet gibi önlemler alınmalı; Azerbaycan vatandaşlarının sahip olduğu haklar göçmen ve mülteciler için de sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Hakkı, Azerbaycan'da sağlık hakkı, Göçmen, Mülteci, Azerbaycan

<sup>1</sup>Sakarya University/Healthy Care Management/Turkey/[makbolat@sakarya.edu.tr](mailto:makbolat@sakarya.edu.tr)

<sup>2</sup>Sakarya University/Healthy Care Management/Turkey/[cigdemugan@sakarya.edu.tr](mailto:cigdemugan@sakarya.edu.tr)

<sup>3</sup>Sakarya University/Healthy Care Management/Turkey/[rafizade\\_najiba@yahoo.com](mailto:rafizade_najiba@yahoo.com)



## **THE HEALTH RIGHTS OF MIGRANTS AND REFUGEES IN AZERBAIJAN: LEGAL FRAMEWORK, CURRENT SITUATION, PROBLEMS AND POSSIBLE SOLUTION SUGGESTIONS**

### **ABSTRACT**

**Problem Statement:** The influx of migrants and refugees caused by social and economic crises and wars affect both migrating persons and groups, and communities and countries playing the role of shelter for them in this process. This is a significant problem for Azerbaijan, which be home to a huge number of migrants and refugees (including asylum seekers). One of the serious problems in this context is the health of migrants and refugees and the obstacles to their access to the health care. In this study, the problems occurring within the access of migrants and refugees to the health care and their rights to health care analyzed on the example of Azerbaijan.

**Purpose of Study:** The purpose of this study is to identify the problems of access to health care of migrants and refugees living in Azerbaijan and to develop solution proposals to them, taking into account the existing legislative regulations.

**Method:** This study based on field research. As a tool of collecting data, a questionnaire form was used that sets out the opportunities and problems that immigrants and refugees have when using health services. Data were collected on 230 migrants (migrant workers, foreign students, etc.) and refugees living in Baku, Sumqayit and Khirdalan cities of Azerbaijan. Despite the fact that it was planned to conduct a questionnaire survey in Ganja, which is the second largest city of Azerbaijan, this has not been achieved, which is a great limitation of the study.

**Findings and Conclusion:** According to results of the study, the majority of migrants and refugees have been living in Azerbaijan, came from Georgia (24,78%) and Afghanistan (19,13%). Most of the migrants and refugees are men (63.91%) and in the age of 25-44 years. Only 15.65% of respondents indicated that they use free healthcare services, the rest of them must carry out health care expenditures through the private insurance or pocket payments; 42.17% of migrants and refugees claim that the quality of medical services in their origin country is higher than Azerbaijan. The answer to the question of what can be done for migrants and refugees in the health system of Azerbaijan is the proposal of this study. According to this, the most important problem of the system is the high fees. For this reason, migrants and refugees find it difficult to obtain health services. Therefore, to facilitate the usage of healthcare services by migrants and asylum seekers should be improved policies such as health insurance or free healthcare service, and rights granted to the citizens of Azerbaijan should be provided for them.

**Key Words:** Healthcare Rights, Healthcare Rights in Azerbaijan, Migrant, Refugee, Azerbaijan

## GİRİŞ

Göçmen kavramı farklı ülkelerde farklı şekillerde tanımlanmaktadır (Ducket, 2001: 1). Bu durum sürecin kavranmasında çelişiklere sebep olmaktadır (Çağlayan, 2006: 68). Uluslararası hukukta “göçmen” kavramı genel olarak yabancılar, vatansızlar, göçmen işçiler, mülteciler ve sığınmacılara yönelik olarak kullanılmaktadır (Ducket, 2001: 7). Ancak, literatür incelendiğinde bu kavramların farklı anlamlar ifade ettiği görülmektedir. Göçmen; *genellikle ekonomik nedenlerle veya içinde bulunduğu sosyal ortamın hoşnutsuzluğu nedeniyle kendi ülkesini gönüllü olarak terk ederek başka bir ülkeye yasal veya yasadışı yollarla giden ve orada yaşayan yabancı* olarak tanımlanmaktadır (Ziya, 2012: 232). Bu çerçeveden bakınca, göçmen ve mülteci kavramları karıştırılabilmektedir. Aslında bu iki kavram farklı durumlar için kullanılmaktadır. Mültecinin göç etmesine neden olan şey, hayatını kaybedeceğinden endişe etmesi ya da zulme uğrayacağı korkusu olmasına (Cenevre Sözleşmesi, 1951, m.1); rağmen; göçmenin göç etme sebebi kendi sosyo-ekonomik durumunu değiştirme isteği, eğitim vb. faktörlerdir (Ziya, 2012: 232-233; Thet, 2014: 3-4). Bu bakış açısıyla, mülteci kategorisinin kapsamına sığınmacılar da girmektedir. Zira, sığınmacılar, henüz mülteci statüsü almamış, ancak mültecilerin ülkelerini terk etmelerine sebep olan şeylerden dolayı ülkesinden göç etmek zorunda kalmış kişilerdir (Küçük, 2015: 195). Dolayısıyla çalışmada mülteci terimi aynı zamanda sığınmacıları kapsayacak şekilde kullanılmaktadır.

Azerbaycan’da göç sorunu, Sovyetler Birliğinden ayrılarak özgürlük elde ettiği dönemden itibaren yaşanmaya başlamıştır. Azerbaycan ile Ermenistan arasında yaşanan savaş ve özgürlük mücadelesi sürecinde Azerbaycan’a çok sayıda mülteci gelmiştir. Fakat Azerbaycan’ın ekonomik sarsıntı yaşamasından dolayı da çok sayıda insan göçmen olarak yurt dışına çıkmak zorunda kalmıştır. Bununla birlikte, 1996 yılından itibaren Azerbaycan’daki durum değişmiş ve Azerbaycan artık göçmen kabul eden ülke konumuna gelmeye başlamıştır (Siar, 2008: 11). Azerbaycan’ın göç sürecine dinamik bir şekilde katılması, göçün ülkedeki sosyal duruma, özellikle de kamu sağlığına etkisinin araştırılmasını önemli hale getirmiştir (Oberoi ve diğ., 2013: 23).

Dünyada 214 milyona ulaşan göçmen sayısı (Oberoi ve diğ., 2013: 11), Azerbaycan özelinde farklı şekilde tezahür etmektedir. Azerbaycan’a gelen göçmenler genel olarak, Azerbaycan’ı daha önce terk edip de yeniden dönüş yapan Azerbaycanlılar, Gürcistan’dan gelen ve etnik olarak Azerbaycan Türklerinden oluşan gruplar ve çalışmak amacıyla bu ülkeye gelen işçi göçmenlerden oluşmaktadır (Rumyansev, 2012: 1-2). Azerbaycan göçmen ve mülteci haklarını iç hukuk sisteminin yanı sıra; Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (1950), Tüm Göçmen İşçilerin ve Aile Fertlerinin Haklarının Korunmasına dair Uluslararası Sözleşme (1990), Göçmen İşçilerin Hukuki Statüsü Hakkında Avrupa Sözleşmesi (1979), Mültecilerin Hukuki Durumuna İlişkin Sözleşme (1951), İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (1948) (BMqT, 2013: 15-19; Fact sheet, 2008: 9) gibi çeşitli uluslararası sözleşmeler ile de koruma altına almaktadır.

### **Göçmen ve Mültecilerin Sağlık Hakkı**

Pozitif statülü sosyal ve ekonomik haklar (İkinci Kuşak insan hakları) kapsamında değerlendirilen sağlık hakkı (Metin, 2017: 46-47; Kalabalık, 2009: 52; Harrington ve Stuttaford, 2010: 1) temel insan haklarının bir parçasıdır (Fact sheet No 31, 2008: 6; Duckett, 2001: 7). Bu hak sadece sağlıklı olma anlamına gelmemekte (Metin, 2017: 48; Pace, 2009: 7), aynı zamanda tehlikesiz çevre, sağlıklı beslenme ve hizmetlere erişimde eşitlik gibi farklı hakları da ihtiva etmektedir (Fact sheet No 31, 2008: 3). Sağlık hakkı, sağlığı temel konu

edinmiştir, “sağlık” terimi ise Dünya Sağlık Örgütü Anayasası ve 1978 Alma-Ata bildirgesine göre “fiziksel, zihinsel ve sosyal anlamda tam bir iyi olma hali”dir (Temiz, 2014: 167; Metin, 2017: 47). Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesinin (ESKHUS) 12. Maddesinin 1. fıkrası sağlık hakkını, *herkesin yüksek beden ve ruh sağlığı standartlarından yararlanma* hakkı olarak belirlemiştir (Erdoğan, 2007: 231; Fact sheet No 31, 2008: 9). Sadece bu tanımlar dikkate alındığında bile sağlık hakkı, *kişinin en üst seviyede ulaşabileceği beden ve ruh sağlığı* olarak tanımlanabilir (Fact sheet No 31, 2008: 5; Pace, 2009: 7). Sağlık hakkı, ESKHUS dışında birçok uluslararası sözleşmelerle de tanınmaktadır ki, bu sözleşmeler aynı zamanda göçmen ve mülteci haklarını da koruma altına almaktadır. Örneğin, 1965 Her Türlü Irk Ayrımcılığının Ortadan Kaldırılmasına dair Uluslararası Sözleşme (5. madde); 1979 Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Uluslararası Sözleşmesi; 1990 Tüm Göçmen İşçilerin ve Aile Fertlerinin Haklarının Korunmasına dair Uluslararası Sözleşme (11/1-(f), 12 ve 14/2 ve 6. maddeleri); 1989 Çocuk Hakları Sözleşmesi (24. madde); 1990 Tüm Göçmen İşçilerin ve Aile Fertlerinin Haklarının Korunmasına Dair Uluslararası Sözleşme (28, 43/e ve 45/c maddeleri) (Fact sheet No 31, 2008:9; Harrington ve Stuttaford, 2010: 1). Ayrıca, Avrupa Sosyal Şartı'nın 11. maddesi de kişilere *ulaşabilecekleri en yüksek sağlık düzeyinden yararlanmasını mümkün kılan her türlü faydalanma* hakkını tanımıştır (Temiz, 2014: 173).

Azerbaycan Cumhuriyeti, taraf olduğu sözleşmelerle birlikte Anayasasında da sağlık hakkının korunmasını güvence altına almıştır. Azerbaycan Cumhuriyeti Anayasası'nın 41. maddesi (sağlığın korunması) devletin sağlığın korunması yükümlülüğünü teminat altına almaktadır. Sağlık hakkı Anayasa'nın 27. (yaşama hakkı), 31. (güvenlik içinde yaşama hakkı) ve 39. (sağlıklı çevrede yaşama hakkı) maddelerinde de güvence altına alınmıştır. Sağlık hakkının korunmasını sağlayan temel haklar yaşam hakkı ve ayrımcılığın yasaklanması haklarıdır (Pace, 2009: 11-12). Ayrımcılığın yasaklanması hakkı, yabancıları, devletlerin ve diğer kişilerin ayrımcı muamelesine karşı korumaktadır (Pace, 2009: 16) ve Azerbaycan Cumhuriyeti de taraf olduğu sözleşmelere istinaden bu hakkın sağlanmasını ve koruma altına alınmasını temin etmekle yükümlüdür.

Bu çalışmayla Azerbaycan'da yaşayan göçmen ya da mültecilerin Azerbaycan'ın ulusal ve uluslararası hukuk nezdinde güvence altına aldığı sağlık ya da sağlığa erişim hakkında ne derecede yararlanabildiğini ve bu bireylerin sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerini ortaya koymak amacıyla düzenlenmiştir.

### **Yöntem**

Bu çalışmanın amacı Azerbaycan'da yaşayan göçmen ve mültecilerin sağlığa erişim konusundaki sorunlarını belirlemek ve mevcut yasal düzenlemelerin dikkate alınmasıyla çözüm önerilerini geliştirmektir. Çalışma alan araştırmasına dayanmaktadır. Veri toplama aracı olarak göçmen ve mültecilerin sağlık hizmetlerinden yararlanırken sahip oldukları imkanlar ve karşılaştıkları sorunlar ortaya koymaya yönelik bir anket formu kullanılmıştır. Veriler, Azerbaycan'ın Bakü, Sumqayıt ve Hırdalan şehirlerinde yaşayan 230 göçmen (işçi göçmen, yabancı uyruklu öğrenci vb.) ve mülteciye uygulanan anketlerden elde edilmiştir. Veriler tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmanın en büyük kısıtı, Azerbaycan'ın ikinci büyük kenti olan Gence'de de planlanmış olmasına rağmen, gerekli izin alınamaması sebebiyle bu ilde uygulanamamasıdır.

## **Bulgular**

Çalışmanın bulgularına göre Azerbaycan'a gelen göçmen ve mültecilerin menşei, Gürcistan (%24,78), Afganistan (%19,13), Pakistan (%8,26), Türkiye (%7,83), Rusya (%5,22), İran (%3,48), Eski Sovyet Ülkeleri (%10,0), Avrupa kökenli ülkeler (%8,26), Asya kökenli ülkeler (%9,57), Müslüman Arap kökenli ülkeler (%1,30)'dir. Çalışmaya katılanların %2,17'si menşe ülke belirtmekten kaçınmıştır. Bununla birlikte, göçmen ve mültecilerin en büyük grubunu, Gürcistan'dan gelen ve etnik olarak Azerbaycan kökenli olan göçmenler (%24,78) ve kendilerini mülteci olarak tanımlayan Afganistan'dan (%19,13) gelen sığınmacılar oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan göçmen ve mültecileri %63,91'i erkek, %36,09'u kadınlardan oluşmaktadır. 35 yaş altındaki katılımcılar, tüm katılımcıların yarısından daha fazla (%52,61) olup; bu oran 45 ve üzeri yaş grubunda %10,87'ye düşmektedir. Statülerine göre incelendiğinde çalışmaya katılanların %19,96'sı kendisini mülteci

<sup>1</sup>, %6,09'u sığınmacı, %27,39'u göçmen<sup>2</sup>, %20,87'si işçi göçmen, %27,39'u yabancı uyruklu öğrenci olarak nitelendirmekte; %1,30'u ise statüsünü belirtmemektedir.

Çalışmanın bulgularına göre, göçmen ve mültecilerin çoğu (%62,17) statülerinden dolayı her hangi bir sağlık kuruluşuna müracaat edememektedirler. Buna karşılık, %37,83'lük bir grup kendilerinin hizmet alabilecekleri bir kuruluşa yönlendirildiklerini ifade etmektedirler. Kendilerinin bir sağlık kuruluşuna yönlendirildiğini belirten gruba nerelere yönlendiriliyorsunuz sorusuna cevap olarak; %21,84'ü (19 kişi) kamu hastanesi/hizmeti veren kuruluşlar, %20,69'u (18 kişi) aile hekimliği (oliklinik), %26,89'u (26 kişi) özel klinik, %11,49'u (10 kişi) UNHCR nereye yönlendirirse şeklinde cevap vermişlerdir. %16,09'luk bir grup (14) kişi bu soruya cevap vermek istememiştir.

Katılımcıları %33,50'si Azerbaycan'a geldikten sonra sağlık hizmeti alma alışkanlıklarının olumsuz yönde değiştiğini belirtmişlerdir. Bu değişiklikte en önemli faktör, hizmetlerin pahalı olması ve buna bağlı olarak zorlandıkları için insanların sağlık kuruluşlarına başvurmamalarıdır (%50,65). Göçmen ve mültecilerin yalnızca %15,65'i ücretsiz hizmetlerden yararlanabilmekte, büyük bir bölümü (68,70) cepten ödeme yaparak hizmet alabilmektedir. Çoğunluğunu işçi göçmenlerin oluşturduğu %15,65'lik bir kesim sağlık giderlerini özel sigorta marifeti ile karşılamaktadır. Çalışmaya katılan göçmen ve mültecileri %42,17'si menşe ülkelerinde daha iyi sağlık hizmeti alabildiklerini belirtmelerine karşılık; bu oran Azerbaycan için %32,51'dir. Her iki ülkenin hizmetlerinden memnun olduğunu belirtenlerin oranı ise %20,87'dir. Buna karşılık %4,35'lik bir kesim hem kendi menşe ülkesindeki hizmetlerden, hem de Azerbaycan'daki hizmetlerden memnun olmadıklarını belirtmişlerdir.

## **Sonuç ve öneriler**

Göçmenler, özellikle de işçi göçmenler sağlık sorunu yaşadıkları ve bu sorunu finansal durumları kötü olduklarından dolayı gideremedikleri için çoğu durumda menşe ülkelerine dönmek zorunda kalmaktadırlar (Duckett, 2001: 9). Ayrıca, pek çok durumda göçmenler ayrımcılığa uğramakta ve sağlık hakkından sırf göçmen olduklarından dolayı yararlanamamaktadırlar (Fact sheet No. 31, 2008: 18). Bu durum düzensiz göçmenlerin sağlık haklarının korunmasını daha da güç bir hale sokmaktadır (Pace, 2009: 18; Fact sheet No. 31,

<sup>1</sup> Bu gruba mülteciler (resmi olarak statü almış) dışında bazı sığınmacılar da girmekte. Burada kişilerin kendilerini belirlemeleri esas götürülmüştür.

<sup>2</sup> Bu gruba işçi göçmenler'in aile fertleri, düzensiz göçmenler ve Azerbaycan'da yaşama amacıyla gelenler girmekteler.

2008: 18). Sağlık hizmeti alma konusunda en fazla mağduriyet yaşayanlar ise mülteci ve sığınmacılardır (Pace, 2009: 25). Ayrıca, Azerbaycan Cumhuriyeti Göç Kanununun 74/1. maddesine göre *Azerbaycan Cumhuriyetinde bulunan yabancılar ve vatansız kişiler Azerbaycan'ın taraf olduğu Uluslararası Sözleşmelerde diğer durum öngörülmemişse Azerbaycan Cumhuriyeti vatandaşlarıyla aynı haklardan yararlanabilirler*. Ancak çalışmanın sonuçlarına göre Azerbaycan'da yaşayan göçmen ve mültecilerin pek çoğu bu hakları yeteri kadar kullanamamaktadır. Bu sebeple mülteci ve göçmenlerin bu haklardan yararlanabilmesi için sosyal sigorta sistemi ya da devlet bütçesinden karşılanması dahil önlemler alınmalıdır.

Çalışmanın sonuçlarına göre, göçmen ve mültecilerin yarısından fazlası pahalı olması ve buna bağlı sebeplerle hizmet almakta zorlanmaktadır. Halbuki, Azerbaycan Cumhuriyetinin “Yerinden Edilmiş ve Onlara Eşdeğer Tutulan Kişilerin Sosyal Güvenlikleri Hakkında” 1999 yılında kabul edilen 669-İQ Nolu Yasası yerinden edilmiş kişilerin tıbbi güvence dahil, diğer sosyal güvenlik haklarını da koruma altına almaktadır (Yasa No 669-İQ, m.4). Aynı şekilde, Azerbaycan Cumhuriyetinin “Mülteci ve Yerinden Edilmiş Kişilerin Statüsüne İlişkin” yasa mültecilere gerekli olması halinde ücretsiz ilaç verilmesi, sağlık yardımından yararlandırma ve insani yardım verilmesi gibi sosyal güvencelerine dair hükümleri içermektedir (Yasa No 668-İQ, 1999). Bu yasaların işlerliği sağlanmak suretiyle mülteci ve göçmenlerin ekonomik olarak zorlanmasına sebep olan sağlık hakkının kullanılmasının önü açılabilir.

Azerbaycan Cumhuriyeti'nin Ahalinin Sağlığının Korunması hakkında yasasının 10. maddesine göre Azerbaycan Cumhuriyetinde uzun süreli oturma izniyle yaşayan vatansız kişiler, sağlık hakkından Azerbaycan Cumhuriyeti'nin vatandaşlarıyla aynı düzeyde yararlanabilirler. Aynı madde mültecilere ilave bazı haklar tanımaya karşılık, işçi göçmenler ve yabancı uyruklu öğrenciler de dahil olmak üzere göçmenlere kendi vatandaşlarına sağlanan ücretsiz sağlık hizmetinden yararlanma hakkını tanımamaktadır. Bu durum, bu kişilerin hizmet almasını zorlaştırmakta ya da hizmet almak için kendi ülkelerine dönmelerine sebep olabilmektedir. Bu tür bireylerin de yasa kapsamına alınarak ikinci kuşak haklardan olan sağlık hakkına erişimleri kolaylaştırılabilir.

Son olarak, göçmenlerin sağlık haklarının korunması sadece onların iyi hizmet almasına katkı sağlamamakta, aynı zamanda o ülkede hastalıkların yayılmasının önlemesine de olumlu yönde etki etmektedir. Çünkü sağlıklı bir ortamın oluşturulması için hem sağlıklı işçi (Task Team, 2013: 36), hem de sağlıklı toplum üyeleri gereklidir (Pace, 2009: 15). Sonuç olarak, göç olgusunun hem göçmen ve mültecilere, hem hedef ve menşe ülkelere faydalarının zararlarından çok olması için göçmen ve mültecilere vatandaşların sahip oldukları haklar sağlanmalıdır. Bu sebeple göçmen ve sığınmacıların (göçmenler için bu uygulama yasayla öngörülmüştür) sağlık hizmetini almasını kolaylaştırmak amacıyla onlara sigorta ya da ücretsiz hizmet gibi imkânların sağlanması önerilmektedir.

## Kaynakça

- Azərbaycan Cumhuriyyətinin Ahalinin Sağlığının Korunması Hakkında Yasası (Azerbaycanca). (1997). No. 360-IQ [http://sehiyye.gov.az/ehalinin saqlamliqi qorunmasi haqqinda qanun .html](http://sehiyye.gov.az/ehalinin_saq_lamliqi_qorunmasi_haqqinda_qanun_.html) Erişim Tarihi: 25.08.2017
- Azərbaycan Respublikasının miqrasiya məcəlləsi (*AC Göç Kanunu*). (<http://www.migration.gov.az/images/pdf/9778a60c8f5c9da93ea5b5dba8769e4d.pdf>) Erişim Tarihi: 20.08.2017
- BMqT (2013). *Miqrasiya: Beynəlxalq normaların xülasəsi, ayrı-ayrı milli sənədlərin, rosedur və təsisatların təhlili, beynəlxalq standartlara uyğunluğun təkmilləşdirilməsinə dair tövsiyələr*. Beynəlxalq Miqrasiya Təşkilatı (BMqT). International Organization for Migration (İOM). Bakı
- DUCKETT, Margaret (2011). *Migrants rights` to health*. UNAİD information centre. Geneva [http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc519-migrantsrighttohealth\\_en.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc519-migrantsrighttohealth_en.pdf) Erişim Tarihi: 20.08.2017
- ÇAĞLAYAN, Savaş (2006). *Göç kuramları, göç ve göçmen ilişkisi*. Muğla Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Sayı 17.s. 67-91
- ERDOĞAN, Mustafa (2007). *İnsanhaklariteorisivehukuku*. Orion yayınevi. Ankara
- Fact sheet No 31. (2008). *The right to health*. Office of the UNHCHR and WHO. <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf> Erişim Tarihi: 20.08.2017
- Harrington, John ve Stuttaford, Maria (2010). *Global health and human right: legal and philosophical perspectives*. Routledge research in human rights. Routledge. Taylor&Francis group. London&New York. Downloaded by Sakarya University in 2014.
- İOM (2013). *International migration, health and human rights*. [http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO\\_IOM\\_UNOHCHRPublication.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication.pdf) Erişim Tarihi: 20.08.2017
- KALABALIK, Halil (2009). *İnsan hakları hukuku*. Seçkin yayınları. Ankara
- KÜÇÜK, Nurçin (2015). *Mülteci çocukların hukuki statüsü. Legal status of Refugee children*. İzmir Baro dergisi, Sayı No. 1, ss.191-210
- Məcburiköçkünlərinə onlara bərabər tutulan şəxslərin sosial müdafiəsi haqqında qanun (1999). Qanun No. 669-İQ <http://e-qanun.az/framework/4758> Erişim Tarihi: 18.08.2017
- METİN, Bayram (2017). *Sağlık hakkı*. Derleme. Sağlık akademisyenleri dergisi. Cilt 4, sayı 1. ss. 46-50
- Mültecilerin hukuki durumuna dair sözleşme. (1951). Cenevre <http://www.ombudsman.gov.tr/contents/files/45516--Mültecilerin-Hukuki-Durumuna-Dair-Sozlesme.pdf> Erişim Tarihi: 17.08.2017
- OBEROİ, Pia, SOTOMAYOR, Juana, PACE, Paola, RİJKS, Barbara, WEEKERS, Jacqueline ve WALILEGNE, YehenevTsegaye (2013). *International migration, health and human rights*. International Organization for Migration (İOM) [http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO\\_IOM\\_UNOHCHRPublication.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublication.pdf) Erişim Tarihi: 20.08.2017
- PACE, Paola (2009). *Migration and the right to health: a review of international law*. International migration law No 19. IOM [http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml\\_19.pdf](http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_19.pdf) Erişim Tarihi: 20.08.2017
- Qaçqınların və Məcburi köçkünlərin statusu haqqında Azərbaycan Respublikasının Qanunu. (1999). No 668-İQ

- <http://www.migration.gov.az/images/pdf/62f84ca90946195627c796dc294152f4.pdf>  
Erişim Tarihi: 17.08.2017
- RUMYANSEV, Sergey (2012). *Immigrants in Azerbaijan: current situation and prospects of (re)integration policy*. CARİM-East Research Report. <http://www.carim-east.eu/media/CARIM-East-2012-RR-43.pdf> Erişim Tarihi: 20.08.2017
- SİAR, Sheila (2008). Migration in the Republic of Azerbaijan: a country profile. International Organization for Migration (İOM). Geneva  
[http://iom.hu/PDF/migration\\_profiles2008/Azerbaijan\\_Profile2008.pdf](http://iom.hu/PDF/migration_profiles2008/Azerbaijan_Profile2008.pdf) Erişim Tarihi: 25.08.2017
- Task Team (2013). *Health in the post-2015 agenda*. Report of the global thematic consultation on health. The World we Want [http://www.post2015hlp.org/wp-content/uploads/2013/04/health-in-the-post-2015-agenda\\_LR.pdf](http://www.post2015hlp.org/wp-content/uploads/2013/04/health-in-the-post-2015-agenda_LR.pdf) Erişim Tarihi: 18.08.2017
- TEMİZ, Özgür (2014). *Türk hukukunda bir temel hak olarak sağlık hakkı*. Ankara Üniversitesi hukuk fakültesi. Ankara Üniversitesi SBF dergisi, cilt 69, No 1, ss.165-188.
- THET, Kyaing Kyaing (2014). *Pull and push factors of migration: a case study in the urban area of Manywa township, Myamar*. News from the world of statistics. Vol.1, issue 4 <http://www.worldofstatistics.org/files/2014/03/Pull-and-Push-Factors-of-Migration-Thet.pdf> ; <http://www.worldofstatistics.org/files/2014/03/March-24-2014.pdf> Erişim Tarihi: 20.08.2017
- ZİYA, Olcay (2012). *Mülteci-göçmen belirsizliğinde iklim mültecileri*. Türk Barolar Birliği Dergisi, sayı No 99. Ss.230-240

## Kuşaklar Arasındaki Sanal Kaytarma Davranışlarının Belirlenmesi

Arş. Gör. Mustafa AMARAT<sup>1</sup>  
Arş. Gör. Ayhan DURMUŞ<sup>2</sup>  
Hümeysra ŞAHİN<sup>3</sup>  
Mine GÜLERYÜZ<sup>4</sup>

### ÖZET

**Çalışmanın Problemi:** Günümüzde farklı kuşaklar aynı çalışma ortamını birlikte paylaşmaktadırlar. Teknolojideki gelişmeler ve değişimlerle birlikte farklı kuşakların farklı özelliklere sahip olması onların tutum ve davranışlarını değiştirmektedir. Böylelikle farklı kuşakların mesai saatleri içerisinde gelişen ve değişen teknoloji nedeniyle sanal kaytarma davranışları göstermesi kaçınılmaz hale gelmektedir. Bu bağlamda, X ve Y kuşağı sağlık çalışanlarının mesai saatleri içerisinde işleri dışındaki iletişim teknolojilerini kullanım düzeylerini ve sanal kaytarma eğilimlerinin belirlenmesi üzerine odaklanılmaktadır.

**Çalışmanın Amacı:** X ve Y kuşağı sağlık çalışanlarının çalışma saatleri içerisinde önemli ve önemsiz sanal kaytarma davranışında bulunup bulunmadıklarını araştırmaktır.

**Metod:** Çalışmayı, Sakarya il merkezinde faaliyet gösteren bir kamu hastanesinde görev yapan X kuşağı (74) ve Y kuşağı (76) olmak üzere toplamda 150 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır.

**Bulgular ve Sonuç:** Çalışmanın bulgularına göre, Y kuşağında olan katılımcıların X kuşağında olan katılımcılara göre internet erişimi için cihazları daha fazla kullandığı ve X kuşağındaki katılımcıların Y kuşağındaki katılımcılardan daha az internette vakit geçirdikleri tespit edilmiştir. Ayrıca, önemli ve önemsiz sanal kaytarma davranışı ile kuşaklar arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak, Y kuşağının X kuşağından daha fazla sanal kaytarma davranışında bulunduğunu söyleyebiliriz.

**Anahtar Kelimeler:** X ve Y Kuşağı, Sanal Kaytarma, Sağlık Çalışanı  
Sunum Dili: Türkçe

<sup>1</sup> Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü [mustafaamarat@sakarya.edu.tr](mailto:mustafaamarat@sakarya.edu.tr)

<sup>2</sup> Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü [ayhandurmus@sakarya.edu.tr](mailto:ayhandurmus@sakarya.edu.tr)

<sup>3</sup> Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi

<sup>4</sup> Sakarya Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü Öğrencisi



## **Determination of Cyberloafing Behaviors Between Generation**

### **ABSTRACT**

**Problem of the Study:** At the present time, different generations share the same working environment together. Along with the developments and changes in technology, different generations having different characteristics change their attitudes and behaviors. In this way, it is inevitable for different generations to show cyberloafing behaviors due to changing and developing technology during working hours. In this context, the level of use of X and Y generation communication technologies in their work outside the hours of health workers and the determination of cyberloafing trends is focused.

**Purpose of Study:** The aim of this research is to investigate whether X and Y generation health workers are involved in significant and insignificant cyberloafing behavior during working hours.

**Method:** The work constitutes a total of 150 health workers, including X generation (74) and Y generation (76), who work in a public hospital operating in the province of Sakarya. In the analysis of the data, descriptive statistical methods were used.

**Findings and Conclusion:** According to the findings of the study, participants in the Y generation were more likely to use the devices for internet access than participants in the X generation and participants in the X generation were found to spend less time on the Internet than participants in the Y generation. It was also found that there is a significant difference between significant and insignificant cyberloafing behavior and generations. As a result, we can say that Y generation has found more the cyberloafing behavior than X generation.

**Key Words:** X and Y generation, cyberloafing , health employee

## GİRİŞ

Teknolojideki gelişmelerle birlikte, kuşaklar yıllarca birbirlerinden farklı özellikler göstererek değişmektedirler (Bako: 2016: viii). Böylelikle, günümüzde farklı kuşaklar aynı çalışma ortamını paylaşmaya başlamışlardır. Bunlar; sessiz kuşağın (1925-1945) emekli olmayan çalışanları, işkolik bebek patlaması kuşağı (1946-1964), geleneksel X kuşağı (1965-1980) ve sorgulayıcı, talepkar ve değişimin öncüsü Y kuşağı (1981-1995) dir (Yiğit Seyfi, 2016: 103; Fox, 2011: 24 ). Aynı zamanda, farklı kuşakların aynı çalışma ortamındaki beklenti ve değerlerinin farklı olması nedeniyle çalışanların tutum ve davranışlarında da farklılık görülmektedir (Kayacan, 2016: iii).

**X Kuşağı (1965-1980):** Çeşitli ekonomik ve sosyal krizler döneminde doğduklarından dolayı kayıp kuşak olarak da adlandırılmaktadırlar. Bu kuşak; mali, ailevi ve sosyal güvensizlik ve hızlı değişim, büyük çeşitlilikler ve kesin olmayan bir gelenek ortamında yetişen kuşak olarak ele alınmaktadır (Mücevher, 2015: 11). X kuşağının genel özellikleri arasında, kendilerini yönetebilen, faydacı, şüpheli, bağımsız olmayı seven ve genellikle çalışkanlık gibi nitelikler sayılabilir (Fox, 2011: 27; Reilly, 2012: 3).

**Y Kuşağı (1981 -1995):** Teknolojiye merak duyan bir kuşaktır. Teknolojik dünyanın içinde doğmuş ve teknoloji ile bilgisayar hayatlarının bir parçası halindedir (Skiba, 2005: 370). Bu kuşaktaki bireyler, genç, akıllı, özgürlüklerine düşkün olduğu kadar teknoloji düşkünlüdürler. Günlerini medya ve iletişim teknolojileri ile geçirmektedirler ve teknoloji onların hayatlarındaki pek çok şeyin simgesi halindedir (Mücevher, 2015: 14).

Sanal kaytarma, çalışanların mesai saatleri süresince örgütün internet erişimini, kişisel elektronik postalarını kontrol etmek ve iş ile doğrudan ilgili olmayan web sayfalarını ziyaret etmek amacıyla kötüye kullanma yönündeki gönüllü davranışları (Lim, 2002: 677) olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca sanal kaytarma, sadece örgüte ait araçların kullanılmasıyla gerçekleştirilen bir davranış olmayıp aynı zamanda çalışanların kendi akıllı cihazları ile internet olanaklarından iş amaçları dışında faydalanma yönünde gerçekleştirdikleri davranışlar (Kaplan ve Ögüt, 2012: 4) şeklinde de ifade edilmektedir.

Sanal kaytarma ile ilgili farklı sınıflandırmalar bulunmaktadır. Bu çalışmada, önemsiz ve önemli sanal kaytarma boyutları incelenmektedir. Önemsiz sanal kaytarma; e-mail teknolojisinin ve internetin yaygın olarak kullanıldığı alanlar ile sınırlanmaktadır. Bunlar, e-mail almak veya göndermek, haber kanallarına girip haber indirmek, spor ve finans sitelerine girmek ve bunları okumak gibi aktiviteleri içermektedir. Önemli sanal kaytarma; bireye ve örgüte zarar veren, örgütü kanunlarla karşı karşıya getiren sanal kaytarma davranışlarıdır. Örneğin bunlar, kumar, sohbet odalarına katılma, kanunsuz müzik indirme, yetişkin odaklı siteleri ziyaret etme gibi etkinlikleri içermektedir (Özkalp vd., 2012: 25).

## YÖNTEM

Çalışmanın amacı, X ve Y kuşağı sağlık çalışanlarının çalışma saatleri içerisinde önemli ve önemsiz sanal kaytarma davranışında bulunup bulunmadıklarını araştırmaktır. Çalışmanın evrenini Sakarya il merkezinde faaliyet gösteren bir kamu hastanesinde görev yapan 203 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçiminde tabakalı örneklem yönteminden yararlanılmıştır. Çalışmanın örneklemi ise X kuşağı (74) ve Y kuşağı (76) olmak üzere toplamda 150 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Çalışmanın verileri araştırmacılar tarafından katılımcılarla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Anketin ilk bölümünü katılımcıların sosyo-

demografik özelliklerine ilişkin 9 ifade ve ikinci bölümünü ise sanal kaytarma davranışlarını belirlemek için Arslan ve Demir (2016) geliştirilen 10 ifadeli sanal kaytarma ölçeği oluşturmaktadır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır.

### BULGULAR

Tablo 1’ de Araştırma kapsamında kullanılan sanal kaytarma ölçeğinin ve alt boyutlarının kuşaklara göre güvenilirlik analiz sonuçları görülmektedir. Buna göre, önemsiz sanal kaytarma alt boyutunun Cronbach’s Alpha değeri Y Kuşağında 0,515 bulunurken, X Kuşağında 0,578 bulunmuştur. Önemli sanal kaytarma alt boyutunun Cronbach’s Alpha değeri Y Kuşağında 0,713 bulunurken, X kuşağında 0,610 bulunmuştur. Sanal kaytarma ölçeğinin ise Cronbach’s Alpha değeri Y Kuşağında 0,790 bulunurken, X Kuşağında 0,724 bulunmuştur. Bu durum Sanal kaytarma ölçeği ve önemli sanal kaytarma alt boyutunun Y kuşağında güvenilir bir değere sahip olduğunu ve önemsiz sanal kaytarma alt boyutunun ise Y Kuşağında güvenilirlik derecesinin düşük olduğu görülmektedir. X Kuşağında sanal kaytarma ölçeğinin güvenilir bir değere sahip olduğu, fakat önemli ve önemsiz sanal kaytarma alt boyutlarının ise güvenilirlik derecelerinin düşük olduğu görülmektedir. Genel olarak Cronbach’s Alpha değeri bakıldığında önemli sanal kaytarma için 0,710, önemsiz sanal kaytarma 0,583 ve sanal kaytarma ise 0,792 bulunmuştur.

Ayrıca çalışmada Tablo 1’ de görüldüğü gibi, Y kuşağı olan katılımcıların sanal kaytarma algıları ( $1,76 \pm 0,54$ ) ve X kuşağı olan katılımcıların sanal kaytarma algıları ise ( $1,42 \pm 0,39$ ) bulunmuştur.

**Tablo 1: Sanal Kaytarma Ölçeği ve Boyutlarının Güvenirlik Analizi Bulguları (n=150)**

		Önemli Sanal Kaytarma	Önemsiz Sanal Kaytarma	Sanal Kaytarma
Ortalama	X KUŞAĞI	1,34	1,63	1,42
	Y KUŞAĞI	1,65	2,04	1,76
Standart Sapma	X KUŞAĞI	0,36	0,63	0,39
	Y KUŞAĞI	0,54	0,70	0,54
Cronbach's Alpha	X KUŞAĞI	0,610	0,578	0,724
	Y KUŞAĞI	0,713	0,515	0,790
	<b>Toplam</b>	0,710	0,583	0,792

Tablo 2’ de araştırmaya katılan çalışanların kuşaklara göre dağılımı yer almaktadır. Katılımcıların %49,3’ü X Kuşağı ve %50,7 ise Y Kuşağından oluşmaktadır.

**Tablo 2: Katılımcıların Kuşaklara Göre Dağılımı (n=150)**

	n	%
X KUŞAĞI	74	49,3
Y KUŞAĞI	76	50,7
Toplam	150	100,0

Tablo 3’ te araştırmaya katılan çalışanların sosyo – demografik özelliklerinin kuşaklara göre dağılımına yer verilmiştir. *X Kuşağına göre*; katılımcıların %59,5’ini kadın ve %40’ını erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında %47,3 ünün lisans eğitimine sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında %91,9

çoğunlukla evli olduğu ve katılımcıların %90,5' inin çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Katılımcıların meslek grubuna göre %51,4 ünün idari personelden oluştuğu ve katılımcıların %66,2'sinin tedavi hizmetlerinde çalıştığı görülmektedir. *Y Kuşağına göre ise*; katılımcıların %78,9 u kadın ve %21,1 ise erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların çoğunu %51,3 ile ön lisans mezunları oluşturmaktadır. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında %57,9' unun evli olduğu ve katılımcıların %51,3' ünün çocuk sahibi olduğunu görülmektedir. Katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımına bakıldığında %81,6 ile idari personelden oluştuğu ve katılımcıların çalıştıkları birimlerinin %56,6' sının tedavi hizmetlerinde çalıştığı görülmektedir.

**Tablo 3: Katılımcıların Kuşaklara Göre Sosyo – Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguları (n=150)**

		X KUŞAĞI		Y KUŞAĞI	
		n	%	n	%
<b>Cinsiyet</b>	<b>Erkek</b>	30	40,5	16	21,1
	<b>Kadın</b>	44	59,5	60	78,9
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>İlköğretim</b>	2	2,7	1	1,3
	<b>Lise</b>	10	13,5	7	9,2
	<b>Ön Lisans</b>	10	18,9	39	51,3
	<b>Lisans</b>	10	47,3	25	32,9
	<b>Lisansüstü</b>	10	17,6	4	5,3
<b>Medeni Durum</b>	<b>Evli</b>	68	91,9	44	57,9
	<b>Bekâr</b>	6	8,1	32	42,1
<b>Çocuk Sahibi Olma</b>	<b>Evet</b>	67	90,5	39	51,3
	<b>Hayır</b>	7	9,5	37	48,7
<b>Meslek Grubu</b>	<b>İdari Personel</b>	38	51,4	62	81,6
	<b>Sağlık Personeli</b>	36	48,6	14	18,4
<b>Çalışılan Birim</b>	<b>İdari Birimler</b>	25	33,8	33	43,4
	<b>Tedavi Hizmetleri</b>	49	66,2	43	56,6

Tablo 4'te katılımcıların X ve Y Kuşaklarına göre internete ulaşmak için kullandıkları cihazların sıralamasına yer verilmiştir. Buna göre, Y Kuşağında olan katılımcıların X Kuşağında olan katılımcılara göre internet erişimi için cihazları daha fazla kullandığı görülmektedir. Y kuşağındaki katılımcıların %96,1' i internete ulaşmak için cep telefonunu kullanırken, X kuşağındaki katılımcıların ise %87,8' i cep telefonunu kullanmaktadır. Her iki kuşakta da internete ulaşmak için en az kullanılan cihazın kişisel bilgisayar olduğu görülmektedir.

**Tablo 4: Katılımcıların Kuşaklara Göre İnternet Erişiminde Kullandıkları Cihazlar**

	X KUŞAĞI		Y KUŞAĞI	
	n	%	n	%
<b>Cep Telefonu</b>	65	87,8	73	96,1
<b>İş Yeri Bilgisayarı</b>	33	44,6	45	59,2
<b>Kişisel Bilgisayar</b>	2	2,7	4	5,3

Tablo 5' te X ve Y Kuşaklarına göre internette geçirdikleri süreler görülmektedir. X Kuşağındaki katılımcıların %73 ünün 1 saatten az internette vakit geçirdikleri belirlenmiştir. Aynı zamanda X kuşağındaki katılımcıların 3 saatten fazla internette hiç vakit geçirmediği belirlenmiştir. Y Kuşağındaki katılımcıların ise, %44,7 sinin 1 saatten az, %26,3' ünün 1 - 2 saat arasında, %21,1' inin ise 2 - 3 saat arasında internette vakit geçirdikleri tespit edilmiştir. Aynı zamanda Y kuşağındaki katılımcıların % 7,9' unun 3 saatten fazla internette vakit geçirdikleri belirlenmiştir.

**Tablo 5: Katılımcıların Kuşaklara Göre İnternette Geçirdikleri Süre**

	X KUŞAĞI		Y KUŞAĞI	
	n	%	n	%
<b>1 saatten az</b>	54	73,0	34	44,7
<b>1-2 saat</b>	14	18,9	20	26,3
<b>2-3 saat</b>	6	8,1	16	21,1
<b>3 saatten fazla</b>	0	0,0	6	7,9

Sanal kaytarma davranışı ile kuşaklar arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Buna göre, Tablo 6’ da önemli ve önemsiz sanal kaytarma davranışı ile kuşaklar arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Analiz sonuçlarına göre, Y kuşağının önemli sanal kaytarma davranış algısı ( $1,64 \pm 0,54$ ) X kuşağı önemli sanal kaytarma davranış algısı ( $1,34 \pm 0,36$ ) düzeyinden yüksektir. Aynı zamanda Y kuşağının önemsiz sanal kaytarma davranış algısı ( $2,04 \pm 0,70$ ) X kuşağının önemsiz sanal kaytarma davranış algısından ( $1,62 \pm 0,63$ ) yüksek olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 6: Sanal Kaytarma ile Kuşaklar Arası Bağımsız Örneklem t Testi Analizi Bulguları**

		n	Ort.	Standart Sapma	t	p
<b>Önemli Sanal Kaytarma</b>	<b>X KUŞAĞI</b>	74	1,3378	,35593	4,129	<b>,000</b>
	<b>Y KUŞAĞI</b>	76	1,6447	,53832		
<b>Önemsiz Sanal Kaytarma</b>	<b>X KUŞAĞI</b>	74	1,6261	,63138	3,759	<b>,000</b>
	<b>Y KUŞAĞI</b>	76	2,0351	,69831		

## SONUÇ

Bu çalışma ile sağlık sektöründe X ve Y kuşağı çalışanların çalışma saatleri içerisinde önemli ve önemsiz sanal kaytarma davranışında bulunup bulunmadıkları araştırılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, Y kuşağında olan katılımcıların X kuşağında olan katılımcılara göre internet erişimi için cihazları daha fazla kullandığı ve X kuşağındaki katılımcıların %73 ünün 1 saatten az internette vakit geçirirken Y kuşağındaki katılımcıların %55,3’ ün 1 saatten fazla internette vakit geçirdikleri bulunmuştur. Buna göre kullanımı artan akıllı telefonların internete erişim imkanı sağlamanın bu cihazların iş yerine kullanımını artırdığını söyleyebiliriz. Aynı zamanda Y kuşağındaki çalışanların X kuşağındaki çalışanlara göre internette daha fazla vakit geçirdiklerini ve daha çok sanal kaytarma davranışında bulduklarını söyleyebiliriz. Literatürde benzer çalışmalar bulunmaktadır (Arslan ve Demir, 2016; Kaplan ve Çetinkaya, 2014; Hartijasti ve Fathonah, 2014; 2015, 2016)

Çalışmanın bir diğer sonucuna göre, önemli ve önemsiz sanal kaytarma davranışı ile kuşaklar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur. Bu farklılığın Y kuşağının önemli ve önemsiz sanal kaytarma davranış algısının X kuşağının önemli ve önemsiz sanal kaytarma davranış algısından yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Buna göre, Y kuşağının X kuşağından daha fazla sanal kaytarma davranışında bulunduğunu söyleyebiliriz. Dolayısıyla sanal kaytarma davranışının daha çok Y kuşağındaki bireylerde görüldüğünü ve bunun Y kuşağının interneti aktif kullanması ve sosyal medya vb. uygulamaların daha çok kullanmasından kaynakladığını ifade edebiliriz. Ayrıca, Y kuşağının teknoloji içerisinde yetişmesinin ve teknolojinin olmadığı bir ortamda kalmanın onlar için zor olduğunu da söyleyebiliriz. Bu sonuca ilişkin literatürde benzer olan çalışmalar sınırlı sayıda yer almaktadır (Hartijasti ve Fathonah, 2014; 2015).

Bu sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde her ne kadar Y kuşağının sanal kaytarma davranış algılı X kuşağındaki çalışanlardan düşük olsa da, sağlık çalışanlarının sanal kaytarma davranışına yatkınlıkları düşük seviyededir. Bu durum sağlık çalışanlarının yoğun çalışma

ortamı ve saatlerinin olmasından veya yönetimin internete ulaşımı sınırlamaya ilişkin kararları ile ilişkilendirilebilir.

#### KAYNAKÇA

- Arslan, E.T. ve Demir, H. (2016). Sanal Kaytarma: Bir Kamu Kurumunda Hemşireler Üzerinde Ampirik Bir Araştırma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 9(43): 1626-1637.
- Bako, M. (2016). The Leadership Style Preferences of Academics from Different Generations: Baby Boomers, Generation X, Generation Y And Generation Z. *Master of Thesis*, İstanbul: İstanbul Kemerburgaz University, Graduate School of Social Sciences.
- Fox, A. (2011). Mixing it up, *HRMagazine*, May: 22-27.
- Hartijasti, Y. ve Fathonah, N. (2014). Cyberloafing Across Generation X and Y in Indonesia. *Journal of Information Technology Applications and Management*. 21(1):1-16.
- Hartijasti, Y ve Fathonah, N. (2015, June). Motivation of ,Cyberloafers in the Workplace Across Generations in Indonesia. *International Journal of Cyber Society and Education*, 8(1): 49-58.
- Hartijasti, Y. (2016). Is Serious Internet Deviance a Problem in Indonesian Workplace?. *Asian Journal of Information and Communications*. 8(2): 96-107.
- Kaplan, M. ve Çetinkaya, A.Ş. (2014). Sanal Kaytarma ve Demografik Özellikler Açısından Farklılıklar: Otel İşletmelerinde Bir Araştırma. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*. 25(1): 26-34.
- Kaplan, M. ve Ögüt, A. (2012). Algılanan Örgütsel Adalet ile Sanal Kaytarma Arasındaki İlişkinin Analizi: Hastane Çalışanları Örneği. *İşletme Fakültesi Dergisi*, 13(1): 1-13.
- Kayacan, E. (2016). X ve Y Kuşaklarının Motivasyon Kaynakları: Bankacılık Sektörü Üzerine Bir Alan Araştırması. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Lim, V.K.G. (2002). The IT Way of Loafing on the Job: Cyberloafing, Neutralizing and Organizational Justice. *Journal of Organizational Behavior*, 23: 675-694.
- Mücevher, M.H. (2015). X ve Y Kuşağının Birbirlerine Karşı Özellik ve Etkileşim Algıları: Sdü Örneği. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Özkalp, E., Aydın, U. ve Tekeli, S. (2012). Sapkın Örgütsel Davranışlar ve Çalışma Yaşamında Yeni Bir Olgu: Sanal Kaytarma (Cyberloafing) ve İş İlişkilerine Etkileri, *Çimento İşveren*, 26 (2): 18-33.
- Reilly, P. (2012). Understanding and Teaching Generation Y. *English Teaching Forum*, 1: 1-11. Mexico.
- Skiba D. J. (2005). The Millennials: Have They Arrived at Your School Of Nursing?. *Nursing Education Perspectives*. 25(6): 370-371.
- Yiğit Seyfi, Ü. (2016). X ve Y Kuşaklarının Ruhsal Zeka Özellikleri İle Çalışma Algıları Üzerine Bir Analiz. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

# **Stress Among Nurses In Private And Government Hospitals In The Turkish Republic Of Northern Cyprus (TRNC)**

Naskhanym CHAUSHEVA [1]

Prof.Dr. Ruhi Selçuk TABAK [2]

## **Introduction**

Stress is a common problem that influences all human beings at various times in their lives. Stress is known as a factor which affects not only the well-being of the employees but also the work related actions, such as absenteeism, turnover and negligence (Kinman & Jones, 2005). The health profession is thought to be highly stressed compared with others since nurses supply a service to highly stressed persons, and in addition personnel frequently find themselves in stressful situations (Görgülü, 1990). Over the last few years symptoms of occupational stress or in other words professional stress seem to be growing among nurses, a phenomenon which has been attributed to a large number of factors ranging from downsizing, restructuring, work demarcation and so on (Tzeng, 2002).

According to the World Health Organization (WHO), work-connected stress is what happens when the demands of the workplace are not compatible with their capabilities or educational level, when these demands are more than they are able to withstand. Stress occurs in a wide range of working conditions but is frequently made worse when workers feel a lack of support from supervisors and co-workers, and if they feel out of control of their work. Frequently, pressure, challenge and stress are confused, and occasionally this is used to lessen the blame on the management in relation to their employment practices. Workplace pressure is inevitable because of the requirements of the modern working environment. Pressure perceived as tolerable by one given person might keep workers alert, capable of learning and working hard, relying on accessible resources and so on. Nevertheless, as soon as that pressure becomes critical, or impossible to manage, it leads to stress. Stress can injure a member of staff's health and workplace performance. Appropriate pressure on employees in order to optimise their capabilities and effectiveness is a healthy thing. As "health is not merely the absence of disease or infirmity but a positive state of complete physical, mental and social well-being" (WHO, 1986), a healthy working environment is one with just one with an absence of perils, but also one with positive health-enhancing aspects.

Stress at work can also have an impact on nurses' personal lives since they struggle with the demands of work and family which contribute to increased psychological burnout (Burke & Greenglass, 2001). High stress in nurses is also linked to poor patient satisfaction levels, poor quality of care, higher mortality rates of patients, more accidents and a higher likelihood of making mistakes at work (Johnston & Pollard, 1991).

## **Aim of the study**

The present study will add to the body of knowledge regarding major stress factors that TRNC nurses face, staffing factors (working hours, shift hours, workload etc.), and the strategies used in order to cope. It was expected that the findings of the current study could be utilized towards instituting proper planning, and improving the nurses' workplace.

The research questions were formulated as follows:

- How prevalent is exposure to stress among nurses working in TRNC hospitals?
- What is the most frequent stressor at the workplace?
- Is exposure to stress different between the nurses working in private hospitals and state hospitals?

- Is exposure to stress related to age, gender, marital status, length of service, type of institution graduated from?

## **Methodology**

### **Type of the Study**

The current study design was a descriptive (cross-sectional) study that used self-reported data.

### **Study Area**

Eight hospitals in the TRNC took part in the survey; five of them were private, and three were government hospitals. The data were collected between March 2016 and May 2016. The number of surveys distributed to nurses was 250 in numbers in different departments of each hospital; however, 142 of them were returned, and only 106 of them were selected as fully filled in. The rate of returned surveys is equal to 52, 8 %. The rest of the surveys missed either demographic information or other required/important parts, and so they were not taken into statistical consideration; the missing data rate is estimated at 25, 4 %.

The survey for the current study was adapted from the study of Kabantay *et al.* with permission, and has been previously used in other studies. The survey was distributed in the Turkish Language as the native language of nurses working in TRNC hospitals is Turkish. This way it would be easier for them to express themselves, and it would be easier for us to gather accurate data. The survey consists of three sections: i) demographics, ii) nurse's stress diagnostic form, iii) coping with stress.

The demographic part consisted in total of sixteen questions with answers to choose from along with the option to specify another answer. The nurse stress diagnostic form consisted of nineteen listed stressors with a Likert Scale from 0 to 10 (0 – lowest; 10 – highest). The 'coping with stress' form consisted of 30 factors that could be chosen by selecting 'not appropriate at all', 'not appropriate', 'appropriate' and 'totally appropriate'.

### **Ethical consideration**

Written permission and approval for survey distribution was obtained from the Ministry of Health of the Turkish Republic of Northern Cyprus to be distributed to the government hospitals. Approval for distribution to the private hospitals was obtained additionally from each private hospital concerned. Participants provided information about the conditions in their working environment in government and private hospitals. Therefore, it was essential to assure all participants of confidentiality. All of the information obtained from the surveys were rendered anonymous, and summarised in order to ensure the individual's identity could not be established.

## **Results**

### **Characteristics of the Participants**

The frequency distribution for categorical variables was calculated according to the data in the survey. The frequency distributions for categorical variables are discussed as follows:

The majority of participated nurses were representatives of the private hospitals (78,1%) and the minority (21,9%) of participated nurses were representatives of the government hospitals. Speaking of marital status, there was a slight difference - 51,4% single nurses, and 48,6% who stated their marital status as married. The findings regarding educational background are as follows: 11,8% - graduates of health colleges, 21,6% - graduates of associate programmes and the majority 66,7% graduates of bachelor (masters & PhD) programmes.



The results for the question of how long nurses have been working were as follows: the smallest percentage of nurses have worked for six to ten years (12.4%), nurses who have worked for eleven or more years (24.8%), nurses who have worked for one year or less (25.7%) and the majority (37.1%) of the respondents have worked for two to five years. It has been found that respondents of the survey mainly chose their field by their own will (72.2%), and few nurses (21.8%) indicated that they had chosen their field without feeling this course of action was through their own free will. However, when it came to the question of whether nurses are working in the service chosen by them the sixty-six of respondents (66.0%) specified choosing the service with their own will and the rest (34%) without their own will.

Very few, 12%, of nurses find their occupation appropriate for them, and a large number of them (88%) find the occupation inappropriate. Nevertheless, only 5.9% of nurses are not satisfied with their working environment at all, while 48% of them are satisfied, and 46.1% are partially satisfied. The majority (56.9%) of respondents' workload 46-60 hours while 34.3% of respondents specified working hours as 40-45 hours and minority of respondents (3.9%) stated 61-80 hours per week.

According to the European Working Time Directive, staff working a 37.5-hour week with one weekend in six commitments is considered as a norm (NHS). However, in our study we have found that in general nurses in the TRNC are working 46-60 hours, which is twice as high.

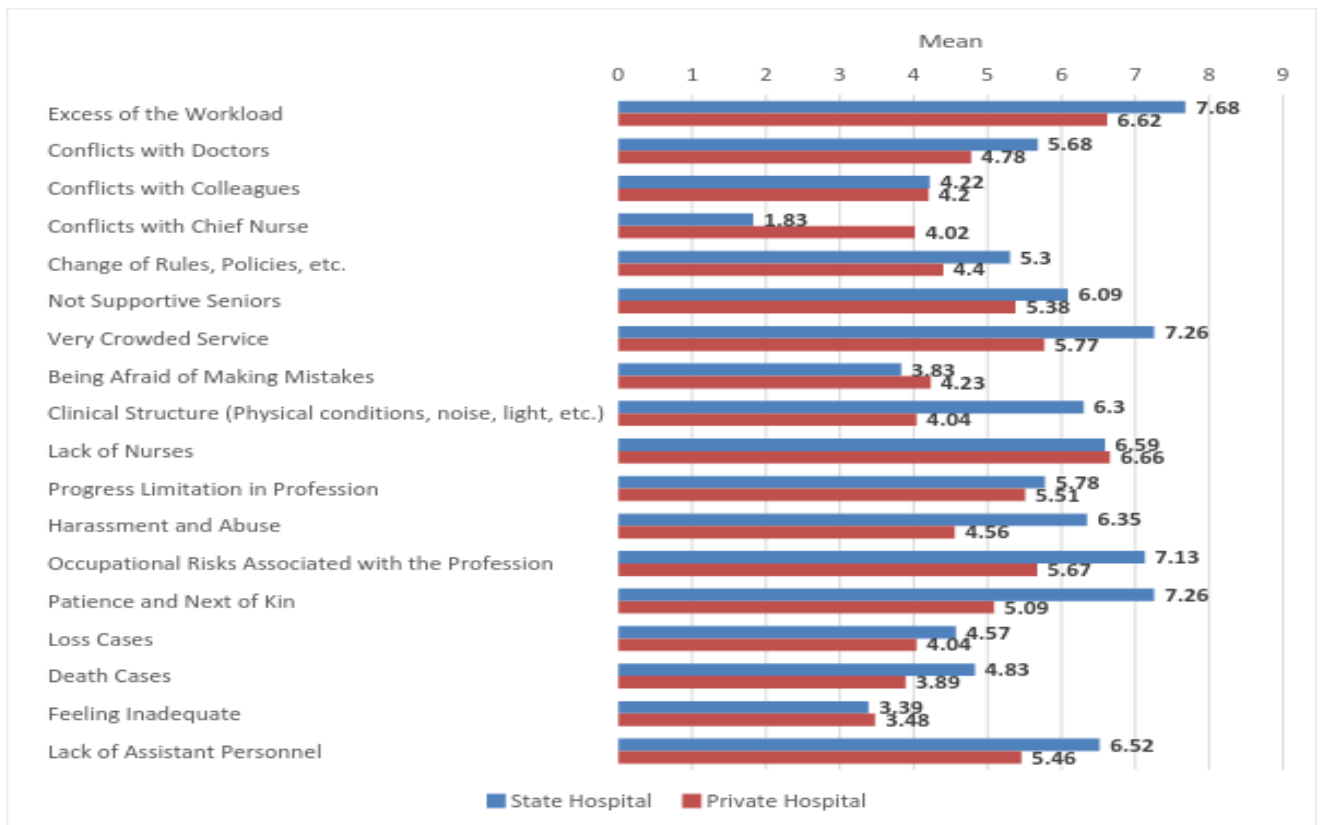
The greatest number of respondents (52.9%) find their salaries insufficient, the smallest number find their salaries adequate.

A vast majority of participating nurses have never taken part in any seminar or programme related to stress.

### **Nurses' stress diagnostic**

Nurses stated that they were affected the most by the following stressor "excessive workload" ( $x=7, 59 \pm 2.514$ ; Figure 1) and affected less from the following stressor "Feelings of inadequacy" ( $x=3, 83 \pm 3,087$ ). In support of our findings, the General Secretary of the Cyprus Turkish Civil Servants Trade Union (KTAMS), Bengihan stated in his report to Gündem Kıbrıs newspaper that there are twelve (12) patients per nurse in the TRNC, whereas in European countries there are five (5) patients per nurse (Gündem Kıbrıs, 2016).

In government hospitals, nurses are affected in the working environment the most by "excessive workload" ( $x=7.63 \pm 2.232$ ), while the least affecting stressor for nurses was found to be "conflict with chief nurse" ( $x=1.82 \pm 3.284$ ). According to our study, nurses in government hospitals conflict with their chief nurse significantly less than those working in private hospitals. This may be due to the permanent nature of the job of nurses who work in government hospitals. These nurses have to adapt to each other in their working environment since they have permanent job, and their colleagues and chief nurses do not change much and are not fired as frequently as those in private hospitals.



**Figure 1** Evaluation of the Level of Impact of Occupational Stress on Nurses Working in Different Healthcare Institutions

As seen in the Figure 1, nurses working in private hospitals in the TRNC are affected the most from the stressors “lack of nurses” ( $x=7.59 \pm 3.048$ ), and “excess of the workload” ( $x=7.54 \pm 2.412$ ). The stressor which affects the least nurses working in the private sector is “feelings of inadequacy” ( $x=3.96 \pm 3.064$ ). The Minister of Health of the TRNC, Sucuoglu., F. has reported to the newspaper Kıbrıs Gazetesi that there is serious lack of nurses in Northern Cyprus. The total shortfall in nurses in the country is 400 (Cansu, 2016). The statement of the Minister supports our study, for in our study it has been found that one of the main causes of stress is “lack of nurses”.

There is a significant difference in stress levels for “conflicts with chief nurse”, in public hospitals ( $x=1.83 \pm 2.284$ ), and private hospitals ( $x=4.02 \pm 3.247$ ), ( $p < 0.05$ ). According to the abovementioned findings, the average of “conflicts with the chief nurse” in state hospitals is significantly lower than those working in private hospitals.

There is a statistically significant difference between the average stress level of overcrowding service in government hospitals and private hospitals ( $p < 0.05$ ). According to the results, the stress levels for “too crowded service” are significantly higher for nurses working in state hospitals ( $x=7.26 \pm 3.078$ ) than the average for employees of private hospitals ( $x=5.77 \pm 2.847$ ).

Results between public hospitals and private hospitals, clinics structure (physical conditions, noise, light, etc.) there is a statistically significant difference in average stress levels ( $p < 0.05$ ). Accordingly, the stress levels related to the structure of clinics in state hospitals ( $x=6.30 \pm 3.586$ ), (physical conditions, noise, light, etc.) is significantly higher than the average employee in a private hospital ( $x=4.04 \pm 2.795$ ). Similar differences are also observed about the other items of the scale.

stress levels were significantly higher for patients and relatives there than those of employees of private hospitals (

In addition, a statistically significant relationship was found between age and being afraid of making mistakes ( $p < 0,05$ ). A negative (33.1%) relationship was calculated between the age variance and nurses being afraid of making mistakes.

Statistically, a significant relationship was found between age and loss and cases of death ( $p < 0,05$ ). A negative relationship was found between the age variance and cases of loss (31.0%) and cases of death (27.5%).

An interpersonal relationship, or relationship with colleagues, chief nurse and doctor can be considered as a stressor (Dalmolin et al., 2009). Conflicts with hierarchies such as conflict with the chief nurse or the doctor may result in dissatisfaction among nurses (Kovacs, 2007). However, conflicts between colleagues, nurses and chief nurse or nurses and doctors should not always be considered as negative factors since some of these situations may cause changes in attitudes or behaviours of the individuals in a positive way and can cause them to change or modify their actions in the workplace (Dalmolin et al., 2009).

### **Coping with Stress**

After analysis different categories were created according to the grouping of the content associated with how stress in the nursing occupation is present in the lives of nurses who work in the different services of both government and private hospitals.

The results of Vodopyanova's research support our study. Vodopyanova (2009) has found that most prevailing sources of stress in the work environment were: too much work (62%), deadlines of assignments (58%), aggressive management style or bad communication system (49%), without the support of the working environment (43 %) and problems with achieving an acceptable balance work / personal life (42%). 64% of those who have experienced stress in the workplace, said that it lowered the degree of job satisfaction, 36% - that it has lowered their productivity, 31 - he had violated their social relations, 29% of the stress caused direct harm to health. Only 14% exposed to occupational stress were given medical help, and 78% have not received any professional advice on how to deal with similar problems. More than half of all respondents experienced strong negative effects of stress at work (58%) and expect that such effects and even more negative effects of stress will emerge in the coming year (Vodopyanova, 2009).



**Figure 2** Evaluation of coping strategies of nurses when they experience stress in the working environment

### Conclusion

Clearly, we can see that staffing shortages, and the co-responding crowding resultant from slow through-put, and work overload are the main causes of stress in the nursing profession in the TRNC. There are many other factors, and none can be fully isolated, yet these three stress factors cluster into one in a sense, and the solution is very obvious. A higher nurse/patient ratio would alleviate a great deal of the stress concerned. The reasons for the stress which TRNC nurses face at work are perceived for the most part as organizational. Results of the current study indicate a potential opportunity for healthcare managers to introduce arrangements in order to reduce workplace stress.

Due to lack of knowledge and skills of dealing and eliminating stress, many other problems occur such as health problems, interpersonal, social, psychological and other. All of which eventually may lead to frustration, exhaustion, burnout and depression. Needless to say, stress may influence the productivity of the nurses, such as absenteeism, turnover, workplace accidents (which can cost the lives of patients).

It has been found in our study that more than half (76%) of nurses have never participated in stress related seminars or other such programmes. This means a lack of awareness and information on how to access coping strategies in relation to stress. This again is a matter for management.

## Acknowledgments

Gratitude is owed to the healthcare institutions that agreed to co-operate with this research, and gratitude is also owed to the individual participants who gave their time and frank responses over the period of the study.

## REFERENCES

- Burke, R.J. and Greenglass, E. R. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict. *Journal of Social Behavior and Personality* 3, 287-302.
- Cansu, A. (2016) 50 Doktor, 400 hemşire açığı var <http://www.kibrisgazetesi.com/?p=810639>
- Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi Filho WD. (2009). Moral distress of nursing workers in their Professional exercise. *Rev Enferm UERJ*. 17(1): 35-40. Portuguese
- Görgülü, S. (1990). Hemşirelik ve İş Ortamı Stresörleri. *Türk Hemşireler Dergisi*. 39 (1): 23-27.
- Gündem Kıbrıs <http://www.gundemkibris.com/bengihan-30-yuksek-hemşire-munhali-yetersiz-173336h.htm> (Retrieved 30 April 2016)
- Johnston M. & Pollard B. (1991) Length of nurses' working shift: stress and information processing. In *Psychology in Hospital* (Biondi C., ed.), Nuova Editrice Spada, Rome, pp. 101–105.
- Kinman, G., Jones, F. (2005) Lay Representations of workplace stress: what do people really mean when they say they are stressed?, 101-102
- Tzeng H. (2002). The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit: an empirical investigation in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*.39:867-78.
- Vodopyanova, N.E. (2009) Psychodiagnosis of Stress Zaghoul, A.A. (2008). Developing and Validating a Tool to Assess Nurse Stress, 224. WHO Protecting Workers' Health Series No 3 (Retrieved 25 May 2016) [http://www.who.int/occupational\\_health/publications/pwh3rev.pdf](http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3rev.pdf)

# Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Olumsuz Hasta Davranışları Kamu-Özel Karşılaştırması Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Örneği

Yrd. Doç. Dr. A.Çetin YİĞİT<sup>1</sup>  
Münevver MEMMEDOVA<sup>2</sup>  
Uzm. Murat AÇIKGÖZ<sup>3</sup>  
Dr. Y. Aras YİĞİT<sup>4</sup>

## 1.GİRİŞ

### 1.1. Sağlık Kurumlarında Şiddet:

Sağlık hizmetlerinde şiddet, gerek hasta tarafından gerekse dışarıdan teşebbüs edilen davranış veya personellere yönelik tehdit, fiziksel istismar ve cinsel saldırıdan meydana gelen tüm davranışlardır.

Sağlık kuruluşları, öncelikle çevresel risk faktörlerinin etkisiyle şiddet olaylarının en çok yaşandığı işyerleri arasındadır. Akıl hastaları, madde bağımlıları ve suçlular gibi, şiddete yatkın kişilere hizmet vermek durumunda olmak en büyük risk faktörüdür. Bu kişilerin yeterince kontrol edilememesi ya da kontrol etme güçlüğü hem yönetici, hem de hizmeti veren sağlık personeli üzerinde büyük baskı yaratmaktadır (Çamcı ve Kutlu 2011, s:14-15).

Sağlık kuruluşlarında birinci öncelik işin devamlılığını sağlamaktır. Bu nedenle, nöbetli çalışma söz konusudur. Devamlılığı sağlayacak yeterli sayıda personelin olmaması, hastalar için hizmet alma süresinin uzaması, hastaların hizmetten yeterince memnun olmaması şiddetle yüzleşme riskini arttırmaktadır (Zhang 2017, s:1).

Özellikle sağlık politikalarından kaynaklanan sorunlar, hasta yoğunluğu, çalışan sayısının azlığı ve kurum güvenliğini sağlamada yaşanan güçlükler de şiddet faktörünü tetikleyen nedenlerdendir. Ayrıca, hasta ve yakınlarını bilgilendirme ve gerekli yerlere yönlendirme konusunda personelin yetersiz kalması ve sağlık kurumlarının koordinasyonunda bir takım politik eksikliklerinin olması bu nedenle de işleyişi olumsuz etkilemesi, bazı hastalık çeşitlerine öncelik verilmesi de şiddet riskini artıran faktörlerdendir (Bahar vd. 2014, s:58).

### 1.2.Sağlık Kurumlarında Şiddetin Boyutu:

Birçok ülkede yapılan çalışmalarda, genelde sağlık çalışanlarının son yıllarda yaygın bir şekilde şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Bir başka deyişle, son yıllarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet küresel bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Benzer biçimde, K.K.T.C 'de görev yapan sağlık çalışanlarının da şiddet ile karşı karşıya oldukları görülmektedir.

Yapılan araştırmalarda şiddetin gerçek boyutunun bilinmediği ve eldeki bilgi ve verilerin yalnızca buzdağının görünen kısmını oluşturduğu belirtilmektedir. İşyeri şiddeti her sektör ve işyerinde görülen bir sorun olmakla birlikte yapılan çalışmalar bu sorunun hizmet sektöründe daha yoğun bir şekilde yaşandığını göstermektedir. Özellikle kamu hizmetlerinin topluma sunulduğu ve insan ilişkilerinin son derece yoğun yaşandığı alanlarda çalışanların işyeri şiddetine daha fazla maruz kaldıkları tespit edilmiştir (Sarcan 2013, s:17).

Şiddet üzerinde yapılan bir araştırmaya göre şiddetin en fazla sağlık işletmelerinde yaşandığı ve bu şiddetin de bulunulan ortamla ilişkili olduğu gözlenmiştir. Yine aynı araştırmanın bir sonucu olarak her hangi bir sağlık kurumunda çalışmanın diğer kurumlara oranla daha riskli olduğu ve bu risk oranının % 16 olduğu görülmüştür (Özen 2007, s:293).

<sup>1</sup> Lefke Avrupa Üniversitesi /Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi /K.K.T.C./ cyigit2002@yahoo.com

<sup>2</sup> Lefke Avrupa Üniversitesi/ Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Yönetimi Bölümü/K.K.T.C./

Munevvermemmetova@yahoo.com

<sup>3</sup> disci66@gmail.com

<sup>4</sup> İskilip Atıf Hoca Devlet Hastanesi Acil Servis Hekimi /TÜRKİYE/ [dryay@yahoo.com](mailto:dryay@yahoo.com)

### **1.3.Sağlık Kurumlarında Şiddetin Temel Nedenleri:**

Toplumsal olarak şiddetin bir çözüm ve iletişim aracı olduğu algısı, sağlık kurumlarında da şiddete neden olan en önemli faktördür.

Sağlık kurumlarında şiddetin temel nedenlerini anlamak oldukça güçtür. Bu nedenleri ele alırken öncelikle, kurum yapısı içinde istihdam eden sağlık personellerinin oldukça farklı görev ve sorumluluklara tabi tutulmasıdır. İkincisi, sağlık kurumlarındaki şiddet farklı nedenlerden kaynaklanabilir.(Örneğin, hastaların sıkıntılarını tam olarak ifade edememelerinden kaynaklanan göstermiş oldukları tepkiler vb.) Üçüncüsü de sağlık işletmelerinde şiddet çeşitli biçimlerde ortaya çıkabilmektedir. Bu şekiller kimi kasıtlı, kimi kasıtsız, kimi fiziksel veya duygusal olabilmektedir. Sağlık kurumlarında ortaya çıkan şiddetin nedenlerini ortaya koymaktaki zorluk belirtildikten sonra sağlık kurumlarında şiddetin temel nedenlerini, taraflar arasındaki etkileşim, örgütsel etkenler, çevresel etkenler ve toplumsal etkenler şeklinde dört temel grupta toplamak mümkündür. Diğer bir ifade ile sağlık kurumlarında şiddet, taraflar arasındaki etkileşimin, örgütsel faktörlerin, çevresel faktörlerin ve toplumsal değişkenlerin etkileşiminin bir işlevi olmaktadır (Adaş vd. 2008, s:21).

Sağlık personelinin, hastalara yeterli zaman ayıramaması, yorgun, iş tatminsiz, emeklerinin karşılıklarını almadıklarından işlerini sevgisiz-isteksiz yapmaları gibi sonuçlar, iş yükünün çok fazla olması nedeniyle ortaya çıkmakta ve şiddet riskini arttırmaktadır. Yaşanan bu olayların 4 nedeninin olduğu saptanmıştır.

Bunlar; bulunulan çevre, bireysel farklılıklar, hastaların psikolojik durumu ve personellerin kullandığı tıbbi ifadelerdir (Özen, 2008, s:112).

Yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalar incelendiğinde, sağlık kurumlarında çalışanlara yönelik şiddetin nedenleri, şiddet uygulayanların ve uygulanan kişilerin özellikleri birçok açıdan benzerlik göstermektedir. Sağlık kurumlarında şiddet olayları engellenememektedir. Fakat şiddetin olumsuz sonuçlarından korunmak için çeşitli önlemlerin alınabileceği düşünülmektedir. Bu önlemler;

\*Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan düzenlemelerin aktif bir şekilde uygulanması ve çalışanların bu konuda bilgilendirilmesi,

\* Kurumsal düzenlemelerin yapılması,

\* Eğitim kurumlarında düzenlemeler yapılması,

\* Şiddete maruz kalanların güçlendirilmesi,

\* Şiddet uygulayabilecek olanlara yönelik çalışmalar yapılması,

olarak sıralanabilir.

K.K.T.C' de sağlık bakımı açısından bu konuya bakıldığında düzenli olan kanun Kamu Sağlık Çalışanları Yasası (K.S.Ç.Y.)'dir. Bu kanun, devlete bağlı kurumlarda görev yapan sağlık elemanlarının hak ve hukuklarını tanzim etmektedir. Yasaya göre kanun gereğince Kıbrıs Türk Tabipleri Birliğine (K.T.T.B) katılmış bütün tabipler bu tüzükteki nizam ve kurallara mecburi olarak tabi tutulmaktadır (Çağlar 2016, s:24)

## **2.GEREÇ VE YÖNTEM**

### **2.1. Araştırmanın Amacı:**

Bu araştırmanın amacı, KKTC' deki sağlık kurumlarında çalışan sağlık personellerine yönelik olumsuz davranışa yol açan unsurları belirlemek ve sağlık çalışanlarının güvenli ortamlarda yüksek motivasyonla çalışmasını sağlamak ve sağlık kurumlarında kaliteli sağlık hizmeti sunulması için şiddetin önlenmesinin ve şiddete yönelik sorunların en aza indirilmesini sağlayacak faktörlerin önemine dikkat çekmektir.

### **2.2.Araştırmanın Alanı:**

Çalışmanın alanı olarak, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde bulunan kamu ve özel sağlık kurumları temel alınmıştır.

### 2.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini, KKTC 'de bulunan kamu ve özel hastanelerde çalışan sağlık personelleri oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme yöntemiyle KKTC 'de sağlık personellerinin çalışma koşulları ve çalıştıkları kurumlarda karşılaştıkları olumsuz hasta davranışlarının incelenmesidir.

### 2.4.Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları:

Çalışma, 2016-2017 çerçevesinde K.K.T.C' de bulunan kamu ve özel hastanelerde çalışan sağlık personellerini kapsamaktadır. Projeye K.K.T.C' de bulunan sağlık merkezlerinde çalışan sağlık elemanları dahil edilmemiştir.

### 2.5.Veri Toplama Araçları:

Anket, Cengiz Topel Hastanesi'nde uygulanarak geçerlilik ve güvenilirliği tespit edilmiştir. Ortaya çıkan sonuç da hatalı bulunan sorular çıkarılmış ve sağlık çalışanlarının anket ile ilgili görüşleri değerlendirilerek eksik olan seçenekler ankete dahil edilmiştir. Cronbach Alfa değeri 0,875 olarak bulunmuştur. Bu nedenle ölçek kabul edilebilir bir ölçektir.

Anket formu 07.03.2017 – 07.04.2017 tarihleri arasında uygulanmıştır. Toplamda 120 sağlık çalışanı ankete katılmıştır. Ankete katılan personellerin 70 'i kamuda 50'si özelde çalışmaktadır. Çalışma kapsamında yaş, eğitim durumu ve meslek durumu değişkenlerine ilişkin ANOVA Analizi yapılmıştır. Ayrıca farkı yaratan grubun tespit edilmesi için Turkey LSD testi yapılmıştır.

## 3. BULGULAR VE TARTIŞMA

Örneklem grubunun demografik bilgileri incelendiğinde; örneklem grubunun % 55' nin kadın olduğu, %39,2'nin 20-26 yaş aralığında olduğu, % 52,5' nin evli olduğu, %65,8'nin ön lisans mezunu olduğu, ankete katılanlardan %27,5 'nin hemşire olduğu, katılanlardan %61,7 'sinin çalışma yılının 1-5 yıl aralığında olduğu ve %58,3'nün kamu kurumlarında çalıştığı görülmüştür.

Sağlık kurumlarında çalışan personellerin cinsiyeti ile bilgiler incelendiğinde; "Herhangi bir şiddetle karşılaşma durumunda gerekli birimlere durumu bildirmek zorunda kalıyorum.", "Hasta tedavisi sırasında hasta yakının verdiği tepkilerden rahatsız oluyorum.", "Hastaların sıkıntılarını tam olarak anlatamamasından doğan problemlerden personeli sorumlu tutmalarından rahatsız oluyorum." soruları ile cinsiyet arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p=0,011; p=0,031; p =0,037).

Sağlık kurumlarında çalışan sağlık personellerinin medeni durumlarına göre incelendiğinde; istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir.

İnceleme sonucunda, "Hastalardan kötü söz duymaktan şikâyetçiyim." (p=0,007) ve "Herhangi bir şiddetle karşılaşma durumunda gerekli birimlere durumu bildirmek zorunda kalıyorum." ( p=0,050) sorularında anlamlı bir fark görülmüştür.

Birinci soruda evlilerin bekarlara göre daha fazla bir ortalama aldıkları, sekizinci soruda ise bekarların evlilere göre daha fazla ortalama aldıkları görülmektedir.

Sağlık personellerinin çalıştıkları kurum ile onlara yöneltilen sorular arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. "Hastalardan kötü söz duymaktan şikâyetçiyim" , "Hastaların yüksek sesle konuşması dikkatimi dağıtıyor", "Hastaların tedavilerinin yapıldığı esnada sürekli olarak şikâyetçi olmaları işimi yapmama engel oluyor", "Kimi zaman hastadan çok hasta yakınları sorun olmaktadır", "Düşük gelir grup hasta ve hasta yakınlarının şiddete başvurma eğiliminin daha çok olduğunu düşünüyorum" , "Sıra bekleme esnasında yaşanan gerginliğin şiddete sebep olduğunu düşünüyorum" sorularında kamu hastanelerinin bu konularda özel hastanelere göre daha fazla rahatsız oldukları belirlenmiştir.

"İş tanımlamamızın halka net olarak belirtilmediğini ve bu yüzden şiddete maruz kaldığımızı düşünüyorum" sorusundan çıkan sonuçta ise özel hastanelerin bu konuda kamu hastanelerine göre daha fazla rahatsız oldukları saptanmıştır.



Sağlık çalışanlarının yaşı ile çalıştıkları kurumdaki karşılaştıkları olumsuz hasta davranışlarına yönelik sorulan sorularla arasındaki farkındalık düzeyleri tespit edilmiştir.

“Düşük gelir grup hasta ve hasta yakınlarının şiddete başvurma eğiliminin daha çok olduğunu düşünüyorum.” sorusu ile yaş durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p=0,043). Bu farkın 20-26 yaş grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir. “İş yükümüzün yanı sıra üstümüze yüklenen formal belge işlerinin de fazla olması bazen işleri zorlaştırıyor.” sorusu ile yaş durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p=0,018). Bu farkın 27-35 yaş grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Hastalarla yaşadığım diyaloglar yüzünden ailemi sağlık merkezine davet etmeye çekiniyorum.” sorusu ile yaş durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p=0,034). Bu farkın 36-50 yaş grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Sağlık personellerinin çalıştıkları kurumlarda karşılaştığı olumsuz hasta davranışları konusunda eğitim durumlarına göre bilgilendirme soruları incelendiğinde;

“Hastalardan kötü söz duymaktan şikâyetçiyim.” sorusu ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p=0,020). Bu farkın lise eğitim durumunda olan sağlık çalışanı tarafından kaynaklandığı bulunmuştur.

“Hastalardan bazı zamanlar cinsel içerikli laflar duyuyorum.” sorusu ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p=0,047). Bu farkın lise ve lisansüstü eğitim durumunda olan sağlık çalışanı tarafından kaynaklandığı bulunmuştur.

“Kimi zaman hastadan çok hasta yakınları sorun olmaktadır.” sorusu ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p=0,021). Bu farkın ön lisan ve lisansüstü eğitim durumunda olan sağlık çalışanı tarafından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Eğitimi yüksek hasta ve hasta yakınlarının şiddete başvurma eğiliminin fazla olduğunu düşünüyorum.” sorusu ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p=0,030). Bu farkın lise ve lisansüstü eğitim durumunda olan sağlık çalışanı tarafından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Hükümetlerin sağlık çalışanlarını hedef gösteren beyanları hasta ve hasta yakınlarının bize olan bakışını değiştirdiğini düşünüyorum” sorusu ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p=0,000). Bu farkın lisansüstü eğitim durumunda olan sağlık çalışanları tarafından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“İş tanımlamamızın halka net olarak belirtilmediğini ve bu yüzden şiddete maruz kaldığımızı düşünüyorum.” sorusu ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p=0,000). Bu farkın ön lisans/lisans eğitim durumunda olan sağlık çalışanları tarafından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Toplumsal yozlaşmanın şiddet artırıcı bir etmen olduğunu kanısındayım.” sorusu ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p=0,004).

Bu farkın ön lisans/lisans eğitim durumunda olan sağlık çalışanları tarafından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Hastaların sıkıntılarını tam olarak anlatamamasından doğan problemlerden personeli sorumlu tutmalarından rahatsız oluyorum.” sorusu ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p=0,034). Bu farkın ön lisans/lisans eğitim durumunda olan sağlık çalışanları tarafından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Sağlık personellerinin çalıştıkları kurumlarda karşılaştığı olumsuz hasta davranışları konusunda meslek durumlarına göre bilgilendirme soruları incelendiğinde;

“Hastalardan bazı zamanlar cinsel içerikli laflar duyuyorum.” sorusu ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p=0,002). Bu farkın yönetici meslek durumunda olan sağlık çalışanları tarafından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Hastaların bazıları tehditkâr konuşuyor” sorusu ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p=0,048). Bu farkın tıbbi sekreter meslek durumunda olan sağlık çalışanları tarafından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Hasta ve hasta yakınlarının şiddete başvurmalarının eğitim ve gelir durumuyla ilişkili olduğunu düşünüyorum” sorusu ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p=0,023). Bu farkın yönetici meslek durumunda olan sağlık çalışanları tarafından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Toplumsal yozlaşmanın şiddet artırıcı bir etmen olduğunu kanısındayım.” sorusu ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p=0,017).

Bu farkın hasta bakıcı meslek durumunda olan sağlık çalışanları tarafından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Sıra bekleme esnasında yaşanan gerginliğin şiddete sebep olduğunu düşünüyorum.” sorusu ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p=0,017). Bu farkın tıbbi sekreter meslek durumunda olan sağlık çalışanları tarafından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Hastaların istekleri yerine getirilmediği durumlarda sağlık merkezi fiziksel ortamına zarar verdiklerine şahit oluyorum.” sorusu ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p=0,000). Bu farkın hemşire ve paramedik meslek durumunda olan sağlık çalışanları tarafından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

“Son yıllarda yaşanan olaylardan ötürü sağlık çalışanlarının toplumda ki saygınlığının azaldığı düşüncesindeyim.” sorusu ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p=0,002). Bu farkın yönetici meslek durumunda olan sağlık çalışanları tarafından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

#### **4. SONUÇ VE ÖNERİLER**

##### **4.1.Sonuçlar:**

Bu çalışmada, özel ve kamu sağlık kurumlarında çalışan sağlık personellerinin çalışma koşulları ve onlara yönelik karşılaşılan olumsuz hasta davranışları istatistiksel veriler ışığında tespit edilmiştir. Toplam 120 sağlık çalışanıyla yapılan anket çalışması sonucunda, demografik özellikleri, bağımlı değişkenleri ilişkin özellikleri, medeni duruma, görev yaptıkları kuruma, yaş gruplarına, eğitim ve meslek durumuna ilişkin değerlendirmeler yapılmıştır.

Bu değerlendirmeler sonucunda, örneklem grubunun %55'nin kadın olduğu, %39,2'sinin 20-26 yaş aralığında olduğu, %52,5'nin evli olduğu, %65,8'nin ön lisans mezunu olduğu, %27,5'nin hemşire olduğu, %61,7'sinin çalışma yılının 1-5 yıl arasında çalışan olduğu ve %58,3'nün kamu kurumlarında olduğu tespit edilmiştir.

Ankete katılan sağlık çalışanlarının, genel olarak çalıştıkları kurumlarda hastaların göstermiş oldukları davranışlardan rahatsız oldukları, özellikle en çok hasta ve hasta yakınlarının sıra beklememekte ısrarcı davrandıkları ve bunun sonucunda ise, kurum içerisinde belli karmaşaların yaşandığı görülmüştür.

Özellikle, sağlık personellerinin çalıştıkları kurum ile onlara yöneltilen sorular arasında farkındalık düzeyleri tespit edilmiştir. Ayrıca, kamuda çalışan sağlık personellerinin, özelde çalışan sağlık personellerine oranla da fazla aşağılayıcı söz duyduğu, hastaların tedavi sırasında sürekli şikâyette bulunmaları, gün boyunca hastalardan çok hasta yakınlarıyla uğraştıkları, düşük gelirli hasta ve hasta yakınlarının şiddet eğiliminde oldukları, sağlık personellerinin iş tanımlamasının vatandaşlara yeterince anlatılmadığı ve iş yüklerinin yanı sıra, evrak işlerinin fazlalığı gibi birçok konuda anlamlı bir fark görülmektedir.

Dolayısıyla, 20-26 yaş grubundaki sağlık personellerinin düşük gelir grup hasta yakınlarının, daha çok fazla şiddete başvurma eğiliminde olduğunu belirtirken, 27-35 yaş grubunda çalışan sağlık personellerinin evrak işlerinin iş yüklerini olumsuz etkilediklerini, 36-50 yaş grubundaki sağlık personellerinin ise, çalıştıkları kurumda hasta ve hasta yakınları ile

yaşamış oldukları diyaloglardan dolayı ailelerini çalıştıkları kurumlara davet etme konusunda çekinceleri olduğu ortaya çıkmıştır.

Hasta bakıcıların diğer sağlık personellerine oranla, toplumsal yozlaşmanın her alanda olduğu gibi sağlık alanında da şiddet artırıcı bir etmen olduğunu düşündüklerini, bunun nedeni ise, şiddete başvuranların eğitim düzeylerine bağlamaktadır.

Bunun yanı sıra, hemşire ve paramedik sağlık çalışanlarının, diğer sağlık personellerine oranla, hastaların istekleri yerine getirilmediğinde sağlık kurumlarında ya da sağlık merkezlerinde fiziksel ortamlara daha çok zarar verdiklerine şahit olduğunu bu tür davranışların sergilenmesinde ise gelir düzeyi ve eğitim koşullarının neden olduğunu düşünmektedirler.

Yönetici meslek grubunda olan sağlık çalışanlarının, son yıllarda sağlık personellerinin toplumda saygınlıklarının azaldığını düşündükleri tespit edilmiştir.

#### **4.2.Öneriler:**

K.K.T.C 'de bulunan sağlık kurumlarında özellikle kamu hastanelerinde güvenlik önlemlerinin alınarak sağlık personellerinin şiddetle karşılaşma olasılığının en aza indirilmesi için güvenlik konusunda alt yapının oluşturulması gerekmektedir.

Olası bir şiddet girişiminde gerekli ve caydırıcı cezai uygulamaların yapılması gerekmektedir.

Toplum şiddet konusunda bilinçlendirerek olası olayların önüne geçilmesi gerekir.

Sağlık personellerinin gergin olan hasta ve hasta yakınlarına tutumları ve onlarla diyalogları profesyonel biçimde olmalıdır. Gerekirse sağlık personeline bu konuda eğitim verilmelidir.

K.K.T.C 'de bulunan sağlık kurumlarında özellikle kamu kuruluşlarında tıbbi cihaz ve personel eksikliğinden kaynaklanan yoğun sıra beklemeler sonucunda sıkça karşılaşılan şiddet girişimlerinin önlenmesi için gereken tedbirlerin alınması ve eksik olan ihtiyaçların giderilmesi gerekmektedir.

İnceleme sonucunda sağlık personellerinin sahip oldukları haklar ilgili bilinçsiz olduğu görülmektedir. Bu nedenle devletin yeteri kadar bilgilendirme yapmadığı veya konu ile ilgili çalışmalar yapmadığı anlaşılmaktadır. Çalışanların haklarını bilmemesi K.K.T.C'de şiddet sorunlarını artmasına yol açmıştır.

K.K.T.C. küçük bir ada ülkesi olmasından dolayı çok kolay bir şekilde halk bilinçlendirilebilir. Devlet çalışmalar yaparak sağlık çalışanlarının sahip oldukları haklarının tam olarak yasal zeminini oluşturduktan sonra halka bunları duyurmak için eğitimler, seminerler konferanslar vs. düzenlemelidir. Bu konuda devletin sorumluluğu büyüktür. En ufak bir haber bülteninde bile sivil toplum örgütünün düzenlemiş olduğu etkinliklere yer verilmesi, çoğunluk bir kesime ulaşılarak bilgi edinilmesini sağlayacağı düşünülmektedir.

Hastaların da şiddet konusunda eğitilmesi gerekmektedir. Örneğin, sağlık kurumlarında hasta bekleme salonlarında hasta ve hekim davranışları konusunu detaylı bir şekilde anlatan telekonferans uygulamalarının yapılması uygun olabilir.

#### **5.KAYNAKÇA**

- ADAŞ, B, E., Osman, E., Bakır, K.,(2008), Sağlık Sektöründe Şiddet Raporu -I  
BAHAR, A., Şahin, S., Akkaya, Z., Alkayış, M., (2015), Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Şiddete Maruz Kalma Durumu ve İş Doyumuna Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi, s:58.  
ÇAĞLAR, Y.,(2016), Mağusa Tıp Merkezi Hastanesi'nde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Farkındalıkları. Lefke Avrupa Üniversitesi, Lisans Tezi, KKTC.  
ÇAMCI, O., Kutlu, Y.,(2011), Kocaeli'nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi, s:14-15.  
SARCAN, E. (2013). Toplumun Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddete Bakış Açısı, Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Gaziantep.  
ÖZEN, S. (2007). İşyerinde Psikolojik Şiddet ve Nedenleri. İş-Güç: Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi.

ÖZEN Çöl, S. (2008). İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma, Çalışma ve Toplum.  
ZHANG,L., Wang,A., Xie,X., Zhai, Y., Li, Z., Yang, L., Zhang, J.,(2017).Workplace Violence Aganist Nurses:A Cross- Sectional Study.International Journal Of Nursing Studies.s:1-7.

# Sağlık İşletmelerinde Finansal Değerlendirme: Özel Bir Sağlık İşletmesi Örneği

Yard. Doç. Dr. Sema AKPINAR<sup>1</sup>

Zeynep EVEYİK<sup>2</sup>

Emin AKSAN<sup>3</sup>

## ÖZET

**Çalışmanın Problemi:** Son zamanlarda sağlık sektöründe artan rekabet ve değişen çevre koşulları sağlık işletmelerinin finansal yönünü ön plana çıkarmıştır. Sağlık işletmeleri sektörde yaşanan değişim ve dönüşüme uyum sağlayabilmek, işletme hedeflerinin hangi aşamasında olduklarını tespit edebilmek için muhasebe sürecinin sonucu olarak elde edilen finansal bilgilere ihtiyaç duymaktadırlar. Finansal bilgilerin doğru analiz edilmesi işletme ile ilgili hedeflerin gerçekleştirilmesinde ve kararların verilmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle sağlık işletmelerinin finansal yapısını değerlendirmeyi ve finansal kararların alınmasına yardımcı olmayı amaçlayan bu çalışma konu alınmıştır.

**Çalışmanın Amacı:** Bu çalışma ile Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.Ş.'nin 2010-2014 yıllarına ait finansal tablolarının retrospektif olarak analizini yaparak özel sağlık işletmesinin finansal yapısının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Metot:** Çalışma, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.Ş.'nin İMKB'de yer alan 2010-2014 yıllarına ait konsolide bilanço ve gelir tabloları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Finansal tablolardan elde edilen veriler M.S. Office Excel programı yardımıyla analiz edilmiştir. Çalışmada, finansal tablolar aracılığı ile oran analizi ve karşılaştırmalı tablolar analizi yapılmıştır.

**Bulgular ve Sonuç:** Araştırmada, sağlık işletmesinin beş yıllık finansal değişimi analiz edilerek likidite durumu, finansal yapısı, faaliyet durumu ve karlılık oranları değerlendirilmiş ve ortaya çıkan sonuçlar geçmiş yıllarla ve standart oranlarla karşılaştırılarak yorumlanmıştır. Elde edilen verilere göre, sağlık işletmesinin likidite durumu 2013 yılından itibaren yeterli bulunmuş ve sermaye yapısı incelendiğinde %80 oranında borçla finanse edildiği tespit edilmiştir. Alacak tahsil süresinin ise yıllara göre artış eğiliminde olması alacak politikalarının kötüye gittiğini göstermektedir. Sağlık işletmesi incelenen yıllarda kar elde etmiştir. En yüksek karlılığın olduğu yıl ise 2012'dir. Genel olarak değerlendirildiğinde, yıllara göre bazı oranlarda olumlu yönde artış yaşandığı, kendi sektörü içinde değerlendirildiğinde ise finansal açıdan başarılı bir işletme olduğunu söylemek mümkündür.

**Anahtar Kelimeler:** Finansal Analiz, Oran Analizi, Karşılaştırmalı Tablolar Analizi, Sağlık İşletmeleri.

<sup>1</sup> Sakarya Üniversitesi/Sağlık Yönetimi/Türkiye/semaulku@sakarya.edu.tr

<sup>2</sup> Sakarya Üniversitesi/Sağlık Yönetimi/Türkiye/zeynepveyik@gmail.com

<sup>3</sup> Sakarya Üniversitesi/Sağlık Yönetimi/Türkiye/emina\_aksan@hotmail.com

## Financial Evaluation İn Healthcare Enterprises: A Private Healthcare Enterprise Case Study

Assist. Prof. Sema AKPINAR<sup>1</sup>  
Zeynep EVEYİK<sup>2</sup>  
Emin AKSAN<sup>3</sup>

### ABSTRACT

**The Problem of the Study:** Recently, the increasing competition and changing environmental conditions in the healthcare sector have brought the financial aspect of the healthcare enterprises to the forefront. Healthcare businesses need financial information, which is the outcome of the accounting process, to be able to adapt to change and transformation in the sector and to determine the stage of their achievement of the business goals. Accurate analysis of the financial data plays an important role in achieving the business objectives and making decisions. For this reason, we studied on facilitating the evaluation of the financial structure of healthcare enterprises and making financial decisions.

**The Aim of the Study:** This study aims to evaluate the financial structure of a private healthcare enterprise by making a retrospective analysis of financial statements of Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.Ş. between 2010 and 2014.

**Method:** The study was carried out by analysing Consolidated Balance Sheet and Income Statements of Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.Ş. at Istanbul Stocks Exchange for the years 2010-2014. The data obtained from the financial tables were analyzed by using MS Excel. In the study, ratio analysis and comparative analysis were carried out by using the financial statements.

**Findings and Conclusions:** In the study, five-year financial change of the health care enterprise was analyzed, its liquidity state, financial structure, activity state and profitability ratios were evaluated and the results were interpreted in by benchmarking with the figures of the past years and standard rates. According to the obtained data, the liquidity situation of the health care enterprise has been found to be sufficient since 2013. When the capital structure is examined, it has been determined that the enterprise has been financed by debt for 80%. The fact that the collection period of receivables has an increasing tendency over the years reveals that the policies for receivables have been getting worse. The health care enterprise has made profits in the years examined. The year with the highest profitability is 2012. As an overall evaluation, it can be said that there has been a positive increase in some ratios over the years and it is a financially successful enterprise when it is evaluated within its own sector.

**Keywords:** Financial Analysis, Ratio Analysis, Comparative Analysis, Health Care Enterprises.

---

<sup>1</sup> Sakarya University/Health Administration/Turkey/[semaulku@sakarya.edu.tr](mailto:semaulku@sakarya.edu.tr)

<sup>2</sup> Sakarya University/Health Administration/Turkey/[zeynepeveyik@gmail.com](mailto:zeynepeveyik@gmail.com)

<sup>3</sup> Sakarya University/Health Administration/Turkey/[emin\\_aksan@hotmail.com](mailto:emin_aksan@hotmail.com)

## 1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin sunumunda en büyük pay sahibi olan hastaneler, daha iyi ve kaliteli hizmet sunabilmek için kendilerini sürekli geliştirmeli ve teknolojik değişimleri yakalayabilmelidir. Son yıllarda Türkiye’de sağlık alanında yapılan reformlar ile sağlık sistemi yeni bir boyut yakalamıştır. Bu yeni boyutta hastanelerin sayısı ve dolayısıyla rekabet koşulları giderek artmaktadır. Artan rekabet koşulları altında sağlık hizmetlerinin daha kaliteli sunulabilmesi için hastaneler maliyet, fiyatlandırma, işgücü gibi sağlık hizmetinin kalitesini etkileyebilecek unsurlara daha da önem vermeye başlamışlardır. Bu durumda hastaneler bir taraftan kendi finansal verilerini analiz ederken diğer taraftan rakip hastanelerin finansal verileri ile kendi verilerini kıyaslayarak finansal analizlerden yararlanmaya başlamışlardır (Çam, 2016:15).

Sağlık kurumlarında finansal analiz, hastane genel muhasebesi, hastane maliyet muhasebesi ve hastane maliyet analizleri alt sistemlerinde oluşan finansal tabloları, çeşitli finansal tablo analiz yöntemleri ile değerlendirmeye tabi tutarak, hastane işletmeleri finansal yapısını değerlendirmeyi ve işletme yöneticileri olan hastane müdürleri ve başhekimlerinin ileriye yönelik olarak alacakları kararları yönlendirmeyi amaçlayan bir yönetim muhasebesi alt sistemidir (Özgülbaş, 2009:170).

Finansal analiz sonucu elde edilen bilgilerin daha kullanılabilir olması ve gelecek tahminleri yapılabilmesi için analizlerin birden fazla yılı kapsamı ve belirli bir zaman diliminde sağlık kurumunun göstermiş olduğu eğilimi ortaya koyması gerekir (Özgülbaş, 2006:130). Bu bilgiler ışığında çalışmada hastanelerin finansal değerlendirilmesine odaklanılmış, çalışmaya konu olan Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.Ş.’nin 2010-2014 yıllarına ait finansal tablolarının retrospektif olarak analizini yaparak özel sağlık işletmesinin finansal yapısının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

İşletmelerin muhasebe süreçlerinin sonucunda hazırlanan finansal tablolar aracılığıyla çeşitli ölçüler, göstergeler kullanılarak veya karşılaştırmalar yapılarak işletmenin finansal durumu, karlılığı, verimliliği gibi konularının değerlendirilmesi sürecine finansal tablo analizi denilmektedir (Ağırbaş, 2014:72). İşletmelerin geçmişe dönük finansal sonuçlarının analizi dört ana başlıkta toplanır. Bunlar; oran (rasyo) analizi, karşılaştırmalı tablolar (yatay) analizi, yüzde yöntemi (dikey) ile analiz, eğilim (trend) yüzdeleri analizidir.

Finansal performansın ölçümünde kullanılan yöntemlerin başında oran analizi gelmektedir. Oran analizi yönteminde hesap grupları arasında matematiksel ilişkiler kurmak suretiyle, işletmenin ekonomik ve mali yapısı ile karlılık ve çalışma durumu hakkında bir yargıya ulaşılması hedeflenmektedir (Akdoğan ve Tenker, 2001:606). Ayrıca elde edilen analiz sonuçları işletmenin gelecekteki durumuna ilişkin tahminde bulunma ve ileriye yönelik karar alma sürecine de katkı sağlamaktadır. Oran analizi yöntemi ile yapılan analizler, likidite oranları, finansal yapı ile ilgili oranlar, faaliyet oranları ve karlılık oranlarından oluşmaktadır.

Finansal performans ölçümünde kullanılan bir diğer yöntem ise karşılaştırmalı tablolar analizidir. Karşılaştırmalı tablolar analizi yönteminde; sağlık kurumlarının birden fazla dönemlerine ait finansal tablolarının birbirini izleyen dönemler bakımından karşılaştırmalı olarak düzenlenmesi ve bu tablolarda yer alan TL ve % farkların zaman içindeki değişimlerinin hesaplanarak yorumlanmasıdır (Akbulut ve Diğerleri, 2014:193). Yöntem, dinamik bir analiz türü olup, finansal tablolardaki kalemler ve hesap grupları yıllar itibarıyla karşılaştırılmakta ve değişimleri incelenmektedir. Çalışmamızda finansal analiz yöntemlerinden oran analizi ve karşılaştırmalı tablolar analizi üzerinde durularak özel sağlık işletmeleri açısından bir değerlendirme yapılmaya çalışılmıştır.

## 2. YÖNTEM

Araştırmada, Acıbadem Sağlık Grubu Hastaneleri'nin finansal performansını ölçmek ve finansal kararların alınmasına yardımcı olmak amacıyla finansal analiz yöntemlerinden oran analizi ve karşılaştırmalı tablolar analizi kullanılmıştır. Çalışmada bu yöntemlerin tercih edilmesindeki etken, sağlık işletmesinin varlık ve kaynak yapısını ortaya koyarak, varlıkların nasıl finanse edildiğinin belirlenmesi ve incelenen yıllar arasında finansal değişimin analiz edilerek sağlık işletmesinin gelişme yönü hakkında görüş elde edilmek istenmesidir. Bu bağlamda araştırma Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.Ş.'nin İMKB'de yer alan 2010-2014 yıllarına ait konsolide bilanço ve gelir tabloları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Finansal tablolardan elde edilen veriler M.S. Office Excel programı yardımıyla analiz edilmiş ve sağlık işletmesinin likidite durumu, borç ödeme gücü, ekonomik ve mali yapısı, karlılık düzeyi yıllara göre değerlendirilerek ortaya çıkan sonuçlar geçmiş yıllarla ve standart oranlarla karşılaştırılarak yorumlanmıştır.

## 3. BULGULAR

### 3.1. Oran Analizine İlişkin Bulgular

Araştırmaya konu olan özel sağlık işletmesinin 2010-2014 yılları arasındaki finansal analizi için öncelikle oran analizi geçmiş yıllarla ve sektör ortalamalarıyla karşılaştırılmalı olarak yapılmış ve işletmenin likidite durumu, finansal yapısı, faaliyet durumu ve karlılık düzeyi değerlendirilmiştir. Acıbadem Sağlık Grubu Hastaneleri'nin 2010-2014 yılları arasındaki likidite, finansal yapı, faaliyet ve karlılık oranları Tablo 1'de gösterilmiştir.

**Tablo 1. Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.Ş.'nin 2010-2014 Yılları Arası Oran Analizi Sonuçları**

	Standart Oran	2010	2011	2012	2013	2014
<b>LİKİDİTE ORANLARI</b>						
Cari Oran	$\geq 2.00$	0,65	0,66	0,57	1,02	0,88
Asit test Oranı	$\geq 1.00$	0,60	0,60	0,52	0,96	0,82
Nakit Oranı	$\geq 0.20$	0,11	0,14	0,09	0,43	0,23
<b>FİNANSAL YAPI ORANLARI</b>						
Borçluluk Oranı	$\leq 0.50-0.60$	0,83	0,87	0,81	0,88	0,85
KVB/Toplam Pasif Oranı	$\leq 0.30$	0,32	0,36	0,43	0,33	0,38
UVB/Toplam Pasif Oranı	$\leq 0.20$	0,51	0,51	0,38	0,55	0,48
Duran Varlık/Devamlı Sermaye Oranı	$\leq 1$	1,16	1,19	1,32	0,99	1,07
<b>FAALİYET ORANLARI</b>						
Toplam Varlık Devir Hızı		0,95	1,02	1,14	0,95	1,02
Alacak Devir Hızı		9,35	8,40	8,64	8,20	6,55
Stok Devir Hızı		41,68	36,20	42,28	38,4	35,48
Borç Devir Hızı		0,92	0,92	1,17	0,87	0,96
Alacak Tahsil Süresi		38,50	42,85	41,67	43,90	54,96
Stok Tüketim Süresi		8,63	9,94	8,51	9,37	10,15
Nakit Dönüşüm Süresi		-344,17	-338,51	-257,52	-360,53	-309,89
Borç Ödeme Süresi		391,30	391,30	307,7	413,8	375
<b>KARLILIK ORANLARI</b>						
Toplam Varlık Karlılığı Oranı		0,013	0,006	0,071	0,006	0,054



Öz kaynak Karlılığı Oranı		0,077	0,052	0,390	0,055	0,31
Satışların Karlılığı Oranı		0,013	0,006	0,065	0,007	0,05

Sağlık işletmesinin yıllara göre likidite oranları incelendiğinde, cari oran tüm yıllarda genel kabul görmüş değerin çok altında olduğu, asit test oranının dalgali bir trend izlediği, nakit oranı incelendiğinde ise, 2013 yılına kadar nakit sıkıntısı çektiği, 2013 yılında ise nakit değerlere yatırım yaptığı ve toplam dönen varlıklarının yarısına yakın atıl nakit bulundurduğu, 2014 yılında ise elinde bulundurduğu nakdi değerlendirdiği ancak yine de gereğinden fazla nakit bulundurduğu görülmektedir.

Sağlık işletmesinin finansal yapısına ilişkin oranlar yıllara göre incelendiğinde, kurumun incelenen yıllarda varlıklarının ortalama %80'nini borçlarla finanse ettiği görülmektedir. Genel olarak %50'yi aşmaması istenen borçluluk oranının çok yüksek olmasına rağmen, kendi sektörü içinde değerlendirildiğinde normal bir değere sahip olduğunu söylemek mümkündür. Borçla finansman riskli olmakla birlikte finansman maliyetini düşürücü buna bağlı olarak da karlılığı arttırıcı etkisi nedeniyle tercih edilen bir finansman şeklidir (Özgülbaş, 2006:133). İncelenen sağlık işletmesi de bu avantajdan yararlanmaktadır.

Sağlık kurumunun alacak devir hızı, yıllara göre azalış göstermektedir. Alacak tahsil süresi ile birlikte değerlendirildiğinde ise alacak tahsil süresinin de yıllara göre artış gösterdiği ancak 2 aydan daha kısa bir sürede tahsil edebildiğinden olumsuz değerlendirilmemektedir. Alacak devir hızının azalması ve tahsil süresinin artması durumunun devam etmesi halinde işletme alacak politikalarını gözden geçirmelidir.

İşletmenin toplam varlık karlılığı oranı yıllar içinde dalgali bir değişim göstermiş, en yüksek orana 2012 yılında ulaşılmıştır. Öz kaynak karlılığı oranına bakıldığında ise yine 2012 yılında karlılığın en yüksek olduğu görülmektedir. Net satışların karlılık yüzdesi değerlendirildiğinde aynı sonuçlara ulaşılmış, 2012 yılında satışların karlılığının en yüksek olduğu tespit edilmiştir. 2012 yılında karlılığın en yüksek çıkmasının nedeni dönem net karının bu yılda diğer yıllara göre en yüksek olmasıdır. 2012 yılını karlılıkta 2014 yılı izlemektedir. İncelenen yıllar arasında işletme zarar etmemektedir.

### 3.2. Karşılaştırmalı Tablolar Analizine İlişkin Bulgular

Sağlık kurumunun 2010-2014 yılları arasındaki bilanço ve gelir tablosundan yararlanılarak yapılan karşılaştırmalı tablolar analizine ilişkin sonuçlar Tablo 2 ve 3'te verilmiştir.. Buna göre işletmenin dönen varlıklarının artış eğiliminde olduğu ve en fazla artışın 2013 yılında (%86) olduğu tespit edilmiştir. Yıllara göre hazır değerlerdeki değişim ise dalgali bir trend göstermekte; en fazla 2013 yılında, 2012 yılına göre %418 artış sağlanırken, 2014' de hazır değerlerde %30 azalma meydana gelmektedir. Bu durum işletmenin elindeki nakdi değerlendirdiği şeklinde yorumlanabilir. Ticari alacaklar da ise yıllara göre artış yaşandığı görülmektedir. Ticari alacakların artması işletmenin alacaklarının tahsilinin gecikmesi ya da satış düzeyinin artmasından kaynaklanabilir.

İşletmenin duran varlık toplamının incelenen yıllarda devamlı bir artış gösterdiği, işletmenin duran varlık yatırımı politikası içinde olduğu görülmektedir. Duran varlıklardaki artış işletmenin uzun vadeli borçluluk oranının yüksek olmasından da anlaşılmaktadır. Özkaynakların yıllara göre değişimine bakıldığında; 2011 yılında % 6 oranında azaldığı, 2012 yılında ise %71 arttığı, 2013 yılında %21 oranında tekrar azaldığı ve 2014 yılında ise %40 arttığı, işletmenin sermaye finansmanında yabancı kaynak finansmanını tercih ettiği tespit edilmiştir.

**Tablo 2. Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.Ş.'nin 2010-2014 Yılları Arası Karşılaştırmalı Tablolar Analizi (Bilanço)**

HESAPLAR	2010-2011		2011-2012		2012-2013		2013-2014	
	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%
<b>Dönen Varlıklar</b>	78,701,547	49	234,793,743	86	50,931,338	10	33,510,692	14
Hazır Değerler	18,035,206	69	172,673,651	418	-66,277,404	-30	-2,803,201	-6
Ticari Alacaklar	41,940,714	53	30,381,454	20	87,240,687	49	25,780,396	21
Diğer Alacaklar	817,191	165	150,687,184	1555	148,370,414	-92	8,376,470	639
Stoklar	7,767,887	55	5,673,828	23	8,710,819	28	2,825,057	13
Diğer Dönen Varlıklar	2,477,307	59	22,372,752	52	24,388,406	37	-1,539,918	-3
<b>Duran Varlıklar</b>	137,652,332	22	185,051,978	22	421,345,993	41	87,803,023	12
Maddi Duran Varlıklar	20,036,162	0,07	160,589,063	26	108,374,199	14	59,901,809	11
Maddi Olmayan D. Varlıklar	4,405,615	144	4,166,251	19	2,190,003	9	13,454,463	180
<b>Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar</b>	114,182,954	46	20,208,328	4	136,193,354	27	118,291,604	33
Ticari Borçlar	70,239,455	85	24,180,004	17	662,653	0,4	-17,717,258	-11
Diğer Borçlar	952,656	4	-16,365,269	-24	-18,363,114	-36	44,459,241	202
Ödenecek Vergi ve Diğer Yük.	-3,347,520	-7	-3,113,701	-17	3,697,741	23	-21,167,802	-53
<b>Uzun Vadeli Yabancı Kaynaklar</b>	110,878,460	28	427,999,654	102	-38,170,579	-4	-85,066,178	-16
U.V. Ticari Borçlar	1,712,692	25	10,030,749	143	-14,152,874	-83	-1,419,129	-17
Öz kaynaklar	-8,707,535	-6	-28,362,254	-13	74,254,556	40	8,808,288	71
Ödenmiş Sermaye	0	0	0	0	0	0	0	0
Geçmiş Yıl Karları	8,980,463	125	404,527,680	545	3,395,128	0,7	-8,741,119	-54
Net Dönem Karı/Zararı	-4,185,846	-36	-75,102,074	-93	70,668,093	1415	72,827,008	1002
<b>Aktif(Pasif) Toplamı</b>	216,353,879	28	419,845,727	37	172,277,331	11	121,313,712	12

İşletmenin 2010-2014 yıllarına ait gelir tablolarının karşılaştırmalı tablolar analizi ile değerlendirildiğinde; satışlar, bir önceki yıllara göre artış göstermekte bu da sağlık kurumunun faaliyetlerinin iyi olduğu ve etkili satış politikası izlediği söylenebilir. Dönem sonu net karı incelendiğinde ise, işletmenin incelenen yıllarında kar elde ettiği görülmektedir. Yıllara göre kar miktarı ve dolayısıyla toplam gelir değişiklik göstermekte, 2011 ve 2013 yıllarında önceki yıllara göre azalış gösterirken 2012 ve 2014 yıllarında artış meydana gelmiştir.

**Tablo 3. Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.Ş.'nin 2010-2014 Yılları Arası Karşılaştırmalı Tablolar Analizi (Gelir Tablosu)**

HESAPLAR	2010-2011		2011-2012		2012-2013		2013-2014	
	TL	%	TL	%	TL	%	TL	%
Hasılat	277,893,938	37	186,036,502	14	281,046,175	19	251,353,855	24
Satışların Maliyeti	203,670,896	34	121,752,759	11	220,187,462	18	252,695,228	31
<b>BRÜT KAR</b>	74,223,042	52	64,283,743	29	60,858,713	21	-1,341,373	-0,6
Pazarlama Giderleri	-1,802,545	-5	10,695,513	30	8,661,855	18	4,521,295	14
Genel Yönetim Giderleri	3,766,702	9	11,019,099	19	22,837,896	33	12,456,973	27
Esas Faaliyetlerden Diğer Gelirler	2,657,607	48	-10,746,955	-48	1,539,207	0,13	13,838,598	169
Esas Faaliyetlerden Diğer Giderler	11,655,339	103	2,556,390	15	-2,491,142	-13	-6,693,520	-29
<b>ESAS FAALİYET KARI</b>	63,261,153	101	29,265,786	22	33,389,311	21	1,146,212,477	914
Yatırım Faaliyetlerinden Gelirler	-3,164,307	-16	10,744,305	516-	4,460,166	-34	15,577,737	96
Yatırım Faaliyetlerinden Giderler	79,398,305	125	-15,825,814	-99	28,369	39	-100,554,421	-70
<b>VERGİ ÖNCESİ KAR</b>	-17,215,047	-94	-90,627,989	-87	87,871,025	683	102,438,639	9819
<b>DÖNEM KARI/ZARARI</b>	-3,768,950	-37	-72,263,518	-87	70,541,858	693	76,028,819	1188
<b>TOPLAM KAPSAMLI GELİR</b>	-3,740,088	-36	-75,495,973	-91	69,033,523	1005	75,931,050	1181

#### 4. SONUÇ

Çalışmada kullanılan oran analizi sonuçlarına göre, sağlık kurumunun likidite durumunun 2013 yılına kadar genel kabul görmüş değerin altında ve yetersiz olduğu, 2013 ve 2014 yıllarında ise olumlu bir artış meydana geldiği tespit edilmiştir. İşletme olağanüstü bir durumda kısa vadeli borçlarını ödeyebilecek durumdadır (2014 yılı asit test oranı:0,82 ve nakit oranı:0,23). İşletmenin sermaye yapısı incelenmiş ve %80 borçla finanse edildiği görülmüştür. Bu durum hizmet işletmelerinde olumsuz olarak karşılanmasına rağmen hastane sektörü içinde normal olarak değerlendirilmiştir. Net çalışma sermayesi ise, sadece 2013 yılında yeterli bulunmuştur. Sağlık işletmesinin alacak tahsilât süresinin yıllara oranla arttığı görülmüştür. Karşılaştırmalı tablolar analizinde de işletmenin diğer alacakların yıllara göre arttığı gözlemlenmiştir. İleriki dönemlerde tahsilât güçlüğü ve nakit sıkıntısı çekmemek için işletme alacak politikalarını gözden geçirmelidir.

Sağlık işletmesinin karlılık göstergelerinin dalgalı bir trend göstermesine karşın, incelemeye konu olan yıllarda kar elde ettiği, en yüksek karlılığın 2012 yılında olduğu görülmektedir. Dalgalanma göstermesinin nedeni hizmet üretim maliyetlerindeki artış olabilir. Karşılaştırmalı tablolar analizi sonuçlarına göre, satışlarının yıllara oranla arttığı, kurumun faaliyetlerinin iyi ve hasta gelişlerinin düzenli olduğu, etkili satış politikası izlediği sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık işletmesi genel olarak değerlendirildiğinde, yıllara göre bazı oranlarda olumlu yönde artış yaşandığı, kendi sektörü içinde değerlendirildiğinde finansal açıdan başarılı bir işletme olduğunu söylemek mümkündür.

Araştırma kapsamındaki sağlık işletmesi, ileride nakit sıkıntısı yaşamamak ve faaliyetlerinin aksamaması için alacaklarını tahsil etme ve öz kaynaklarını artırma konularına önem vermelidir. İşletmenin ya birim maliyetlerini azaltarak ya da hizmet satışını yükselterek karlılığını arttırması mümkündür.

#### KAYNAKLAR

AĞIRBAŞ, İsmail (2014), *Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim ve Maliyet Analizi*, Siyasal Kitabevi, Ankara.

AKBULUT, Yasemin, GÖKTAŞ, Bayram, VD., (2014), *Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim*, AÖF Yayınları, Eskişehir.

AKDOĞAN, Nalan, TENKER, Nejat (2003), *Finansal Tablolar ve Mali Analiz Teknikleri*, Gazi Kitabevi, Ankara.

ÇAM, Handan (2016), *Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansın Değerlendirilmesi*, Karaman Devlet Hastanesi Örneği, Uluslar arası Bilimsel Araştırmalar Dergisi, s.15-27.

ÖZGÜLBAŞ, Nermin (2009), *Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim*, AÖF Yayınları, Eskişehir.

ÖZGÜLBAŞ, Nermin (2006), *Türkiye’de Kamu Hastanelerinin Finansal Durum Değerlemede Kullanabilecekleri Bir Yöntem: Trend Analizi*, MUFAD JOURNAL Dergisi, s.129-139.

# Sağlık Kurumlarında Yönetim ve Diğer Personel Arasındaki İletişim Sorunları: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti “Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi” Örneği

Yrd. Doç. Dr. A.Çetin YİĞİT<sup>1</sup>  
Uzm. Murat AÇIKGÖZ<sup>2</sup>  
Dr. Y. Aras YİĞİT<sup>3</sup>

## 1.GİRİŞ

### 1.1.Sağlık Kurumlarında İletişim:

Sağlık bakım hizmeti veren kurumlarda etkili ve güvenilir bir iletişim doğrultusunda örgütsel bağlılığı ve verimliliği desteklemektedir (Ün-2014,s:53).

İletişim sağlık bakım hizmeti veren kurumların işleyişinin yürütülmesinde ve yönetilmesinde hayati bir öneme sahiptir. Kurum içi verimliliğin ve kalitenin maksimum düzeylere çıkmasında yöneticilerin, iletişim ile ilgili sürdürdükleri politikalar da rol oynamaktadır. Örgütsel iletişim, örgüt içerisindeki mesajları, medyayı, iletişimlerini, bağlantıları, oluşturulan büyük kampanyaları ve geniş kapsamlı araştırmaları gibi birçok eylemi kapsamaktadır (Johansson,2007,s:93).

Yöneticiler, örgüt kültürünü biçimlendirebilmeli, iletilen değerlerin ve inançların bir güç biçimi olduğuna dikkat etmelidir. Kriz durumlarında örgüte bağlılık ve örgütsel değerlerle bütünleşme görülür. Yönetici bu gibi olağanüstü durumlarda sergileyeceği davranışlarla örgüt kültürünün güçlenmesini sağlayabilir (Maxvell ve Thomas-1991, s:75-76).

Geniş ve karmaşık bir yapıya sahip olan sağlık bakım hizmeti kurumlarında yöneticinin, iyi gözlem yaparak hangi personelin hangi iş için uygun olduğunu tespit ederek, personele doğru direktifleri verdikten sonra, görevin doğru anlaşılacak yorumlanıp gerektiği şekilde yapılıp yapılmadığının takibini ve denetimini yapmalıdır (Şahin-2010,s:4).

Yapılan bir çalışmada sağlık personeli arasındaki iletişimin zamanlamasına vurgu yapılmış ve doğru zamanda kurulmayan iletişimlerin hizmet kalitesinin ve iş arkadaşlarına olan güvenin azalmasına yol açacağı sonucuna varılmıştır (Shannon,2012).

### 1.2.Sağlık Kurumlarında (Hastanelerde) İletişimin Önemi:

Sağlık sektörleri tarafından sunulan hizmetler temelde; tedavi edici hizmetler, koruyucu-önleyici hizmetler ve eğitim ile yönetim-destek şeklinde sınıflandırılmaktadır (Aksoy-2011,s:40).

Tüm toplumsal etkileşimler iletişimle gerçekleşmektedir. İletişimin bulunmadığı yerlerde örgütler olmayacağından, iletişim bir örgütün can damarıdır. İletişim, sağlık kurumlarının performansını hem doğrudan hem de dolaylı olarak etkileyen bir süreçtir (Garnett, Marlowe ve Pandey,2008,s:266).

Aynı zamanda, iletişim üstlerin örgütsel ortamlarda kullandığı araçtır. Yöneticiler iletişim aracını doğru kullanarak çalışanların örgüte bağlılıklarını ve verim artışlarını sağlayabilir (Koçel-2011,s:417).

Yöneticiler, neyi, nasıl ve ne zaman yapacaklarını astlarına, iletişim süreci ile aktarırlar. İletişim bir kaynaktan alıcıya bilgi, istek veya bir mesajın aktarılmasını ifade etmektedir (Taylor ve Cooren,1997,s:420).

Sağlık kurumlarında olumsuz ilişkiler iletişimi; yöneticilerin astlarıyla alay edici tutum ve davranışlar sergilemesi, başka bireylerin yanında azarlayıcı veya aşağılayıcı eleştirilerde bulunmasıyla oluşabilmektedir (Elmas-2017, s:34,35).

<sup>1</sup> Lefke Avrupa Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi/ K.K.T.C/cyigit2002@yahoo.com

<sup>2</sup> disci66@gmail.com

<sup>3</sup> İskilip Atıf Hoca Devlet Hastanesi Acil Servis Hekimi /TÜRKİYE/ [dryay@yahoo.com](mailto:dryay@yahoo.com)

## 2.GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1.Araştırmanın Amacı:

Bu araştırmanın amacı, sağlık kurumlarında görev yapan yöneticiler ile diğer sağlık personeli arasındaki iletişim sorunları algısını, cinsiyet, tecrübe, eğitim durumu, iletişim eğitimi alıp-almama durumuna göre karşılaştırmaktır. Yönetici ve diğer çalışanlar arasındaki iletişim problemlerine yönelik algılar; yaşa, mesleğe, statüye ve kurumda çalışma süresine göre farklılık gösterip göstermediği belirlenmiştir.

### 2.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Araştırmanın evrenini, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinin Lefkoşa İlçesinde bulunan Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi'nde görev yapan yönetici ve diğer sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Hastaneden araştırmaya katılmak isteyen 100 personel ise örneklemi oluşturmaktadır.

### 2.3.Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları:

Araştırma 28.03.2017 – 28.04.2017 tarihleri arasında Lefkoşa İlçesinde bulunan Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi'nde görev yapan yönetici ve diğer sağlık personeli kapsamaktadır. Araştırmaya Lefkoşa İlçesinde bulunan diğer hastanelerdeki görev yapan yönetici ve diğer sağlık personeli dahil edilmemiştir.

### 2.4.Veri Toplama Aracı:

Veri toplama aracı olarak anket tekniği kullanılmıştır. Anket formları 28.03.2017 – 28.04.2017 dönemleri arasında Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi'nde uygulanmıştır. Anket iki bölümden olmak üzere toplam 33 sorudan oluşmaktadır.

### 2.5.Araştırmanın Sayıtları:

- 1.Yönetici ve diğer sağlık personeline sorulan soruları samimî ve âdil bir şekilde yanıtlamışlardır.
- 2.Uygulanan anketlerin çalışmada veri toplamak için yeterli olduğu düşünülmektedir.
- 3.Seçilen örneklem evreni temsil ettiği düşünülmektedir.

### 2.6.Araştırmanın Hipotezi:

- Yönetici ve diğer sağlık personeli arasındaki birbirlerine karşı sergiledikleri tutum ve davranışlar.
- Yönetici ve diğer sağlık personeli arasındaki iletişim ilişkisinin olumlu veya olumsuz yönde mi?
- Örgüt içerisinde sağlıklı bir iletişim ortamının olup- olmadığı,
- Bireyin cinsiyeti ile iletişim sorunları arasında ilişki var mı?
- Bireyin yaş düzeyi ile iletişim sorunları arasında ilişki var mı?
- Bireyin meslekteki çalışma yılı ile iletişim sorunları arasında ilişki var mı?
- Bireyin kurumdaki çalışma yılı ile iletişim sorunları arasında ilişki var mı?
- Bireyin eğitim durumu ile iletişim sorunları arasında ilişki var mı?
- Bireyin iletişim eğitimi alıp-almadığı ile iletişim sorunları arasında bir ilişki var mı?

### 2.7.İstatistiksel Değerlendirme:

Araştırma, 03.02.2017 – 10.02.2017 tarihleri arasında Cengiz Topel Hastanesi'nde uygulanarak geçerlilik ve güvenilirliği tespit edilmiştir. Anketin 15 sağlık personeli üzerinde ön denemesi yapılmıştır ve ortaya çıkan sonuç da hatalı bulunan sorular çıkarılmıştır. Ayrıca sağlık kurumunda görev yapan yönetici ve diğer sağlık personelinin anket ile ilgili görüş ve önerileri değerlendirilerek eksik olan seçenekler ankete dahil edilmiştir.

Araştırma 28.03.2017 – 28.04.2017 tarihleri arasında Lefkoşa İlçesinde buluna Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesinde yapılmıştır.

**Tablo 1: Geçerlilik Güvenirlilik Durumu**

Cronbach's Alpha	N of Items
0,904	33

Anketin genel Cronbach Alfa değeri Tablo 1’de görüldüğü gibi 0,904 ( $p < 0,001$ ) bulunmuştur. Bu sebeple anket kabul edilebilir bir ölçektir.

### 3.BULGULAR VE TARTIŞMA

Örneklem grubunun yönetici ve diğer sağlık çalışanları arasındaki iletişim incelendiğinde; Örneklem grubunun % 64,0’ının kadın olduğu, % 30’ının 40-43 yaş aralığında olduğu, % 60’ının sağlık personeli olduğu, meslekteki çalışma yılının % 29,0 olduğu, kurumdaki çalışma yılının % 28,0 olduğu, % 49,0’ının lise mezunu olduğu ve % 64,0’ının iletişim eğitimi aldığı görülmüştür.

Cinsiyet bakımından incelendiğinde; Erkek sağlık çalışanları ile kadın sağlık çalışanları arasında yönetici ve diğer sağlık çalışanları arasındaki iletişim sorunlarını algılamaya yönelik istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,073$ ).

Yaş grubuna göre incelendiğinde; Farklı yaş grubundan olan sağlık çalışanları arasında yönetici ve diğer sağlık çalışanları arasındaki iletişim sorunlarını algılamaya yönelik istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu tespit edilmiştir. Yönetici ve diğer sağlık çalışanları arasındaki iletişim sorunlarını algılamaya yönelik ölçek puanı en düşük olan grup 22-33 yaş arasındakiler, en yüksek olan grup ise 44 yaş üzerindekiilerdir.

Meslek grubuna göre incelendiğinde; Meslek gruplarından olan sağlık çalışanlarının yönetici ve diğer sağlık çalışanları arasındaki iletişim sorunlarını algılamaya yönelik olarak istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p=0,003$ ).

Meslekte çalışma yılına göre incelendiğinde; Meslekte çalışma süresi farklı olan sağlık çalışanları arasında yönetici ve diğer sağlık çalışanları arasındaki iletişim sorunlarını algılamaya yönelik istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p=0,007$ ).

Kurumdaki çalışma yılına göre incelendiğinde; Kurumda çalışma süresi farklı olan sağlık çalışanları arasında yönetici ve diğer sağlık çalışanları arasındaki iletişim sorunlarını algılamaya yönelik istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır ( $p=0,007$ ).

İletişim ile ilgili daha önce eğitim alma durumu farklı olan sağlık çalışanları arasında yönetici ve diğer sağlık çalışanları arasındaki iletişim sorunlarını algılamaya yönelik istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $p=0,004$ ).

“Yöneticiler ve diğer sağlık çalışanları başarılarını karşılıklı olarak paylaşırlar” konusunda yöneticilerle diğer sağlık personeli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $t= 2,572, P= 0,012$ ).

“Yöneticiler çalışanlara emir veya görev verdiklerinde çalışanın özelliğini dikkate alırlar” konusunda yöneticilerle diğer sağlık personeli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $t= 2,648, P= 0,009$ ).

“Yönetici ve çalışanlar iletişim sırasında kendilerini birbirlerinin yerine koyarlar” konusunda yöneticilerle diğer sağlık personeli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $t= 2,709, P=0,008$ ).

“Yönetici ve diğer sağlık çalışanları özel sorunlarını aralarındaki resmi ilişkilere yansıtımazlar” konusunda yöneticilerle diğer sağlık personeli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $t= 2,746, P= 0,003$ ).

İdari personelin iletişim sorunlarına yönelik algıları daha yüksek düzeyde olup sağlık personelinde ise düşüktür. Bunun nedeni meslek gruplarındaki yöneticilerin farklı olmasından kaynaklanabileceği değerlendirilmektedir.

Başka bir deyişle; idari personel yöneticilerinin iletişim sorunlarını daha kolaylıkla algıladıkları ve çözüme yönelik stratejiler geliştirdiklerini söyleyebiliriz. Sağlık personelinde ise, uzmanlaşmanın getirdiği özelliklerden dolayı yöneticiler arasında iletişim açısından farklılıklar olduğunu söyleyebiliriz.

Örneklem grubunun yönetici ve diğer sağlık çalışanları arasındaki iletişim sorunlarının eğitim durumuna göre incelendiğinde;

“Yönetici ve diğer sağlık çalışanları sorunlarını karşılıklı olarak paylaşır” konusunda yöneticilerle diğer sağlık personeli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=7,714, P=0,000).

“Yönetici ve diğer sağlık çalışanları birbirlerine saygı gösterirler” konusunda yöneticilerle diğer sağlık personeli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=3.765, P=0,013).

“Yönetici ve diğer sağlık çalışanları iletişim sırasında kendilerini birbirlerinin yerine koyarlar” konusunda yöneticilerle diğer sağlık personeli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=3.336, P=0,023).

“Yöneticiler ve diğer sağlık çalışanları bilgilerini karşılıklı olarak paylaşırlar” konusunda yöneticilerle diğer sağlık personeli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=3.703, P=0,014).

“Yöneticiler hastanede çalışanlar arasında bir iş ortamı sağlar” konusunda yöneticilerle diğer sağlık personeli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=4.669, P=0,004).

“Yöneticiler diğer çalışanlar arasındaki dayanışmayı teşvik eder” konusunda yöneticilerle diğer sağlık personeli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=2.854, P=0,041).

“Yönetici ve diğer sağlık çalışanları arasında formal iletişimin yanında informal iletişim kanallarında açıktır” konusunda yöneticilerle diğer sağlık personeli arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=5.110, P= 0,003).

Eğitim durumuna genel olarak bakıldığında farklılıkların üniversite ve lisansüstü gruplarından kaynaklandığını söyleyebiliriz.

Buna göre; eğitim durumu arttıkça yönetici ve diğer personeller arasındaki iletişim sorunlarının azaldığı farkındalığın arttığı görülmektedir.

Başka bir değişle; eğitim durumu iletişim sorunlarının çözülmesinde güçlü bir gösterge olarak yer almaktadır.

## **4.SONUÇ VE ÖNERİLER**

### **4.1.Sonuçlar:**

Katılımcıların görev yaptıkları kurum içerisinde yönetici ve diğer sağlık çalışanları arasındaki iletişim sorunları ölçeği ve demografik ve sosyoekonomik özellikleri karşılaştırıldığında;

Cinsiyete göre kadınların erkeklere göre daha fazla bir ortalama aldıkları görülmektedir. Bu nedenle kadınların iletişim sorunlarını daha çok algıladığı saptanmıştır.

Yaş grubuna göre; anlamlı farkı yaratan grubun 44 yaş ve üzeri grubundan kaynaklandığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle 44 yaş ve üzerindeki grubun iletişim sorunlarını daha az algıladıkları gözlemlenmektedir.

Meslek gruplarına göre anlamlı farklılık saptanmıştır. İdari personelin sağlık personeline göre daha fazla iletişim sorunları yaşadığı görülmektedir. Bunun nedeni hiyerarşik yapıdan kaynaklanabilmektedir.

Meslekteki çalışma süresine göre; anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Çalışma yılı arttıkça iletişim sorunu algısının azaldığı görülmektedir.

Kurumdaki çalışma süresine göre; anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Yine kurumdaki çalışma yılı arttıkça iletişim sorunları algısının azaldığı gözlenmektedir.

#### 4.2.Öneriler:

Sağlık bakım hizmeti veren örgütler karmaşık ve geniş bir yapıya sahiptir. Bu karmaşık yapı içerisinde birçok yönetici ve diğer sağlık çalışanı görev yapmaktadır. Yönetilmesi zor olan bu sektörde her bölümün yöneticisine ve diğer sağlık çalışanlarına büyük sorumluluklar yüklenmektedir. Hata payı kabul etmeyen bu sektörde birçok personelin bulunmaktadır.

Bu personelin ekip ruhu ile disiplinli bir şekilde görevlerini doğru algılayıp yorumlayarak yapmaları önem arz etmektedir. Yöneticiler ve diğer sağlık personelinin birbirlerine bilgi aktarımı yaparken, kolay açık ve anlaşılır bir dil kullanmalıdırlar. Etkin bir iletişimin sürdürülebilir olduğu örgütlerde, verimlilik ve kalite maksimum düzeylere çıkarılıp, iletişim sorunlarından kaynaklanan hata yapma olasılıkları minimum düzeylere çekilebilir.

İletişim eğitimi alan personel ile almayan personel arasında değişkenlik tespit edilmiştir. Bu nedenle kurumlarda personele ve yöneticiye yönelik olarak iletişim ile ilgili eğitim programları düzenlenmeli ve verilmelidir.

#### 5.KAYNAKLAR

- AKSOY, P. (2011), "Sağlık Kurumlarında Şikâyet Yönetimi" Yüksek Lisans Tezi, s:40, İst.
- ELMAS, N. (2017), "Örgütsel İletişimin İş Tatmini Üzerindeki Etkisi ve Bir Uygulama" Yüksek Lisans Tezi, s:34-35, İstanbul.
- GARNETT James L; Justin Marlowe ve Sanjay K Pandey, (2008) , "Penetrating the Performance Predicament: Communication as a Mediator or Moderator of Organizational Culture's Impact on Public Organizational Performance", Public Administration Review, 68, 2; Abi/Inform Global, s: 266
- JOHANSSON, C. (2007), "Research on organizational communication. Nordicom Review",
- KOÇEL, T. (2011), İşletme Yöneticiliği Yönetim ve Organizasyonu, s:417
- MAXVELL, Tom W. - THOMAS, Ross; (1991) , "School Climate and School Culture", s: 75-76
- SHANNON, D. (2012), Effective physician -to-physician communication: An essential ingredient for care coordination. Physician Executive Journal, Ss:16-21
- ŞAHİN, E. (2010), "Sağlık Kurumlarında Örgüt İçi İletişim Düzeyinin Belirlenmesi (Kalite Belgeli Hastanelerde Hastane Çalışanları Üzerinde Bir Uygulama)" Yüksek Lisans Tezi, s:4,
- TAYLOR, James R. ve FRANÇOIS Cooren, (1997), "What makes communication organizational? How the many voices of a collectivity become the one voice of an organization", Journal of Pragmatics, 27, s:420
- ÜN, A. (2014) , "Sağlık Kurumlarında Yönetici ve Diğer Sağlık Çalışanları Arasındaki İletişim Sorunları (Tire Devlet Hastanesinde Bir Uygulama) Yüksek Lisans Tezi, s:46-53, İstanbul



## Sağlık Yönetiminin Meslekileşme Problemi ve Çalışma Sahalarının Hukuki Açısından Değerlendirilmesi

*Prof.Dr.Ayşegül Yıldırım KAPTANOĞLU<sup>1</sup>*

*Arş.Gör. Hüseyin ARİ<sup>2</sup>*

Sağlık hizmetleri sektöründe faaliyet gösteren işletmelerin yönetim kademelerinde görev alan çalışanların “*sağlık yönetimi*”<sup>3</sup> kökenli olma durumları incelendiğinde, sağlık yönetiminin taşıdığı değere ve geçmişine kıyasla yeteri kadar mesafe kat edemediği kolaylıkla görülmektedir. Özellikle sağlık hizmetlerinin en kapsamlı ve en yoğun şekilde verilmesine koşut olarak diğer sağlık işletmelerine kıyasla daha fazla yönetim kademesinin veya çalışma pozisyonlarının mevcut olduğu hastanelerde de durum aynıdır. Akademisyen ve öğrencisiyle hem üniversite, hem de sağlık sektörünün algılamalarında şekillenen söz konusu olgu, şu sıralarda hissettiğimiz küresel ekonomik durgunlukla daha da derinleşen bir sorunsala dönüşmüş gözükmemektedir. Mevcut durumu birkaç gözlem ile desteklemek gerekirse ilk göze çarpan husus, sağlık yönetimi bölümlerinden mezun olan öğrencilerin sağlık yönetimine yönelik aleyhtar tutumlarıdır. Söz konusu bu tutum, sosyal paylaşım sitelerinde, sağlık yönetimi “*gereksiz*” bir programmışçasına lanse edilerek üniversite tercihlerini bile etkileyecek boyutlara ulaşmıştır. Diğer yandan halk sağlığı, hemşirelik, ekonomi veya işletme kökenli akademisyenlerin “*sağlık yönetimi de nedir!*” gibi aşağılayıcı üsluplarla sağlık yönetimini küçümsedikleri de bilinen bir gerçektir. Özellikle halk sağlıkçılarının sağlık yönetimini özgün bir disiplin olarak kabul etmeme eğiliminde oldukları da bilinmektedir. İlgili eğilim “*sağlık yönetimi halk sağlığından çıkmıştır.*” şeklindeki savlarla desteklenmektedir. Esasında sağlık yönetiminden 8-9 dekat önce bilimsel alanda çalışmalarını sürdüren bilim dalları, söz konusu bölümün kendi mesleklerinin bir yan dalı olduğuna eskiden alanda lisansüstü eğitim eksikliği nedeniyle kendi dallarında lisansüstü eğitim almış akademik personeli hatta öğrencileri bile inandırmıştır. Bu açıdan kadın doğum, kulak burun boğaz vb. cerrahi dallar genel cerrahiden çıkmış ama bilim olarak hak ettikleri yerlerini nasıl almış ise sağlık yönetimi de 4-5 dekat süredir bilim sahasında yerini almıştır. Bu anlamda sağlık yönetiminin özgün değerini ve çalışma sahalarını ortaya koyan mevzuatın ve meslek odasının oluşturulması önem taşımaktadır.

Sağlık yönetiminin bu anlamda temel problemi meslekileşememeyle ilgilidir. Meslek terimi Latince *profiteor* kelimesinden zanaat sahibinin açıkça temsil ettiği yer anlamında kullanılmaktadır (Ruler, 2005). Meslekleşme ise birkaç teori ile açıklanmaya çalışılmıştır. Ancak, sağlık yönetiminin eksik yanlarını daha iyi ortaya koyması açısından meslekleşmeyi süreç içerisinde incelemek daha faydalı olacaktır.

<sup>1</sup> Prof. Dr. Ayşegül Yıldırım KAPTANOĞLU, Sağlık Yönetimi A.B.D. PhD.

<sup>2</sup> Öğretim Görevlisi, İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği M.Y.O, huseyinari0992@gmail.com

<sup>3</sup> Sağlık İdaresi veya Sağlık Kurumları İşletmeciliği ifadeleri aynı anlamda kullanılabilir.



Kaynak: Curnow, C. K., & McGonigle, T. P. (2006). The Effects of Government Initiatives on The Professionalization of Occupations. *Human Resource Management Review*, 16(3), 284-293.

Buna göre; bir meslek öncelikle tanımlanmış tam zamanlı çalışma ile kendini gösterir. Sonrasında ilgili çalışma bir takım eğitim ve öğretim seti ile desteklenir. Eğitim ve öğretim ile desteklenen tam zamanlı çalışma, mesleki örgüt veya birliklerin oluşturulmasıyla kurumsallaşır. Bu mesleki birlikler zaman içinde mesleki etik kodlarını oluşturarak meslektaşlarını belli kurallar ile hem birbirine bağlar hem de meslek dışı şahıs ve teşkilatlara karşı pozisyonlarını belirleyen prensipler ortaya koyar. Nihayetinde ise söz konusu meslek, mevzuatlarda yer alarak hukuki meşruiyetini tamamlar.

Mesleki birliklerin en önemli fonksiyonu bu anlamda diğer meslekler ile farkını ortaya koyacak lisans ve sertifikasyon gibi mesleki kalifikasyonları geliştirmesidir. Mesleki birliklerin hukuki nitelik kazanması beraberinde diğer mesleklere karşı korunma ve sınırlama ile meslek adının ve aktivite sahasının kabulü için lobicilik faaliyetlerine olanak sağlar (Curnow and McGonigle, 2006).

Sağlık yönetiminin mesleki örgütlenmesindeki ana problem kendine has “*kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşu*” un mevcut olmamasıdır. Anayasamız 135. Maddesi uyarınca *kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ve üst kuruluşları; belli bir mesleğe mensup olanların müşterek ihtiyaçlarını karşılamak, meslekî faaliyetlerini kolaylaştırmak, mesleğin genel menfaatlere uygun olarak gelişmesini sağlamak, meslek mensuplarının birbirleri ile ve halk ile olan ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni hâkim kılmak üzere meslek disiplini ve ahlâkını korumak maksadı ile kanunla kurulan ve organları kendi üyeleri tarafından kanunda gösterilen usullere göre yargı gözetimi altında, gizli oyla seçilen kamu tüzel kişilikleridir*. Dolayısıyla kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları, kanuna dayalı kamu gücü ayrıcalıklarına sahip olduğundan (Gözler, 2003) meslekten men cezası gibi bir yaptırımın gereği olarak mesleğin icraa edilmesi yönünde yasaklama yetkisine sahiptir. Örneğin Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği Kanunu’un 28. Maddesi’ne göre “*Odadan ihraç edilenler süresiz olarak, sanat icrasından geçici olarak men edilenler ise, men süresi içinde; hiçbir şekil ve biçimde mesleki faaliyette bulunamazlar*” ifadesiyle profesyonel meslek sahibi mensuplarını meslek odasına kayıtlı olmaya zorlamaktadır. Avukat, eczacı, tabip, mühendis, mimar gibi profesyonel meslek gruplarının sahip olduğu birlikler gibi sağlık yöneticisi adı altında bir meslek birliğinin kurulması, sağlık yönetiminin özgün ve bağımsız meslek olduğunun göstergesi olması açısından gereklidir. Bu açıdan sağlık yönetimi, sağlık idarecisi veya sağlık kurumları işletmecisi adlarıyla kimliğimiz tek bir isimle günümüze kadar tanımlanamamışsa da bundan sonraki süreçte isim birliğinin de sağlanması meslek dışı paydaşlara vermiş olduğumuz görüntü açısından önemli bir adımdır.

En az mesleki birlik sahibi olunması kadar sağlık yöneticilerinin görev ve yetkilerini içerir, çalışma sahalarını belirleyici mevzuat hükümlerinin de yasalaşması önem arz etmektedir. Bu

kapsamda ilk adım olarak 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu'na benzer bir Sağlık Yönetimi Kanunu'un yasalaşması gerekmektedir. Bu yolla öncelikle sağlık yöneticilerinin görev, yetki ve sorumluluklarının ayrıntılı olarak gerek kamuda gerek özel sektörde olmak üzere her bir yönetim kademesi için ayrı ayrı tanımlanması sağlanmış olacaktır. Bir sonraki adımda ise, sağlık yöneticisinin çalışabilmesine imkân sağlayacak pozisyonları belirleyen maddelerin hali hazırdaki sağlık tesislerinin işletilmesi ve yönetilmesine ilişkin mevzuat hükümlerine eklenmesini sağlamaktır. Bu noktada birkaç örnek verilebilir. Bu kapsamda Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliği'nin 16. Maddesinin 1. fıkrasında “*muayenehane hariç sağlık kuruluşu<sup>4</sup>nda genel çalışma saatleri içerisinde bu maddede tanımlanan görevleri yapmak üzere kuruluşun kadrosunda görev yapan 4 yıllık sağlık yönetimi lisans mezunu<sup>5</sup> mesul müdür*” şeklinde düzeltilmesi hususunda çalışmalar yapmak gerekmektedir. Bununla birlikte örneğin; Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliğinin 13. Maddesinin 2. fıkrasındaki “*Sorumlu müdür olacaklarda en az 4 yıllık yükseköğrenim mezunu olma şartı aranır...*” cümlesinde “*en az 4 yıllık sağlık yönetimi mezunu olma şartı* aranır...” şeklinde değişiklik sağlanarak mevzuatta ucu açık ifadelerden kaçınmak sağlık yönetiminin çalışma sahalarının belirlenmesi açısından ayrı bir öneme sahiptir. Zira mevcut haliyle söz konusu yönetmelik, yaşlı bakım merkezlerinde örneğin tarım ekonomisi mezunlarının da çalışabilmesine olanak sağlanmaktadır.

Sağlık yönetimi özgün bir meslek dalı olarak yönetim-organizasyon, maliyet-finansman ve sağlık sisteminin öznal yapısını bilen yöneticiler yetiştirmesi açısından her türlü sağlık tesisinin işletilmesine çalışabilecek yöneticiler yetiştirmektedir. Bu yüzden devletten kadro talep etmek yerine, devletin biz sağlık yöneticilerini bir profesyonel meslek üyesi olduğunu gösterir mesleki birlik haline gelme ve kanunla açık bir şekilde belirlenmiş görev ve yetkilerimizi belirten mevzuat hükümlerinin yasalaşması talep edilmelidir.

### **Sonuç:**

Anayasamızın 135. Maddesi gereği, sağlık yönetiminin meslek birliği kurmasının önünde herhangi bir engel yoktur. Dolayısıyla hızla sağlık yönetimi meslek birliği kurma çalışmalarına başlanması hali hazırda kurulmuş olan sağlık yönetimi derneklerinin bu yönde kamuoyu oluşturması gerektirmektedir. Sonrasında ise sağlık yönetimi meslek birliği kurulması için TBMM'ye doğrudan dilekçe verilmesi önemli bir adım olacaktır.

### **Kaynakça:**

1. Curnow, C. K., & McGonigle, T. P. (2006). The Effects of Government Initiatives on The Professionalization of Occupations. *Human Resource Management Review*, 16(3), 284-293.
2. Van Ruler, B. (2005). Commentary: Professionals are from Venus, Scholars are from Mars. *Public Relations Review*, 31(2), 159-173.

---

<sup>4</sup> Bu Yönetmelik kapsamındaki tıp merkezi, poliklinik, laboratuvar, müessese ve muayenehanelerini ifade etmektedir.

<sup>5</sup> Hali hazırda “**tabip/uzman**” şeklinde düzenlenmiştir.

3. Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği Kanunu. (1954). Resmi Gazete, 6235/8625
4. Gözler, K. (2003). *İdare Hukuku: Cilt I.* Kemal Gözler, s.495
5. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik. (2008). Resmi Gazete, 26788
6. Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği. (2008). Resmi Gazete, 26960

# Ambulans İstismar Düzeyinin Belirlenmesi: Gümüşhane İli Örneği

Kadir ÇAVUŞ<sup>1</sup>  
Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ<sup>2</sup>  
Öğr. Gör. Melikşah TURAN<sup>3</sup>

## ÖZET

**Çalışmanın Problemi:** Ambulans aracılığıyla hastaneye sevki sağlanan hastalar için ambulansın hastaya varış süresi ve hastayı olay mahallinden aldıktan sonra hastaneye varış zamanı, durumu ciddi olan hastaların hayati tehlikesi açısından önemlidir. Vatandaşın sağlığına yönelik ehemmiyet arz eden bir organizasyonun önemi de hayli büyüktür. Bu yüzden Acil Sağlık Hizmetleri ve Acil Sağlık hizmetleri üzerine yapılan araştırmalar önem teşkil etmektedir.

**Çalışmanın Amacı:** Çalışmamızda Gümüşhane ilinde ambulans istismar düzeyinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Metod:** Çalışmamızı gerçekleştirebilmek için Gümüşhane iline 112 Acil Ambulans Servisine 01.01.2016 ile 31.12.2016 tarihleri arasında başvurmuş olan 12.207 vaka üzerinden analiz yapılmıştır. Veriler Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı İl Ambulans Servisi Başhekimliğinden Acil Sağlık Otomasyon sistemi üzerinden Microsoft Excel programı ile alınmıştır. Verilerin istatistiksel analizi SPSS paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

**Bulgular ve Sonuç:** Ön tanılarına göre yapmış olduğumuz sınıflandırmada en yoğun grubun %20,4 ile bünyesinde tedbir görevleri, protokol görevleri, yaşlılık ve zehirlenme gibi ön tanı gruplarını barındıran diğer grubu olduğu ortaya çıkmaktadır. İkinci sırada %19,4 ile travmatik olgular, üçüncü sırada ise %12'lik bir oran ile kardiyovasküler olgular olduğu saptanmıştır. Gümüşhane ilinde 2016 yılında çıkılan vakaların %77,8'i medikal nedenli çıkmıştır. Bunu %8,4'lük bir oran ile sağlık tedbirleri izlemiştir. Üçüncü sırada %6,6'lık oran ile trafik kazaları yer almıştır. %4,6'lık oran ile diğer kaza grubu dördüncü sırada yer almış. En az paya sahip olan çağrı nedeni grubu iş kazası grubudur. Vakaların %98,2'sinin bilinç durumu açısından normal olduğu ve yalnızca %1,8'inin bilinç durumu açısından anormal olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda ambulans istismar düzeyi il genelinde %59,6 olarak belirlenmiştir. 112 ambulanslarının çıkmış olduğu vakaların gereksizlik oranının yüksek olması hizmetin akışını, personel motivasyonu, finansman yükü gibi olumsuzluklarla kötü yönde etkilemektedir. Aynı zamanda bu durumun hastaneye nakillerin yüksek oluşundan dolayı hastanelerde yüklenmeye de sebep olduğu anlaşılmaktadır. Bu yüzden halka yönelik bilinç eğitimleri uygulanmalı ve ambulanslarda görev yapan ATT ve paramediklerin gereksiz vakaların transportunu engelleyecek şekilde görev tanım ve yetkileri genişletilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Acil Sağlık Hizmetleri, Ambulans, Ambulans istismarı, 112

**Sunum Dili:** Türkçe

<sup>1</sup> Afet yöneticisi, Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü/Gümüşhane 112/Gümüşhane/Türkiye

<sup>2</sup> Gümüşhane Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi /Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü /Gümüşhane/Türkiye/drsaime@hotmail.com

<sup>3</sup> Gümüşhane Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi /Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü /Gümüşhane/Türkiye

## ABSTRACT

**Problem of the Study:** Time of arrival of the ambulance to the patient for the patients who are admitted to the hospital through the ambulance and time of arrival to the hospital after taking the patient from the scene of the incident is important for the vital danger of the patients. The importance of an organization that is important to the health of the citizen is also quite large. Therefore, Emergency Health Services and researches on Emergency Health Services are important.

**Aim of the Study:** In our study, it was aimed to evaluate the level of ambulance abuse in Gümüşhane province.

**Method:** In order to be able to perform our work, we analyzed 12,207 cases applied to the 112 Emergency Ambulance Service of Gümüşhane between 01.01.2016 and 31.12.2016. The data was obtained from the Head of the Provincial Ambulance Service Headquarters of Gümüşhane Provincial Health Directorate via the Emergency Health Automation System via Microsoft Excel program. Statistical analysis of the data was performed using the SPSS package program.

**Results and Conclusion:** The most intensive group we have classified according to preliminary diagnoses is found to be the other group with preliminary diagnosis groups such as preventive duties, protocol duties, aging and poisoning with 20.4%. Traumatic cases with 19.4% were found to be in the second place and cardiovascular cases in the third place with a rate of 12%. In Gümüşhane province, 77.8% of cases reported in 2016 were due to medical reasons. This was followed by health precautions with a rate of 8.4%. In the third place, traffic accidents took place with a rate of 6.6%, the other accidents group ranked fourth with a rate of 4.6%. The call-attribution group, which has the least share, is the group of work-related accidents. It was determined that 98.2% of the cases were normal in terms of consciousness and only 1.8% was abnormal in terms of consciousness.

The level of ambulance abuse was determined as 59.6% in our province. The fact that 112 ambulances are emerging has a high degree of redundancy, which affects the service flow in a bad way with negativities such as personnel motivation and financial burden. At the same time, it is understood that this situation also caused the hospitals to be loaded due to the high transference. Therefore, awareness trainings for the public should be implemented and the definition and authority of emergency medical technicians and paramedics working in ambulances should be expanded so as to prevent the transfer of unnecessary cases.

**Key words:** Emergency Health Services, Ambulance, Ambulance abuse, 112

**Presentation Language:** Turkish

---

<sup>1</sup> Disaster manager, Gümüşhane Provincial Health Directorate, Gümüşhane 112/Gümüşhane/Turkey

<sup>2</sup> Gümüşhane University/ Faculty of Health Sciences/Department of Emergency and Disaster Management/Turkey/drsaime@hotmail.com

<sup>3</sup> Gümüşhane University/ Faculty of Health Sciences/Department of Emergency and Disaster Management/Turkey

## GİRİŞ

Ülkemiz deprem, sel, çığ felaketleri, yangınlar gibi beklenmeyen olay çeşitliliği fazla olan her an, her yerde, her türde ve her boyutta olayın meydana gelebilme olasılığının bulunduğu bir coğrafya üzerinde bulunmaktadır. Buna ek olarak her türlü hastalık, yaralanma, trafik kazaları gibi olaylarında sıkça yaşandığı ve hayati devamlılığın sürdürülmesi açısından etkin ve hızlı bir müdahalenin esas olduğu olaylarda sıkça yaşanmaktadır. Bu meydana gelebilme olasılığı olan olayların en az zararla atlatılması açısından ambulans organizasyonları çok büyük bir önem taşımaktadır (1-4).

Ambulans aracılığıyla hastaneye sevki sağlanan hastalar için ambulansın hastaya varış süresi ve hastayı olay mahallinden aldıktan sonra hastaneye varış zamanı, durumu ciddi olan hastaların hayati tehlikesi açısından önemlidir. Vatandaşın sağlığına yönelik ehemmiyet arz eden bir organizasyonun önemi de hayli büyüktür. Bu yüzden Acil Sağlık Hizmetleri ve Acil Sağlık hizmetleri üzerine yapılan araştırmalar önem teşkil etmektedir.

Çalışmamızda Gümüşhane ilinde ambulans istismar düzeyinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## MATERYAL VE METOD

Çalışmamızı gerçekleştirebilmek için Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır. Gümüşhane iline 112 Acil Ambulans Servisine 01.01.2016 ile 31.12.2016 tarihleri arasında başvurmuş olan 12.207 vaka üzerinden analiz yapılmıştır. Veriler Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı İl Ambulans Servisi Başhekimliğinden Acil Sağlık Otomasyon sistemi üzerinden Microsoft Excel programı ile alınmıştır. Verilerin istatistiksel analizi SPSS paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

## BULGULAR

Çalışmamızda 2016 yılında Gümüşhane 112 İl Ambulans Servisine başvuran vakaların %50,8'i kadın %49,2'si erkek olarak belirlenmiştir.

Tablo 1'de görüldüğü gibi ön tanılarına göre yapmış olduğumuz sınıflandırmada en yoğun grubun %20,4 ile bünyesinde tedbir görevleri, protokol görevleri, yaşlılık ve zehirlenme gibi ön tanı gruplarını barındıran diğer grubu olduğu ortaya çıkmaktadır. İkinci sırada %19,4 ile travmatik olgular, üçüncü sırada ise %12'lik bir oran ile kardiyovasküler olgular olduğu saptanmıştır.

*Tablo 1. Gümüşhane ili 2016 Yılında Çıkmış Olan Vakaların Ön Tanılarına Göre Dağılımı*

<i>Vakaların Ön Tanıları</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Diğer	3446	28,2
Travma	2140	17,5
Kardiyovasküler	1471	12,0
Gastrointestinal ve metabolik	1283	10,5
Nörolojik	1122	9,2
Solunum	854	7,0
Psikiyatri	814	6,7
Enfeksiyon	513	4,2
Genitoüriner	401	3,3
Kadın doğum	131	1,1
Yeni doğan	32	0,3
<b>Toplam</b>	<b>12207</b>	<b>100,0</b>

Gümüşhane ilinde 2016 yılında çıkılan vakaların %77,8'i medikal nedenli çıkmıştır. Bunu %8,4'lük bir oran ile sağlık tedbirleri izlemiştir. Üçüncü sırada %6,6'lık oran ile trafik kazaları

yer almıştır.%4,6'lık oran ile diğer kaza grubu dördüncü sırada yer almış. En az paya sahip olan çağrı nedeni grubu iş kazası grubudur. Vakaların %98,2'sinin bilinç durumu açısından normal olduğu ve yalnızca %1,8'inin bilinç durumu açısından anormal olduğu saptanmıştır.

Tablo 2'de görüldüğü gibi çalışmamızda ambulans istismar düzeyi il genelinde %59,6 olarak belirlenmiştir. Gümüşhane ilinde 2016 yılında çıkmış olan vakaların 7277 tanesinin, Dünya Sağlık örgütünü yayınlamış olduğu kritik kod listesine uymadığı ve %59,6 lık bir dilim ile ilk sırada yer aldığı görülmektedir. DSÖ'nün tanımlamalarına göre Gümüşhane ilinde çıkan vakaların %40,4'ü uygunluk taşımakta olup diğerleri kritik kod listesinde bulunmamaktadır.

*Tablo 2. Gümüşhane ili 2016 yılında çıkmış olan vakaların DSÖ kritik kod listesine göre dağılımı*

<b>DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜNÜN KRİTİK ICD KOD LİSTESİ</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
1- DSÖ'ne göre kritik kod listesinde bulunmayanlar	7277	59,6
2- Miyokard infarktüsü, aritmi, hipertansiyon ve ciddi kardiak olgular	1190	9,7
3- Yüksekten düşme, üst ekstremité kırıkları	763	6,3
4- Trafik kazası	688	5,6
5- Astım krizi, akut solunum problemi	367	3,0
6- Akut batın	301	2,5
7- Bilinç kaybına yol açan her türlü durum	297	2,4
8- Yüksek ateş	248	2,0
9- Zehirlenmeler	171	1,4
10- Migren veya kusma, bilinç kaybıyla birlikte gelişen baş ağrıları	116	1,0
11- Ani felçler, Serebrovasküler ataklar	105	0,9
12- Başlamış doğum eylemi	103	0,8
13- Omurga ve alt ekstremité kırıkları	103	0,8
14- Renal kolik	80	% 0,7
15- Terör, sabotaj, kurşunlanma, bıçaklanma, kavga, darp, kesici delici alet yaralanması	78	0,6
16- Diyabetik, üremik koma	71	0,6
17- Ciddi genel durum bozukluğu	57	0,5
18- Akut masif kanamalar	48	0,4
19- İntihar girişimi	42	0,3
20- Akut psikotik tablolar	27	0,2
21- Ciddi yanıklar	18	0,1
22- Ciddi göz yaralanmaları	15	0,1
23- Yeni doğan komaları	12	0,1
24- Ciddi alerji, anafilaksi	10	0,1
25- Genel durum bozukluğunun eşlik ettiği diyaliz hastası	7	0,1
26- Donma, soğuk çarpması	6	0,0
27- Suda boğulma	4	0,0
28- Elektrik çarpması	2	0,0
29- Isı çarpması	1	0,0
30- Menejit, ensefalit, beyin apsesi	0	0,0
31- Dekompresyon	0	0,0
32- Tecavüz	0	0,0
33- Ciddi iş kazaları	0	0,0
<b>Toplam</b>	<b>12207</b>	<b>100,0</b>

Vakaların nakli gerçekleşenler üzerinden yapmış olduğumuz değerlendirmelere göre en yoğun naklin %34,67 ile Gümüşhane Devlet Hastanesine gerçekleştirildiği tespit edilmiştir.

## **TARTIŞMA**

112 Acil Sağlık Hizmetlerinde sunumu gerçekleştirilen vakaları ön tanılarına göre inceleyecek olursak, bizim yapmış olduğumuz araştırmada diğer grubu %28,2, travmatik olgular %17,5, kardiovasküler hastalıklar %12, GİS ve metabolik grup ise %10,5'tir. Diğer ön tanı grubu, hasta



olmayan, ön tanı konulamayan ve diğer yüzdeler dilim içerisinde çok az bir pay içerisinde yer alan hastalıkları kapsamaktadır.

Ayten ve arkadaşlarının 2015 yılında Denizli’de yapmış oldukları araştırmaya göre ön tanıları arasında ilk sırayı %25,7 ile diğer grubu, ikinci sırayı %22,7 lik bir oranla travmatik olgular almıştır. Üçüncü sırada yer alan ön tanı grubu ise %19’luk bir oran ile kardiyovasküler sistem hastalıkları olmuştur. Dördüncü sırada %11,7 ile psikiyatri. Beşinci sırada ise %6,8 ile pulmoner hastalıklar olmuştur (5).

Benli ve arkadaşlarının 2014 yılında Karabük’te yapmış oldukları bir araştırmaya göre travmatik olgular %26,33 ile ilk sırada, kardiyovasküler hastalıklar %19,45 ile ikinci sırada, psikiyatrik hastalıklar %15,45 ile üçüncü sırada, solunum sistemi hastalıkları %13,24 ile dördüncü sırada yer almaktadır (6). Zenginol ve arkadaşlarının 2011 yılında Gaziantep’te yapmış oldukları araştırmaya göre ilk sırada %29,80 ile travmatik olgular, İkinci sırada %19,14 ile kardiyovasküler sistem hastalıkları, üçüncü sırada, %11,39 ile diğer grubu, dördüncü sırada ise %9,50 ile nörolojik vakalar yer almaktadır (7). Önge ve arkadaşlarının Adana’da 2013 yılında yapmış oldukları araştırmaya göre ilk sırada %28,4 ile travmatik olgular, İkinci sırada %16,4 ile nörolojik olgular, üçüncü sırada %14,2 ile kardiyovasküler olgular, dördüncü sırada %11,7 ile gastrointestinal ve metabolik grubu karşımıza çıkmaktadır (8).

İlgili verileri ışığında 112 Acil Sağlık Hizmetlerini uygun olmayan ambulans kullanımı ve Ambulans istismar düzeyi açısından inceleyecek olursak. Ataman Köse’nin Van da yapmış olduğu araştırmaya göre, acil servise başvuran hastaların %88,4’ünün acil servisten taburcu edildiği belirlenmiştir (9).

Ayten ve arkadaşlarının 2015 yılında yapmış oldukları araştırmaya göre Denizli 112’ye gelen çağrılarının 2012 yılı için %97 si 2013 yılı için ise %94’ü asılsız, uygunsuz çağrıdır (5). Kanada ve İngiltere’deki Ambulansı uygunsuz olarak kullanma yüzde %40-%50 olarak belirlenmiştir. Bizim Dünya Sağlık Örgütü’nün yayınlamış olduğu Kritik kod listesi referans alınarak yapmış olduğumuz çalışmada ise Gümüşhane ilinde ki vakalarda %59,6’lık bir ambulansın kullanım amacı dışında gereksiz vakalara çıktığı saptanmıştır.

Çalışmamız ülke ve dünya genelinde ki çalışmalarla benzerlik göstermiş olsa da ülkemiz genelinde gereksizlik düzeyi yurtdışına göre biraz daha yüksek oranda belirlenmiştir. Bu durum ülkemizde aşılması gereken bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Ambulansların uygunsuz kullanımı mesleki anlamda personelin yıpranması, acil birimlerde aşırı gereksiz yük, ülkeye ekonomik yük gibi sonuçları doğurmaktadır.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Çalışmamızda ambulans istismar düzeyi il genelinde %59,6 olarak belirlenmiştir. 112 ambulanslarının çıkmış olduğu vakaların gereksizlik oranının yüksek olması hizmetin akışını, personel motivasyonu, finansman yükü gibi olumsuzluklarla kötü yönde etkilemektedir. Aynı zamanda bu durumun hastaneye nakillerin yüksek oluşundan dolayı hastanelerde yüklenmeye de sebep olduğu anlaşılmaktadır. Bu yüzden halka yönelik bilinç eğitimleri uygulanmalı ve ambulanslarda görev yapan ATT ve paramediklerin gereksiz vakaların transportunu engelleyecek şekilde görev tanım ve yetkileri genişletilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. 112 Acil Çalışma Merkezleri Kuruluş, Görev ve Çalışma Yönetmeliği  
T.C Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
212-5.
2. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği-2004 T.C Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri  
Genel Müdürlüğü
3. Aksoy, F.&Ergun, A. (2002). Acil Sağlık Hizmetlerinde Ambulansın Yeri. Ulusal Travma  
Dergisi, 8, 160-163.
4. Ambulanslar Ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği 2012-T.C  
Sağlık Bakanlığı
5. Ayten, S. (2015). Denizli İlinde 112 Komuta Merkezine Yapılan Aramalar Ve Acil  
Ambulans Hizmetlerinin Kullanımının Değerlendirilmesi (Doctoral Dissertation,  
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi).
6. Benli, A. R.Koyuncu, M. Cesur, Ö. Karakaya, E. Cüre, R. & Turan, M. K. (2014).  
Evaluation Of Use Of The 112 Emergency Ambulance Service İn Karabuk City. Journal  
Of Clinical And Analytical Medicine, 10, 1-4.
7. Zenginol M, Al B, Gen S, Deveci İ, Yarbil P, Yılmaz D, Ve Ark. Gaziantep İli 112 Acil  
Ambulanslarının 3 Yıllık Çalışma Sonuçları. JAEM 2011; 10: 27-32.
8. Önge, T.Satar, S. Kozaci, N.Açikalın, A. Köseoglu, Z.Gülen, M.& Karakurt, Ü. (2013).  
Analysis Of Patients Admitted To The Emergency Medicine Department By The 112  
Emergency Service/112 İle Acil Tıp Servisine Getirilen Eriskin Hastaların  
Analizi. Journal Of Academic Emergency Medicine, 12(3), 150.
9. Ataman Köse, Beril Köse, M. Reşit Öncü, Fuzuli Tuğrul. (2011). Bir Devlet Hastanesi  
Acil Servisine Başvuran Hastaların Profili ve Başvurunun Uygunluğu. Gaziantep  
Medical Journal, 17(2), 57-62.

# Bebek Dostu Uygulaması Farkındalığı: Hemşireler/Ebeler Üzerinde Bir Araştırma

Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN<sup>1</sup>  
Arş. Gör. Gizem Zevde AYDIN<sup>2</sup>

## ÖZET

**Çalışmanın Problemi:** Dünya genelinde gözlenen emzirme oranlarında yaşanan azalış bebek ölümleri ile sonuçlanmaktadır. Bu nedenle, 1991 yılında Sağlık Bakanlığı ve UNICEF işbirliğinde temel amacı emzirmenin korunması, teşvik edilmesi ve desteklenmesi olan "Anne sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı" yürütülmeye başlanmıştır. Bu uygulamalar doğrultusunda çalışmalar yapan Samsun ili, 29 Nisan 2009 tarihinde "Altın Bebek Dostu İl" olmaya hak kazanmıştır.

**Çalışmanın Amacı:** Altın Bebek Dostu bir ilde bebek dostu olmuş bir sağlık kurumunda uygulama ile ilişkili birimlerde görev yapan hemşirelerin/ebelerin uygulamaya yönelik farkındalıklarını incelemektir. Ayrıca, farkındalığı saptayarak ilgili kuruma geri bildirim sağlamaktır.

**Metod:** Çalışma, Samsun'da yer alan 3. basamak bebek dostu bir hastanede Haziran 2017-Ağustos 2017 ayları içerisinde Etik Kurul izni alınarak yürütülmüştür. Uygulama yapılmış çalışan sayısı; Doğumhane 9 Ebe, Özel Servis 12 hemşire, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi 13 hemşire, Çocuk Hastanesi 150 hemşire olmak üzere toplam 184'dür. Çalışma 102 kişiye uygulanmıştır. Çalışmaya katılım %55,43'dür. Çalışma hazırlanırken, Bebek Dostu Hastane Olma Kriterleri ile Altın Bebek Dostu İl olma kriterlerinden ve Anmarie Riedmatter'ın "Has The Implementation of Baby-Friendly on a Birthing Unit Affected Registered Nurses Attitudes Towards Breastfeeding?" isimli araştırma projesinden yararlanılmıştır. Anket soruları oluşturulurken uzman görüşüne başvurulmuştur. Çalışmanın geçerliliği yapılmıştır.

**Bulgular ve Sonuç:** Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin ve ebelerin %50'si (n=51) 36 yaş ve üstüdür. %86,3'ü (n=88) evlidir. Katılımcıların %17,6'sı (n=18) bebek dostu uygulamasından haberdar değildir. Katılımcıların %66,7'si (n=68) bir sağlık kurumunun bebek dostu olabilmesi için taşıması gereken özelliklerin neler olduğunu bilmektedir. Bebek dostu hastanede görev yapan hemşire ve ebelerin uygulama konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları beklenmektedir. Hastane yönetimi, çalışanların farkındalıkları yüksek olsa dahi farkındalığı artırmaya yönelik hizmet içi eğitim, seminer gibi çalışmalar yapabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Bebek Dostu Hastane, Bebek Dostu Uygulaması

Sunum Dili: Türkçe

<sup>1</sup> Ondokuz Mayıs University/ Healthcare Management/Turkey/ elifdikmetas@hotmail.com

<sup>2</sup> Ondokuz Mayıs University/ Healthcare Management/Turkey/gizem.zevde@gmail.com

## **AWARENESS of BABY-FRIENDLY PRACTICES: A RESEARCH ON NURSES/MIDWIVES**

Assoc. Prof. Elif DİKMETAŞ YARDAN

1

Res. Assist. Gizem Zevde AYDIN<sup>2</sup>

### **ABSTRACT**

**The problem of the study:** The decrease in breastfeeding rates observed around the world results in infant deaths. For this reason, in 1991 the Ministry of Health in Turkey and UNICEF initiated the "Mother Breast Feeding and Baby-Friendly Health Institutions Program", which aims to protect, encourage and support breastfeeding. Samsun province, which has been working towards these applications, has become a "Golden Baby-Friendly City" on April 29, 2009.

**The purpose of the study:** It is to examine that the awareness of nurses who work in a service which is Baby-Friendly with their practice in a Golden Baby-Friendly City. It is also to provide awareness and feedback to the relevant institution.

**Method:** The study was conducted, which was determined in the tertiary baby-friendly hospital in Samsun, with the approval of the Ethics Committee from June 2017 to August 2017. A number of employees to be implemented is that there are a total of 184 nurses, 9 Midwives, 12 Special Nurses, Gynecology and Obstetrics Service, 13 nurses and 150 Children's Hospital nurses. The study was applied to 102 people. Participation in this study is 55.43%. The study was based on the criteria of Being Baby Friendly Hospital and Being Golden Baby Friendly Province and Anmarie Riedmatter's research project named "Has the Implementation of Baby-Friendly on a Birthing Unit Affected Registered Nurses Attitudes Towards Breastfeeding?". Expert opinions were consulted while questionnaires were being prepared. The study's validation was done.

**Findings and Conclusion:** 50% (n = 51) of the nurses and midwives included in the study were 36 years old and over. 86.3% (n = 88) were married. 17.6% (n = 18) of the participants were not aware of the Baby Friendly application. 66.7% of the participants (n = 68) knew what the characteristics needed to carry in order for a health institution to be baby-friendly. It is expected that nurses and midwives working in the baby-friendly hospital should have sufficient knowledge about the application. Even though the awareness of the employees of the hospital management is high, in-service training and seminars can be done to raise awareness.

**Key Words:** Baby-Friendly Hospital, Baby-Friendly Application

Presentation Language: Turkish

---

<sup>1</sup> Ondokuz Mayıs University/ Healthcare Management/Turkey/ elifdikmetas@hotmail.com

<sup>2</sup> Ondokuz Mayıs University/ Healthcare Management/Turkey/gizem.zevde@gmail.com

## 1. GİRİŞ

Emzirme, anne ve bebeğe sayısız yarar sağlaması ile değil tüm topluma yansımaları ile övgüyü hak eden oldukça anlamlı ve önemli bir uygulamadır (Çelebioğlu, Tezel ve Özkan, 2006). Emzirme, bebek ve anne için oldukça büyük öneme sahip anlamlı bir uygulamadır (Çelebioğlu ve ark, 2006). Yeni doğanın sağlıklı büyümesinde ve gelişiminde başarılı beslenmenin payı oldukça büyüktür. Dünya’da pek çok ülkede bebekler bazı etkenler sebebiyle beslenme yetersizliklerine maruz kalabilmektedir. Yetersiz beslenme çocuklarda gelişim geriliklerine ve ölümlere neden olabilmektedir (Eker ve Yurdakul, 2006). Yeni doğanın beslenmesinde eşi bulunmaz bir gıda olduğu kabul edilen anne sütünün, bebeklere en sağlıklı şekilde ulaşma yolu emzirmedir (Özbaş, 2007). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF), emzirme oranlarını artırmak için 1989’da Bebek dostu Hastane Girişimi adlı bir kampanya hazırlamıştır (Riedmatter, 2002). Bebek Dostu Hastane uygulamasının temelinde, uluslararası rehberler eşliğinde kurumlarda en uygun bebek beslenme uygulamalarının geliştirilmesi yatmaktadır (Özbaş, 2007). Bebek dostu hastane girişimi ile, bütün kadınların emzirme konusunda teşvik edilmesi planlanmıştır. (Riedmatter, 2002). Bebek dostu hastaneler, emzirme girişiminin artışı, hastanede kalış süresince anne sütüyle beslenme ve emzirme oranlarının artması ile ilişkilidir (Nickel, 2011). Bebek dostu hastane girişimi, bebeklerin emzirme durumuna önemli katkılarda bulunmaktadır (Çamurdan ve ark, 2007). Bebek dostu hastane olmak ve emzirme danışmanlığı vermek emzirmeyi anlamlı olarak arttırmaktadır (Onbaşı, 2009). Doğum öncesi ve sonrası dönemlerde anne adaylarına ve annelere verilen emzirme danışmanlığının sadece anne sütüyle beslenme oranlarını arttırdığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Thurman ve Allen, 2008; Rosen ve ark, 2008).

Annelerin bebeklerini yeterli düzeyde ve etkili şekilde emzirebilmeleri için öncelikle anne sütünün önemini kavramaları gerekmektedir. Bunun yanı sıra etkin emzirmeyi, emzirme tekniklerini, emzirme süresini ve sıklığını bilmeleri gerekmektedir. Bu nedenle annelerin erken doğum sonrası dönemde desteklenmeleri önemlidir (Eker ve Yurdakul, 2006). Annelerin emzirmeye başlamaları ve başarıyla sürdürmeleri için bilgi ve desteğe ihtiyaçları vardır (Ünsal, Altıhan, Özkan, Targan ve Hassoy, 2005). Emzirme devamlılığının sağlanabilmesi için annenin psikolojik açıdan desteklenmesi ve çevreden gelecek olumsuz etkilerin engellenmesi gerekmektedir (Ünsal ve ark, 2005). Emzirmeyi olumsuz etkileyen riskleri en aza indirmek için tüm aileler özel destek almalıdır. Anne sütü ile beslenme konusunda daha az deneyime sahip olan genç annelere ve sezaryen ile doğum yapan veya prematüre bebeği olan annelere özel destek sağlanmalıdır (Çamurdan ve ark, 2007). Bebeklerin anne sütü ile beslenmesi bütün toplumlarda kabul edilen en doğal, en basit ve en önemli beslenme şeklidir. Fakat tarihsel süreçte zaman zaman kesintiye uğramıştır. Buna yol açan faktörlerin başında sağlık çalışanlarının emzirmeye yeterince önem vermemesi gelmektedir (Onbaşı, 2009). Anne sütünün özendirilmesi ve emzirmenin devam etmesi için ek gıdaya erken geçişi etkileyen değişkenlerin bilinerek annelerin desteklenmesi gerekmektedir. Anneleri bu konuda desteklemek sağlık çalışanlarının güncel görevleri arasında yer almaktadır (Ünal ve ark, 2008). Hemşireler, anne sütü alma kararlarında yeni anneleri destekleme konusunda sağlık ekibinin en etkili üyesidirler, ancak emzirme hakkında çoğunlukla iyi bilgilendirilmemektedirler (Parker, 2003). Literatürde hekimlerin, ebelerin ve hemşirelerin emzirmenin başlatılması ve başarıyla sürdürülmesi için pek çok düzeyde önemli rol oynadığı belirtilmektedir (Hooge, 2009).

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma ile Altın Bebek Dostu bir ilde bebek dostu olmuş bir sağlık kurumunda uygulama ile ilişkili birimlerde görev yapan hemşirelerin/ebelerin uygulamaya yönelik farkındalıklarını incelemek amaçlanmıştır. Ayrıca, farkındalığı belirleyerek ilgili kuruma geri bildirim sağlamaktır. Çalışma, Samsun’da yer alan 3. Basamak bir hastanede belirlenen Haziran

2017-Ağustos 2017 ayları içerisinde Etik Kurul izni alınarak yürütülmüştür. Çalışmanın Samsun ili içerisinde bu kurumda yürütülmesinin nedeni; kurumun “bebek dostu” olması ve ilgili birimlerde görev yapan hemşire ve ebe sayısının yeterli olmasıdır. Uygulama yapılacak çalışan sayısı; Doğumhane 9 Ebe, Özel Servis 12 hemşire, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi 13 hemşire, Çocuk Hastanesi 150 hemşire olmak üzere toplam 184’dür. Çalışmada örneklem seçilmemiş 175 hemşirenin ve 9 ebenin tamamının çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır. Çalışma 102 kişiye uygulanmıştır. Çalışmaya katılım %55,43’dür. Çalışma hazırlanırken, Bebek Dostu Hastane Olma Kriterleri ile Altın Bebek Dostu İl olma kriterlerinden ve Anmarie Riedmatter’ın “Has The Implementation of Baby-Friendly on a Birthing Unit Affected Registered Nurses Attitudes Towards Breastfeeding?” isimli araştırma projesinden yararlanılmıştır. Anket soruları oluşturulurken Uzman görüşüne başvurulmuştur. Çalışmanın geçerliliği yapılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 23 programı kullanılmıştır.

### 3. BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışma ile Altın Bebek Dostu bir ilde bebek dostu olmuş bir sağlık kurumunda uygulama ile ilişkili birimlerde görev yapan hemşirelerin/ebelerin uygulamaya yönelik farkındalıklarını incelemek ve kuruma geri bildirim sağlamak amaçlanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin ve ebelerin %50’si (n=51) 36 yaş ve üstüdür. %86,3’ü (n=88) evlidir Evli olanların %26,5’i (n=27) çocuk sahibi değildir. Evli katılımcıların %3,9’unun (n=4) 3 çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucunda katılımcıların %66,7’sinin (n=68) bir sağlık kurumunun bebek dostu olabilmesi için taşınması gereken özelliklerin neler olduğunu bildiği belirlenmiştir. Katılımcıların %69,6’sı (n=71) bebek dostu uygulamasının yazılı emzirme ilkelerini bilmektedir. Katılımcıların %17,6’sı (n=18) bebek dostu uygulamasından haberdar değildir. Haberdar olan katılımcıların %9,8’i (n=10) medya yoluyla bilgi sahibi olduğunu, %12,7’si (n=13) çalışma arkadaşlarından duyduğunu, %58,8’i (n=60) çalıştığı kurum aracılığıyla bilgi sahibi olduğunu, %1’i (n=1) ise yakınlarından duyduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %80,4’ü (n=82) bebek dostu uygulaması bulunan hastaneleri doğum yapacak hastalara önereceğini, %18,6’sı (n=19) önerme konusunda kararsız olduğunu, %1’i ise (n=1) önermeyeceğini belirtmiştir. Bu durumun nedeni katılımcıların uygulama ile ilgili yeterince bilgi sahibi olmamaları ya da uygulama sürecinde yer almamaları gösterilebilir. Birden fazla seçeneği olan “Bebek dostu hastane uygulaması olan bir kurumda çalışmak size kendinizi nasıl hissettirir? sorusuna 102 kişiden 163 cevap alınmıştır. Katılımcıların %49,7’si (n=81) inovatif hissettirdiğini, %27,6’sı (n=45) samimi hissettirdiğini, %22,7’si (n=37) ise güvenli hissettirdiğini ifade etmiştir.

Tablo 1’ de hemşirelerin ve ebelerin “Bebek Dostu” uygulamasına ilişkin görüşleri verilmiştir.

Tablo 3. Hemşirelerin/Ebelerin Bebek Dostu Uygulamasına İlişkin Görüşleri

Soru Maddeleri	Evet		Kararsızım		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
“Bebek Dostu” uygulamasının emzirmeyi teşvik edeceğini düşünüyor musunuz?	85	83,3	17	16,7	102	% 100
“Bebek Dostu” uygulamasının sağlık kurumuna katkı sağlayacağını düşünüyor musunuz?	77	75,5	25	24,5	102	% 100
“Bebek Dostu” uygulamasının hastaya fayda sağlayacağını düşünüyor musunuz?	79	77,5	23	22,5	102	% 100

Hayır (n=0)

Katılımcıların %75,5'i Bebek Dostu uygulamasının sağlık kurumuna katkı sağlayacağını düşünmektedir. % 77,5'i ise hastaya fayda sağlayacağına inanmaktadır. Katılımcıların %83,3'ü uygulamanın emzirmeyi teşvik edeceğini düşünmektedir.

Tablo 2'de hemşirelerin ve ebelerin bebek dostu uygulaması farkındalıklarına ilişkin verilerin dağılımı verilmiştir.

**Tablo 4. Hemşirelerin/Ebelerin Bebek Dostu Uygulaması Farkındalıklarına İlişkin Verilerin Dağılımı**

Soru Maddeleri	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Bebek Dostu” uygulamasından haberdar mısınız?	84	82,4	18	17,6	102	% 100
Kurumunuz “Bebek Dostu” hastane midir?	97	95,1	5	4,9	102	% 100
Kurumunuz hastanedeki değişiklikler, uygulamalar hakkında sizi düzenli olarak bilgilendirir mi?	71	69,6	31	30,4	102	% 100
Bir hastanenin “Bebek Dostu Hastane” olabilmesi için taşıması gereken özelliklerin neler olduğunu biliyor musunuz?	68	66,7	34	33,3	102	% 100
“Bebek Dostu” uygulamasının yazılı emzirme ilkelerini biliyor musunuz?	71	69,6	31	30,4	102	% 100
Kurumunuz emzirmenin desteklenmesine yönelik sosyal aktivite gerçekleştiriyor mu?	49	48,0	53	52,0	102	% 100
Kurumunuz anne sütünün desteklenmesine yönelik sosyal aktivite gerçekleştiriyor mu?	49	48,0	53	52,0	102	% 100

Çalışmaya katılan hemşire ve ebelerin %82,4'ü uygulamadan haberdar olduklarını, %17,6'sı ise haberdar olmadıklarını belirtmiştir. Katılımcıların %4,9'u çalıştıkları kurumun Bebek Dostu olduğundan habersizdir. %69,6'sı ise Bebek Dostu uygulamasının yazılı emzirme ilkelerini bilmektedir.

Durduran ve Bodur'un 2010 yılında yapmış olduğu intörnlerin anne sütü ve bebek dostu hastane uygulaması ile ilgili bilgi ve farkındalık durumu çalışmasında intörnlerin staj yaptıkları kurumun bebek dostu olup olmadığının ve bebek dostu hastane olma kriterlerini bilme sıklığının üç kişide bir kişi düzeyinde olduğu ifade edilmektedir. Onbaşı'nın (2009), doğum öncesinde anne adaylarına verilen anne sütü ve emzirme eğitiminin emzirme oranına ve süresine etkisi isimli çalışmasında eğitim alan ve almayan gruplar arasında anne sütüyle beslenme süresinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Eker ve Yurdakul'un (2006), annelerin bebek beslenmesi ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları isimli çalışmasında annelerin %68.5'inin hastanede bulunduğu süre içerisinde emzirme konusunda bilgi aldıkları ifade edilirken annelerin yarısından çoğunun geleneksel yöntemler, mama kullanmanın sakıncaları ve bebekle tensesel temasın önemi hakkında hiç bilgi almadıkları belirtilmiştir. İnce ve arkadaşlarının (2010) yapmış oldukları çalışmada gebeliği boyunca emzirme danışmanlığı alan annelerin oranı %24.0 iken, doğum sonrası hastanede emzirme danışmanlığı alma oranı %65.3 olarak belirlenmiştir. Bu sonuç emzirme eğitimin çoğunlukla doğum sonrası gerçekleştiğini göstermektedir.

#### 4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Emzirme konusunda eğitilmiş kişiler tarafından sağlanan destek ve yönlendirmeler, annenin bebeğini yalnızca anne sütü ile besleme süresini uzatmaktadır. Bu da bebeğin daha sağlıklı büyümesi hususunda oldukça önemlidir. Bebek dostu hastane uygulaması emzirmeyi teşvik etmesi açısından oldukça önemlidir. Emzirmenin yaygınlaşması için sağlık personelinin desteğine ihtiyaç duyulmaktadır. Anne sütü ile beslenme oranlarındaki başarılı yükselmenin önemli bir diğer nedeni de emzirme konusunda annelere verilen eğitimidir. Bebek dostu bir hastanede konu ile ilişkili birimlerde görev yapan hemşirelerin uygulamanın farkında ve yeterli bilgiye sahip olmaları beklenmektedir. Bebek dostu olan bir sağlık kurumunda yapılmış olan bu çalışmada hemşire ve ebelerin az da olsa bir kısmının uygulamadan haberdar olmadığı sonucu bulunmuştur. Bebek dostu hastane uygulaması emzirme konusundaki motivasyonu ve teşvikleri artıracığı düşünülmektedir. Bu nedenle kurum çalışanlarının farkındalık ve bilgi düzeylerini artırmaya yönelik hizmet içi eğitim, seminer gibi çalışmalar yapılabilir. Kurum içerisinde yer alan panolara emzirmenin ve anne sütünün bebek ve anne açısından önemi ile ilgili bilgilendirici afişler, yazılı emzirme ilkeleri asılabilir. Çalışanları yeni uygulamalar konusunda bilgilendirerek kendilerini daha yenilikçi ve güçlendirilmiş hissetmeleri sağlanabilir. Farkındalığı yüksek çalışanlara ödül, plaket verilebilir. Emzirme haftasında etkinlikler, sosyal aktiviteler düzenlenebilir. Bebek Dostu hastanelerin yaygınlaşması ve bu konudaki uygulamalarının kontrol edilmesi, anne sütü alım süresinin uzamasına da katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle uygulama konusundaki farkındalığı artırmaya yönelik çalışmalar yapılması önerilir.

#### KAYNAKÇA

Çamurdan, A.D., Özkan, S., Yüksel, D., Paslı, F., Şahin, F., Beyazova, U., (2007). The Effect Of The Baby-Friendly Hospital Initiative On Long-Term Breast Feeding, Blackwell Publishing Ltd Int J Clin Pract, 61(8), 1251–1255.

Çelebioğlu, A., Tezel, A., Özkan, H., (2006). Bebek Dostu Olan Ve Olmayan Hastanelerde Emzirme Durumunun Karşılaştırılması, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9(3), 44-45, Erzurum.

Durduran, Y., Bodur, S., (2013). İntörnlerin Anne Sütü Ve Bebek Dostu Hastane Uygulaması İle İlgili Bilgi Ve Farkındalık Durumu, S.D.Ü. Tıp Fak. Dergisi, 20(1), 23-26.

Eker, A., Yurdakul, M., (2006). Annelerin Bebek Beslenmesi ve Emzirmeye İlişkin Bilgi ve Uygulamaları, STED, 15(9), 158-163.

Hooge, N.L., (2009). Readiness Of Wyoming Hospitals In Moving Towards Baby-Friendly Hospital Initatives, The University of Wyoming, Degree of Master, USA.

İnce, T., Kondolot, M., Yalçın, S.S., Yurdakök, K., (2010). Annelerin emzirme danışmanlığı alma durumları Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi; 53, 189-197.

Nickel, N.C., (2011). Breastfeeding Friendly Healthcare: A Mixed Methods Evaluation Of The Implementation And Outcomes Of Maternity Practices To Support Breastfeeding, University of North Carolina degree of Doctor of Philosophy in the Department of Maternal and Child Health,, USA.



Onbaşı, Ş., (2009). Doğum Öncesinde Anne Adaylarına Verilen Anne Sütü Ve Emzirme Eğitiminin Emzirme Oranına ve Süresine Etkisi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Edirne.

Özbaş S., (2007). Anne Sütü ile Beslenmenin Sürdürülmesi. 9. Uluslararası Katılımlı Beslenme ve Metabolizma Kongresi Program ve Bildiri Özet Kitabı, s.78–81, İstanbul.

Parker, J.R., (2003). How Close Are Oklahoma Hospitals To Being Baby–Friendly?, Oklahoma State University, Degree of Master, USA.

Riedmatter, A., (2002). Has The Implementation Of “Baby-Friendly” On A Birthing Unit Affected Registered Nurses Attitudes Towards Breastfeeding?, Northern Kentucky University, USA.

Rosen, I.M., Krueger, M.V., Carney, L.M., Graham, J.A., (2008). Prenatal breastfeeding education and breastfeeding outcomes. MCN Am J Matern Child Nurs; 33, 315-319.

Thurman, S.E., Allen, P.J., Integrating lactation consultants into primary health care services: are lactation consultants affecting breastfeeding success? *Pediatr Nurs*; 34, 419-425.

Ünalın, P.C., Akgün, T., Çiftçili, S., Boler, İ., Akman, M., (2008). Bebek Dostu Bir Ana Çocuk Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Anneler Neden Bebeklerine Erken Ek Gıda Vermeye Başlıyor?, *Türk Pediatri Araştırmaları*; 43, 59-64.

Ünsal H., Altıhan F., Özkan H., Targan S., Hassoy H., (2005). Toplumda Anne Sütü Verme Eğilimi Ve Buna Etki Eden Faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*; 48, 226–233.

# Afet Yönetiminde Liderlik Kavramı Ve Acil Yardım Ve Afet Yönetimi Öğrencilerinin Liderlik Yönelimleri

Ayşe TAZEGÜL<sup>1</sup>  
Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ<sup>2</sup>

## ÖZET

**Çalışmanın Problemi:** Eğitim ve öğretimin temel işlevlerinden biri toplum yaşantısının çeşitli alanlarında ve ülke yönetiminde rol alacak lider kişiler yetiştirmektir. Günümüz Acil Yardım ve Afet Yönetimi öğrencilerine eğitim veren kişilerin, bu mesleğin gelişimine katkıda bulunmaları ve mesleği ileriye taşımak için iyi liderler yetiştirmeleri, öğrencilerin liderlik davranışlarını öğrenmeleri ve geliştirmeleri için destek olmaları beklenmektedir.

**Çalışmanın Amacı:** Bu çalışma, Acil Yardım ve Afet Yönetimi öğrencilerinin liderlik yönelimlerini belirlemek, eksikliklere ilişkin değerlendirmelerde bulunmak, Afet Yönetimi ve Liderlik kavramları arasındaki ilişkileri ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır.

**Metod:** Araştırma evrenini Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü 1, 2, 3 ve 4. sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Araştırma evreni toplamda 176 öğrenciyi içermektedir. Veriler, yüz yüze anket tekniği kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin istatistiksel analizi SPSS paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

**Bulgular ve Sonuç:** Çalışmada Liderlik Yönelimleri Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ele alındığında, öğrencilerin en yüksek puanı İnsana Yönelik Liderlik alt boyutundan, en düşük puanı ise Dönüşümsel Liderlik tarzından aldıkları belirlenmiştir. Bu çalışmada öğrencilerin İnsana yönelik liderlik, Yapıya yönelik liderlik, Dönüşümsel liderlik ve Karizmatik liderlik puanları ile sınıf düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Üst sınıfta bulunanların alt sınıfta bulunanlara göre daha çok liderlik özelliği taşıdıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin insanları etkileyebilme, bir amacı, hedefi, vizyonu olma gibi liderlik özelliklerine sahip oldukları tespit edilmiştir.

Çalışmada elde edilen bulgular sonucunda; Acil Yardım ve Afet Yönetimi öğrencilerinin dört yıllık lisans eğitimleri boyunca liderlik yönelimlerini geliştirmeye yönelik eğitim ve grup içi tartışmalar gibi eğitsel etkinliklerin düzenlenmesi, öğrencilerin özgüvenlerinin artırılmasına yönelik stratejilerin benimsenmesi ve öğrencilerin liderlik davranışlarını geliştirmeye yönelik eğitimler yapılması, sosyal destek kaynaklarının etkin kullanılması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Afet Yönetimi, Liderlik Kavramı, Acil Yardım ve Afet Yönetimi Öğrencilerinin Liderlik Yönelimleri

**Sunum Dili:** Türkçe

<sup>1</sup> Afet yöneticisi, Gümüşhane/Türkiye

<sup>2</sup> Gümüşhane Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi /Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü /Gümüşhane/Türkiye/drsaime@hotmail.com

# LEADERSHIP CONCEPT IN DISASTER MANAGEMENT AND LEADERSHIP ORIENTATIONS OF EMERGENCY AID AND DISASTER MANAGEMENT STUDENTS

Ayşe TAZEGÜL<sup>1</sup>  
Assoc. Prof. Dr. Saime ŞAHİNÖZ<sup>2</sup>

## ABSTRACT

**Problem of the Study:** One of the basic functions of education and training is to train leaders who will take part in various areas of community life and in the management of the country. It is expected that those who train today's Emergency Aid and Disaster Management students should contribute to the development of this profession and raise good leaders to move the profession forward and to support their learning and development of leadership behaviors.

**Aim of the Study:** The aim of this study is to determine the leadership orientations of Emergency Aid and Disaster Management students, to make evaluations about the deficiencies, to reveal the relation between Disaster Management and Leadership concepts.

**Method:** The research universe was composed of Grades 1, 2, 3 and 4 students in Emergency Aid and Disaster Management Department of Gümüşhane University Health Sciences Faculty. The study includes a total of 176 students. Data were obtained using face-to-face questionnaire technique. Statistical analysis of the data was performed using the SPSS package program.

**Results and Conclusion:** When the average score of the Leadership Orientation Scale in the study was considered, it was determined that the students got the highest score from the Humanity-oriented Leadership sub-dimension and the lowest score from the Trans- parent Leadership style. In this study, there was a statistically significant difference between the students' Humanistic Leadership, Structural Leadership, Transformational Leadership and Charismatic Leadership scores and class levels. It was determined that those in the upper class had more leadership qualities than those in the lower class. It has been found that they have leadership qualities such as being able to influence people, an aim, a goal and a vision. As a result of study findings; It is suggested that the Emergency Aid and Disaster Management students should organize educational activities such as training and in-group discussions to develop leadership orientations during the four-year undergraduate education, adopt strategies for educating the self-confidence of the students and train the students to develop leadership behaviors and use social support resources effectively.

**Keywords:** Disaster Management, Leadership Concept, Emergency Aid and Disaster Management Students' Leadership Orientations

**Presentation Language:** Turkish

---

<sup>1</sup> Disaster manager, Gümüşhane/Turkey

<sup>2</sup> Gümüşhane University/Faculty of Health Sciences/Department of Emergency and Disaster Management/Gümüşhane/Turkey/drsaime@hotmail.com

## GİRİŞ

Liderlik, farklı bakış açılarından yaklaşıldığında ve bakıldığında, çeşitli türlerde ele alınıp incelenebilen bir ifade olarak görülmektedir. Günümüz koşullarında kabul edilmiş olan görüşlerden biri, “liderlerin yetiştirileceği ve geliştirilebileceğidir.” Öğrencilerin liderlik yönelimlerini keşfetmek, onları bu yönde teşvik edici faaliyetlerde bulunmak, liderlik özelliklerinin dışı vurulmasına yardımcı olmak ve bunun için her türlü yardımı sağlamak ve fırsatlar oluşturmak önemli faktörlerdir (1).

Eğitim ve öğretimin temel işlevlerinden biri toplum yaşantısının çeşitli alanlarında ve ülke yönetiminde rol alacak lider kişiler yetiştirmektir. Günümüz Acil Yardım ve Afet Yönetimi öğrencilerine eğitim veren kişilerin, bu mesleğin gelişimine katkıda bulunmaları ve mesleği ileriye taşımak için iyi liderler yetiştirmeleri, öğrencilerin liderlik davranışlarını öğrenmeleri ve geliştirmeleri için destek olmaları beklenmektedir.

Bu çalışma, Acil Yardım ve Afet Yönetimi öğrencilerinin liderlik yönelimlerini belirlemek, eksikliklere ilişkin değerlendirmelerde bulunmak, Afet Yönetimi ve Liderlik kavramları arasındaki ilişkileri ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır.

## MATERYAL VE METOD

Araştırma evrenini Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü 1, 2, 3 ve 4. sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Araştırma evreni toplamda 176 öğrenciyi içermektedir. Veriler, yüz yüze anket tekniği kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin istatistiksel analizi SPSS paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

## BULGULAR

Tablo 1’de görüldüğü gibi çalışmada Liderlik Yönelimleri Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ele alındığında, öğrencilerin en yüksek puanı İnsana Yönelik Liderlik alt boyutundan, en düşük puanı ise Dönüşümsel Liderlik tarzından aldıkları belirlenmiştir.

**Tablo 1. Liderlik Yönelimleri Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Dağılımı**

Liderlik Yönelimleri Ölçeği Alt Ölçekleri	Toplam Katılan	Dağılım	Ortalama	Standart sapma	Maksimum	Minimum
İnsana yönelik liderlik	148	1-5	4,07	0,57	5,00	2,25
Yapıya yönelik liderlik	148	1-5	3,96	0,53	5,00	2,62
Dönüşümsel liderlik	148	1-5	3,71	0,62	5,00	2,00
Karizmatik liderlik	146	1-5	3,72	0,60	5,00	2,12

Tablo 2’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan öğrencilerin Liderlik Yönelimleri Ölçeği İnsana yönelik liderlik, Yapıya yönelik liderlik, Dönüşümsel liderlik ve Karizmatik liderlik puanları öğrencilerin sınıf düzeylerine göre karşılaştırıldığında arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 2. Liderlik Yönelimleri Ölçeğinin Sınıf Düzeyine Göre Karşılaştırılması**

Sınıf Düzeyi	Sayı	Minimum	Maksimum	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	t	p	
İnsana Yönelik Liderlik	1	50	2,75	5,00	3,96	0,55	27,437	0,0001
	2	42	3,00	4,75	3,82	0,44		
	3	18	2,25	5,00	4,20	0,74		
	4	38	3,25	5,00	4,39	0,46		
Yapıya Yönelik Liderlik	1	50	2,62	4,88	3,79	0,49	24,171	0,0001
	2	42	2,75	4,62	3,81	0,47		
	3	18	2,62	5,00	4,12	0,68		
	4	38	3,25	5,00	4,27	0,40		
Dönüşümsel Liderlik	1	50	2,00	4,50	3,49	0,51	35,060	0,0001
	2	43	2,25	4,62	3,49	0,53		
	3	17	2,12	4,88	3,93	0,69		
	4	38	2,88	5,00	4,16	0,53		
Karizmatik Liderlik	1	48	2,12	4,25	3,47	0,50	42,838	0,0001
	2	44	2,62	4,62	3,48	0,48		
	3	16	2,12	5,00	3,92	0,73		
	4	38	3,38	4,75	4,20	0,42		

## TARTIŞMA

Liderlik kavramı tarih boyunca var olmuştur ve var olmaya da devam edecektir. Çünkü günümüzde grup veya örgütlerin geldiği noktada mutlak suretle bir lidere ihtiyaç duyacağı kaçınılmaz bir gerçektir (2). Bu lider kişiler onlardan farklı olarak bazı üstün niteliklere sahiplerdir (3). Afet durumunda ortaya çıkacak kaos ortamında insanları bu kaostan çekip çıkaracak gerekli düzenlemeleri, planları, koordinasyonu ve işbirliğini sağlayacak lider yönetici kişilerin varlığı önemli bir husustur (4).

Araştırmamızda Liderlik Yönelimleri Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları ele alındığında, öğrencilerin en yüksek puanı İnsana Yönelik Liderlik alt boyutundan, en düşük puanı ise Dönüşümsel Liderlik tarzından aldıkları belirlenmiştir. Bu çalışma bulguları öğrencilerin İnsana yönelik yani kişiye yönelik liderlik davranışlarının en fazla sergilenen liderlik özellikleri olduğu, buna göre öğrencilerin çoğunlukla diğerlerinin görüş ve düşüncelerine önem verdikleri ve onların sorunlarıyla ilgilenen kişiler olduklarına dikkat çekmektedir. Çalışmada İnsana yönelik liderlik davranışlarını Yapıya yönelik liderlik davranışlarının izlediği, buna ek olarak öğrencilerin planlamaya ve amaçlara ulaşmaya önem veren, iş hedefleri koyan ve bunlara ulaşılmasından kişileri sorumlu tutan liderlik tarzları ve niteliklerine sahip oldukları gözlenmiştir. Araştırma bulguları, ayrıca Acil Yardım ve Afet Yönetimi öğrencilerinin Dönüşümsel liderlik özelliklerinin geliştirilmesi faaliyetlerine önem verilmesine ve bu öğrencilerin desteklenmelerine gereksinim olduğunu göstermektedir.

Yine bu çalışmada beklenildiği üzere öğrencilerin Liderlik Yönelimleri Ölçeği İnsana yönelik liderlik, Yapıya yönelik liderlik, Dönüşümsel liderlik ve Karizmatik liderlik puanları ile sınıf düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edildi. Acil Yardım ve Afet Yönetimi öğrencilerinin sınıf düzeyleri algısına göz önüne alındığında üst sınıfta bulunanların alt sınıfta bulunanlara göre daha çok liderlik özelliği taşıdıkları, insanları etkileyebilme (karizma), bir amacı, hedefi, vizyonu olma gibi liderlik özelliklerine sahip oldukları düşünülmektedir.

Ayrıca Çelik'in yapmış olduğu liderlik algıları araştırmasında lise öğrencileri ile kıyaslanırsa üniversite öğrencilerinin liderlik algılarının daha gelişmiş olduğunun söylenebileceği vurgulanmıştır (5). Bu örnekten de anlaşılacağı üzere çalışmada belirtilmiş olan eğitimle liderlik algısının artırılması olgusu anlamlı kılınmıştır.

Eğitimle, öğretimle bu lider kişilerin sayısı artırılabilir. Çünkü eğitimin var olmasının sebeplerinden biri de lider kişiler topluma kazandırmaktır (6, 7).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada öğrencilerin İnsana yönelik liderlik, Yapıya yönelik liderlik, Dönüşümsel liderlik ve Karizmatik liderlik puanları ile sınıf düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Üst sınıfta bulunanların alt sınıfta bulunanlara göre daha çok liderlik özelliği taşıdıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin insanları etkileyebilme, bir amacı, hedefi, vizyonu olma gibi liderlik özelliklerine sahip oldukları tespit edilmiştir.

Çalışmada elde edilen bulgular sonucunda; Acil Yardım ve Afet Yönetimi öğrencilerinin dört yıllık lisans eğitimleri boyunca liderlik yönelimlerini geliştirmeye yönelik eğitim ve grup içi tartışmalar gibi eğitsel etkinliklerin düzenlenmesi, öğrencilerin özgüvenlerinin artırılmasına yönelik stratejilerin benimsenmesi ve öğrencilerin liderlik davranışlarını geliştirmeye yönelik eğitimler yapılması, sosyal destek kaynaklarının etkin kullanılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Şişman, M. (2002). Öğretim liderliği. Pegem A Yayıncılık.
2. Tunçer, P. (2011). Örgütsel değişim ve liderlik. Sayıştay Dergisi, 80, 57-83.
3. İbicioğlu, H., ÖZMEN, Ö. G. D. H. İ., ve Sebahattin, T. A. Ş. (2009). Liderlik davranışı ve toplumsal norm ilişkisi: ampirik bir çalışma, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi.
4. TURAN, M., CENGİZ, E., & CENGİZ, S. (2015). A study on the relationship between the strategies of conflict management and the leadership styles of emergency, rescue and intervention employees: An example of Erzurum province. International Journal of Economics and Research, 6(1), 99-111.
5. Çelik, V. (2003). Eğitimsel liderlik. Pegem yayıncılık.
6. Özdemir Özkan, N., Akın, S., ve Durna, Z. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin liderlik yönelimleri ve motivasyon düzeyleri.
7. Özkan-Özdemir, N. (2012). Hemşirelik öğrencilerinin liderlik yönelimleri ve motivasyon düzeylerinin incelenmesi (Master's thesis, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

# Sağlık Kurumlarında Örgütsel Öğrenme Ve Personel Güçlendirmeye Yönelik Bir Araştırma

Doç.Dr.Elif DİKMETAŞ YARDAN<sup>1</sup>

Arş.Gör. Birgül YABANA KİREMİT<sup>2</sup>

Uz.Serap BUDAK<sup>3</sup>

## ÖZET

**Çalışmanın Problemi:** Çevresel koşulların hızlı değişimi, teknolojik, ekonomik ve sosyal alanlarda meydana gelen gelişim ve değişimler örgütlerin öğrenme ihtiyacını arttırmaktadır. Çevresel gelişmeler doğrultusunda örgütler, çalışanlarını güçlendirmenin yollarını aramaktadır. Bu bağlamda örgütlerin gelişmesi için çalışanların güçlendirmeleri önem taşımaktadır.

**Çalışmanın Amacı:** Sağlık çalışanlarının örgütsel öğrenme düzeylerinin personel güçlendirme algılamalarına etkisini belirlemektir.

**Metod:** Çalışmanın evrenini 431 sağlık personeli oluşturmakta olup, örneklem seçilmemiştir. Çalışma Temmuz-Eylül 2016 tarihleri arasında bir ilçe devlet hastanesi tüm polikliniklerde çalışan sağlık çalışanlarına uygulanmıştır.

**Bulgular ve Sonuç:** Çalışmaya n: 250 (% 80) kişi katılmıştır. Çalışmanın toplam Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,916'dır. Çalışmaya katılanların tanımlayıcı bulguları incelendiğinde; %61,7'si (n:154) kadın, %51,2'si (n: 128) 37 yaş üstü, %24,2'si (n: 61) bekar'dır. Çalışanların % 15,'sı (n: 39) hekim, % 58,4'ü (n:146) Hemşire, Ebe,Sağlık Memuru ve %26 'sı (n:65) diğer sağlık personeli olup, %38,4'ü (n:96) 3 yıldan az, %34,4'ü (n:86) 4-10 yıl, %26,8'i (n:67) 11 yıldan fazla kurumda görevde yapmaktadır. Çalışmaya katılanların % 20'si (n:50) sadece gündüz, %11,2'si (n:28) sadece nöbet ve %68,0'i (n:170) hem gündüz hem de nöbet şeklinde çalışmaktadır. Çalışanların %41,6 'sı (n:104) cerrahi, % 57,2'si (n:143) dahili birimlerde görev yapmaktadır. Çalışanların %50,0'si (n:125) 3000 TL'den az, % 42,8'i (n:127) 3001 TL'den fazla maaş almaktadır. Çalışmaya katılanların cinsiyet, medeni durum, meslek grupları, branş, aldıkları ücrete göre örgütsel öğrenme alt boyutlarında, branşlarına göre güçlendirme boyutunda, eğitim durumu ve çalışma şekline göre örgütsel öğrenme alt boyutları ve güçlendirme boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Örgütsel öğrenme ile güçlendirme arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Örgütsel öğrenme, güçlendirmenin % 17,1'ini açıklamaktadır. Hastane yönetimi, değişen teknoloji ve yeniliklere ayak uydurabilmek için örgütsel öğrenmeyi arttırarak personelini güçlendirebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Örgütsel Öğrenme, Personel Güçlendirme, Sağlık Kurumları

**Sunum Dili:** Türkçe

<sup>1</sup> Ondokuz Mayıs University/Healthcare Management/Turkey/elifdikmetas@hotmail.com

<sup>2</sup> Ondokuz Mayıs University/Healthcare Management/Turkey/birgul\_yabana@windowslive.com

<sup>3</sup> Unye State Hospital/Expert/Turkey/serapbudak@hotmail.com

## A Research On Organizational Learning And Personnel Empowerment In Healthcare Institutions

Assoc.Prof. Elif DIKMETAŞ YARDAN<sup>1</sup>  
Res.Assist.Md. Birgöl YABANA KİREMIT<sup>2</sup>  
Expert Serap BUDAK<sup>3</sup>

### ABSTRACT

**The Problem of Study:** The rapid changes in environmental conditions, technological, economic and social developments and changes are increasing the learning needs of organizations. Organizations are looking for ways to empower their employees in the direction of environmental improvements. In this context, empowerment of employees is important for the development of organizations.

**The Aim of the Study:** Determine the perception of the influence of the organizational learning levels on personnel empowerment of the health professionals working.

**Methods:** The working population consists of 431 health personnel and no sample was selected. The study was applied to health workers working in all outpatient clinics between July-September 2016 at the town state hospital.

**Findings and Results:** n:250 (80 %) personnel participated the research. The total Cronbach Alpha reliability coefficient of the study is 0.916. When the descriptive findings of the study participants are examined; 61.7 % are women, 51.2 % were over 37 years old, 24.2 % are single. 15% of employees are physicians, 58.4% are Nurse, Midwife, Health Officer and 26% are other health staff, 38.4% less than 3 years, 34.4% 4 to 10 years, 26.8 % over 11 years have been working in hospital. 20 % of participants in the study are working only daytime, 11.2% are only work on night shift, 68 % are working both daytime and night shift. 41.6 % of employees are working in surgical, 57.2 % are working in internal departments. 50.0 % of participants are earning less than 3000 TL, 42.8 % are earning over 3001 TL in a month. There were found statistically significant differences in organizational learning sub-dimensions according to gender, marital status, occupational groups, branches, wages; empowerment dimensions according to branches; organizational learning sub-dimensions and empowerment dimension according to education status and working style.

There was a relationship between organizational learning and empowerment. Organizational learning explains 17.1% of empowerment. Hospital management should empowerment personnel and increase organizational learning in order to keep up with changing technologies and innovations.

**Keywords:** Organizational learning, personnel empowerment, health institutions

**Presentation Language:** Turkish

---

<sup>1</sup> Ondokuz Mayıs University/Healthcare Management/Turkey/elifdikmetas@hotmail.com

<sup>2</sup> Ondokuz Mayıs University/Healthcare Management/Turkey/birgul\_yabana@windowslive.com

<sup>3</sup> Unye State Hospital/Expert/Turkey/serapbudak@hotmail.com



## 1. GİRİŞ

Çevrenin sürekli ve hızlı değişimi örgütlerin öğrenme ihtiyacını arttırmaktadır. Sürekli değişim ve gelişim içerisinde olan çevrede yaşayan örgütler, bir yandan stratejik amaçlarını uygulamak bir diğer yandan da teknolojik ve yapısal olarak bu değişime uyum sağlamak durumundadırlar. Öğrenen örgütler, bu çevresel hızlı değişimi yakalayabilen ve gerekli değişiklikleri ihtiyaç duyulduğunda gerçekleştirerek kendi kendini yenileyebilen, örgütsel öğrenme yetersizliklerinin olmadığı örgütlerdir (Öneren, 2008).

Uluslararası rekabet, küreselleşme ve müşteri beklentilerinde meydana gelen değişim gibi birtakım gelişmeler; örgütler için insan kaynaklarının önemini giderek artırmaktadır. Bu gelişmeler karşısında kalan personel güçlendirme kavramı, modern yönetim ve örgüt uygulamaları arasında en fazla ilgi toplayan kavramlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Akçakaya, 2010). Çalışanların güçlendirilmesi, çalışanlarla açık iletişim kurarak karar alma sürecine katılımı gerektirir (Mishra ve Bhaskar, 2010).

Sağlık sektöründe yoğun rekabet ortamının olması, değişim, yenilik ve gelişmelerin yaşanması, bu koşullara ayak uydurmak isteyen sağlık kurumlarını örgütsel öğrenmeye yöneltmektedir (Bakan ve ark., 2014). Sağlık kurumlarından olan hastane işletmelerinin temel faaliyetlerinden olan bireye kaybettiği sağlığını tekrar kazandırabilmek için örgütsel öğrenme etkili bir araçtır (Aydoğan ve ark., 2011).

Artan rekabet ve hızla değişen çevresel şartlar karşısında sağlık kurumları yönetici ve çalışanları önemli fırsat ve tehditlerle karşı karşıya kalmaktadır. Yöneticiler ve sağlık çalışanları zaman içinde aynı problemlerle karşılaştıklarında öğrenen organizasyon yönetim yaklaşımı ile hareket etmekte ve bu sorunlara hızlı cevap verebilmektedir. Sağlık kurum yönetici ve çalışanlarının, çalıştıkları kurumun öğrenen organizasyon niteliği kazanması çalışanları daha da güçlendireceği düşünülmektedir.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın amacı; bir ilçe kamu hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının örgütsel öğrenme düzeylerinin personel güçlendirme algılamalarına etkisini belirlemektir.

Çalışma Temmuz 2016-Eylül 2016 tarihleri arasında, 300 yataklı bir devlet hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Hastanede toplam 312 sağlık çalışanı vardır. Çalışma'da örneklem seçilmemiştir. Toplam 250 (0,80) anket değerlendirmeye alınmıştır. Çalışmada örgütsel öğrenme anketi ve personel güçlendirme anketi olmak üzere iki anket kullanılmıştır.

Örgütsel öğrenme anketi, Watkins ve Marsick (1997) tarafından geliştirilmiş ve Veli Durmuş'un "Algılanan Örgütsel Desteğin, Örgütsel Öğrenmeyle Olan İlişkisi: Ankara İlinde Bulunan Askeri Hastanelere Yönelik Bir Çalışma" Yüksek Lisans tezinde kullanılmıştır. Personel güçlendirme anketi, Selin Toy Aral (2008) ve Gretchen Marie Spreitzer (1995) tarafından geliştirilmiş ve Kemal Demir'in "İnsan Kaynakları Uygulamalarının İş yerinde Psikolojik Güçlendirmeye Etkisi: Bir Araştırma" Yüksek Lisans tezinde kullanılmıştır. Her iki anketin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı  $\alpha=0,916$ 'dır. Örgütsel öğrenme anketi, 7'li likert, personel güçlendirme anketi 5'li likert yönteminden oluşmaktadır. Anketlerden elde edilen verilerin analizinde SPSS for Windows programı kullanılmıştır.

## 3. BULGULAR ve TARTIŞMA

Çalışmaya katılanların % 61,7'si (n:154) kadın, % 51,2'si (n: 128) 37 yaş üstü, % 24,2'si (n: 61) bekar'dır. Çalışanların % 15,'sı (n: 39) hekim, % 58,4'ü (n:146) hemşire, ebe,sağlık

memuru ve %26 'sı (n:65) diğer sağlık personeli olup, %38,4'ü (n:96) 3 yıldan az, %34,4'ü (n:86) 4-10 yıl, %26,8'i (n:67) 11 yıldan fazla kurumda görevde yapmaktadır. Çalışmaya katılanların % 20'si (n:50) sadece gündüz, %11,2'si (n:28) sadece nöbet ve %68,0'i (n:170) hem gündüz hem de nöbet şeklinde çalışmaktadır. Çalışanların %41,6 'sı (n:104) cerrahi, % 57,2'si (n:143) dahili birimlerde görev yapmaktadır. Çalışanların %50,0'si (n:125) 3000 TL'den az, % 42,8'i (n:127) 3001 TL'den fazla maaş almaktadır.

Tablo 1'de Çalışanların cinsiyet, yaş ve medeni durumlarına göre örgütsel öğrenme boyutları ve güçlendirme algılamaları incelenmiştir.

**Tablo 1. Çalışanların Cinsiyet, Yaş ve Medeni Durumlarına Göre Örgütsel Öğrenme Boyutları ve Güçlendirme Algılamaları**

Boyutlar	Cinsiyet	n	Ort.	s.s.	p	Yaş	n	Ort.	s.s.	p	Medeni Durum	n	Ort.	s.s.	p
Sürekli öğrenme fırsatı oluşturma	Kadın	153	2,92	0,91	0,069	≥37	127	3,09	0,89	0,201	Bekar	60	2,79	1,06	<b>0,042</b>
	Erkek	95	3,15	1,01		≤36	121	2,93	1,02		Evli	188	3,08	0,91	
Araştırma ve diyalogu destekleme	Kadın	153	3,00	1,18	<b>0,001</b>	≥37	127	3,08	1,12	0,152	Bekar	60	3,24	1,15	0,710
	Erkek	95	3,48	1,02		≤36	121	3,29	1,15		Evli	188	3,18	1,14	
İşbirliği ve takım çalışmasını destekleme	Kadın	153	3,02	1,07	0,204	≥37	127	3,11	1,10	0,648	Bekar	60	2,93	1,14	0,195
	Erkek	95	3,20	1,16		≤36	121	3,05	1,12		Evli	188	3,14	1,09	
Öğrenmeyi gerçekleştirme ve paylaşma sistemini oluşturma	Kadın	153	2,72	1,10	0,611	≥37	127	2,86	1,18	1,28	Bekar	60	2,53	1,16	0,080
	Erkek	95	2,79	1,16		≤36	121	2,64	1,05		Evli	188	2,82	1,10	
İş görenleri destekleyen ortak bir vizyona yönlendirme	Kadın	153	2,47	1,10	0,542	≥37	127	2,54	1,15	0,585	Bekar	60	2,46	1,18	0,669
	Erkek	95	2,56	1,20		≤36	121	2,47	1,12		Evli	188	2,53	1,11	
Örgütle çevresi arasında bağ kurma	Kadın	153	2,35	1,10	0,206	≥37	127	2,58	1,15	<b>0,031</b>	Bekar	60	2,44	1,22	0,905
	Erkek	95	2,54	1,20		≤36	121	2,26	1,12		Evli	188	2,42	1,12	
Öğrenme için stratejik liderlik sağlama	Kadın	153	2,68	1,16	0,644	≥37	127	2,81	1,11	0,143	Bekar	60	2,66	1,14	0,771
	Erkek	95	2,75	1,14		≤36	121	2,59	1,18		Evli	188	2,71	1,15	
Güçlendirme	Kadın	153	3,97	0,71	0,055	≥37	127	4,06	0,74	0,605	Bekar	60	4,02	0,73	0,709
	Erkek	95	4,15	0,69		≤36	121	4,01	0,67		Evli	188	4,06	0,69	

Tablo 1 incelendiğinde, çalışanların cinsiyetlerine göre sadece “araştırma ve diyalogu destekleme” boyutunda ( $t=-3,28$ ;  $p=0,001$ ), yaşlarına göre sadece “örgütle çevresi arasında bağ kurma” boyutunda ( $t=2,17$ ;  $p=0,031$ ), medeni durumlarına göre sadece “sürekli öğrenme fırsatı oluşturma” boyutunda ( $t=2,04$ ;  $p=0,042$ ) anlamlı farklılık bulunmuştur.

Tablo 2’de çalışanların kurumda çalışılan birim ve mesleklerine göre örgütsel öğrenme boyutları ve güçlendirme algılamaları verilmiştir.

**Tablo 2. Çalışanların Kurumda Çalışma Süresinin ve Mesleklerine Göre Örgütsel Öğrenme Boyutları ve Güçlendirme Algılamaları**

Boyutlar	Çalışılan Birim	n	Ort.	s.s	p	Meslek	n	Ort.	s.s	P*
Sürekli öğrenme fırsatı oluşturma	Cerrahi Birimler	104	2,72	0,89	0,000	Hekim	39	2,77	1,19	0,016
	Dahili Birimler	143	3,19	0,96		Hemşire,Ebe,Sağlık Memuru	146	2,94	0,91	
						Diğer Sağlık Personeli	65	3,28	0,87	
Araştırma ve Diyalogu destekleme	Cerrahi Birimler	104	2,98	1,27	0,026	Hekim	39	3,24	1,22	0,006
	Dahili Birimler	143	3,32	1,01		Hemşire,Ebe,Sağlık Memuru	146	3,01	1,17	
						Diğer Sağlık Personeli	65	3,54	0,93	
İşbirliği ve takım çalışmasını destekleme	Cerrahi Birimler	104	2,78	1,12	0,001	Hekim	39	2,87	1,27	0,022
	Dahili Birimler	143	3,27	1,06		Hemşire,Ebe,Sağlık Memuru	146	2,99	1,12	
						Diğer Sağlık Personeli	65	3,40	0,94	
Öğrenmeyi gerçekleştirme ve paylaşma sistemini oluşturma	Cerrahi Birimler	104	2,39	1,02	0,000	Hekim	39	2,52	1,26	0,171
	Dahili Birimler	143	2,97	1,13		Hemşire,Ebe,Sağlık Memuru	146	2,71	1,12	
						Diğer Sağlık Personeli	65	2,93	1,03	
İş görenleri destekleyerek ortak bir vizyona yönlendirme	Cerrahi Birimler	104	2,18	1,10	0,000	Hekim	39	2,33	1,23	0,112
	Dahili Birimler	143	2,70	1,11		Hemşire,Ebe,Sağlık Memuru	146	2,43	1,11	
						Diğer Sağlık Personeli	65	2,74	1,10	
Örgütle çevresi arasında bağ kurma	Cerrahi Birimler	104	2,11	1,10	0,001	Hekim	39	2,33	1,33	0,059
	Dahili Birimler	143	2,60	1,12		Hemşire,Ebe,Sağlık Memuru	146	2,31	1,10	
						Diğer Sağlık Personeli	65	2,71	1,10	
Öğrenme için stratejik liderlik sağlama	Cerrahi Birimler	104	2,47	1,13	0,012	Hekim	39	2,36	1,33	0,063
	Dahili Birimler	143	2,84	1,14		Hemşire,Ebe,Sağlık Memuru	146	2,69	1,09	
						Diğer Sağlık Personeli	65	2,91	1,13	
Güçlendirme	Cerrahi Birimler	104	3,92	0,70	0,026	Hekim	39	4,29	0,63	0,052
	Dahili Birimler	143	4,12	0,70		Hemşire,Ebe,Sağlık Memuru	146	3,99	0,74	
						Diğer Sağlık Personeli	65	4,01	0,66	

p\* Anova Testi

Tablo 2 incelendiğinde, çalışılan birime göre sürekli öğrenme fırsatı oluşturma boyutunda (t= 3,92; p=0,000), araştırma ve diyalogu destekleme boyutunda (t= 2,24; p=0,026), iş birliği ve takım çalışmasını destekleme boyutunda (t= 3,48; p=0,001), öğrenmeyi gerçekleştirme ve paylaşma sistemini oluşturma boyutunda (t=4,14; p=0,000), iş görenleri destekleyerek ortak bir vizyona yönlendirme boyutunda (t=3,65; p=0,000), örgütle çevresi arasında bağ kurma

boyutunda ( $t=3,44$ ;  $p=0,001$ ), öğrenme için stratejik liderlik sağlama boyutunda ( $t=2,53$ ;  $p=0,012$ ) anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Çalışanların mesleklerine göre, sadece sürekli öğrenme fırsatı oluşturma boyutunda ( $t=4,227$ ;  $p=0,016$ ), araştırma ve diyalogu destekleme boyutunda ( $t=5,155$ ;  $p=0,016$ ) ve işbirliği ve takım çalışmasını destekleme boyutunda ( $t=3,900$ ;  $p=0,022$ ) anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Durmuş'un Ankara ilinde faaliyette bulunan 4 askeri hastanede gerçekleştirmiş olduğu çalışmada, sağlık personelinin meslekleri ile örgütsel öğrenme boyutlarından "sürekli öğrenme fırsatı oluşturma, araştırma ve diyalogu destekleme, işbirliği ve takım çalışmasını destekleme ve öğrenme için stratejik liderlik sağlama" arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur (2011:60).

Çalışanların eğitim düzeylerine göre örgütsel öğrenme boyutları ve güçlendirme algılamalarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Çalışanların çalışma şekilleri, kurumda çalışma süreleri ve aylık aldıkları maaşa göre örgütsel öğrenme boyutları ve güçlendirme algılamalarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Durmuş ve Şahin'in 4 kamu hastanesinde gerçekleştirmiş oldukları çalışmada sağlık personelinin eğitim düzeyleri ile örgütsel öğrenme arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (2015:444).

Tablo 3'te Örgütsel öğrenme ile personel güçlendirme arasındaki korelasyon analizi ve sonuçları verilmiştir.

**Tablo 3. Korelasyon Analizi ve Sonuçları**

<b>Bağımsız değişken</b>	<b>ÖRGÜTSEL ÖĞRENME</b>	<b>Bağımlı Değişken</b>
		<b>PERSONEL GÜÇLENDİRME</b>
		<b>Pearson Correlation: 0,414</b>
		<b>Sig.(2-tailed): 0,000</b>
		<b>n: 250</b>

Tablo 4'e göre örgütsel öğrenme ile personel güçlendirme arasında ilişki vardır.

Demir'in bir tekstil işletmesinde yapmış olduğu çalışmada çalışanların cinsiyetlerinin güçlendirme üzerinde etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (2010:60).

**Tablo 4. Çoklu Regresyon Analizi ve Sonuçları**

<b>R<sup>2</sup> : 0,172</b> <b>F: 51,353</b> <b>P:0,000</b>	<b>Standardize Edilmemiş Beta</b>	<b>Standart Hata</b>	<b>Standardize Edilmiş Beta</b>	<b>t</b>	<b>P*</b>
<b>Sabit</b>	3,154	0,131		24,083	0,000
<b>Örgütsel Öğrenme</b>	0,227	0,032	0,414	7,166	0,000

Tablo 4'e göre personel güçlendirme, örgütsel öğrenmedeki değişimin % 17,2'sini açıklamaktadır ( $R^2 : 0,172$ ). Regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0,000$ ). Örgütsel öğrenme ile personel güçlendirme arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olduğu tespit edilmiştir.

#### 4. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bir ilçe devlet hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının örgütsel öğrenme düzeylerinin personel güçlendirmeye etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Örgütsel öğrenme, personel güçlendirmeyi pozitif ve anlamlı şekilde etkilemektedir.

Çalışmada; çalışanların cinsiyetlerinin örgütsel öğrenme boyutları ve güçlendirme algılamalarında erkek çalışanların kadın çalışanlara göre araştırma ve diyalogu desteklemeye daha çok katıldığı tespit edilmiştir. Çalışanların yaşlarına göre örgütsel öğrenme boyutları ve güçlendirme algılamalarında,  $\geq 37$  yaşında olanlar  $\leq 36$  yaşında olanlara göre örgütle çevresi arasında bağ kurma boyutuna daha çok katılmıştır. Çalışanların medeni durumlarına göre örgütsel öğrenme boyutları ve güçlendirme algılamalarında evli olanların bekar çalışanlara göre sürekli öğrenme fırsatı oluşturma boyutuna daha çok katıldığı tespit edilmiştir. Çalışanların çalıştıkları birime göre dahili birimlerde çalışan sağlık personelinin cerrahi birimde çalışanlara göre örgütsel öğrenme boyutlarına ve güçlendirmeye daha çok katıldığı bulunmuştur. Meslek gruplarına göre çalışanların, örgütsel öğrenme boyutları ve güçlendirme algılamalarında diğer sağlık personelinin hekim, hemşire, ebe ve sağlık memuruna göre sürekli öğrenme fırsatı oluşturma, araştırma ve diyalogu destekleme, iş birliği ve takım çalışmasını destekleme boyutlarına daha çok katıldığı tespit edilmiştir.

Sağlık çalışanlarının güçlendirilmesi için; sürekli öğrenme fırsatı oluşturulabilir, ekip çalışması desteklenebilir, araştırma yapması teşvik edilebilir ve bunun için olanaklar sunulabilir, örgüt çevresi ile iletişim kurması sağlanabilir. Çalışanların yaptıkları işte sorumluluk almaları sağlanabilir. Çalışan ile yönetici arasında etkili iletişim sağlanabilir. Çalışılan alandaki fiziksel olanaklar iyileştirilebilir. Çalışanların yaptıkları işle ilgili kararlarda görüşleri alınabilir.

#### KAYNAKLAR

Akçakaya M, Örgütlerde Uygulanan Personel Güçlendirme Yöntemleri: Türk Kamu Yönetiminde Personel Güçlendirme, *Karadeniz Araştırmaları: Bahar 2010 :sayı 25: 145-174*

Aydoğan E, Orhan F, Naldöken Ü, Beylik U, Aksay K. Sağlık Kurumlarında Örgütsel Öğrenme Kapasitesi: Bir Kamu Hastanesi Örneği, C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 12, Sayı 2, 2011

Bakan, İ., Erşahan, B., Büyükbeşe, T., Sezer, B., Taş, F., Şirikçi, A. (2014). Sağlıkta Hizmet Kalitesi, Öğrenen Örgüt ve İş Tatmini İlişkisi: Bir Alan Araştırması. KSÜ, İİBF Dergisi, Cilt:4(2):189-202.

Demir, K. (2010). İnsan Kaynakları Uygulamalarının İşyerinde Psikolojik Güçlendirmeye Etkisi: Bir Araştırma. Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. s.s.60.

Durmuş, V. (2011). Algılanan Örgütsel Desteğin Örgütsel Öğrenmeyle Olan İlişkisi: Ankara İlinde Bulunan Askeri Hastanelere Yönelik Bir Çalışma. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara. S.s.60.

Durmuş, V., Şahin, B. (2015). Hastanelerde Algılanan Örgütsel Destek İle Örgütsel Öğrenme Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. TAF Prev Med Bull. Cilt:14(6): 438-447.

Mishra, B., Bhaskar, A. Uday (2010). Empowerment: A Necessary Attribute Of A Learning Organization?, Organizations and Markets in Emerging Economies. Vol 1(2): 48-70.

Öneren M., İşletmelerde Öğrenen Örgütler Yaklaşımı, *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 4, Sayı 7, 2008, ss. 163-178.

# Sağlık Okuryazarlığı: Bir Kamu Ve Özel Hastanenin Karşılaştırılması

Dr. Veli DURMUŞ<sup>1</sup>

## Çalışmanın Problemi

Sağlık okuryazarlığı ilk olarak sağlık eğitimi standartlarını konu alan bir çalışma da Amerika Birleşik Devletleri'nde ele alınmıştır (Simonds, 1974). 1974'den sonra sağlık alanında birçok tanımı yapılması rağmen (American Medical Association, 1999), kısaca sağlık bilgileri hakkında karar verme ve anlama kabiliyeti olarak tanımlanabilir (Lawless vd., 2016). Diğer bir ifadeyle, sağlık okuryazarlığı; bireyin sağlığını koruyucu, geliştirici ve bozulan sağlığını iyileştirici şekilde temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesi (Peerson ve Saunders, 2009; Sorensen vd., 2012) olarak tanımlanabilir. Yapılan çalışmalar sağlık okur yazarlık düzeyinin sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi için önemli bir faktör olduğunu vurgulamaktadır (Berkman vd., 2011; DeWalt vd., 2004). Ayrıca, sağlık okuryazarlığı hastaların sağlık sigorta seçimlerine (Politi vd., 2014), sağlık profesyonelleri ile etkili iletişime ve sağlık sistemini daha iyi anlama üzerine etkisi olduğu tespit edilmiştir (Haun vd., 2012; Williams vd., 2002). Yetersiz bir sağlık okuryazarlığı ise tıbbi tanıların gecikmesine (Bennet vd., 1998), tıbbi tedavi uygulamalarının hasta tarafında yetersiz uygulanmasına (Schillinger vd., 2002), artan tıbbi maliyetlere (Eichler vd., 2009) ve hatta hastanın sakat kalma veya ölümüne (Paasche-Orlow & Wolf, 2007) neden olabilmektedir.

Hastaların sağlık hizmeti sırasında sağlıkla ilgili bilgileri anlama, yorumlama ve uygulama konusundaki becerileri sağlığın kaliteli bir şekilde sürdürülmesi ve günlük hayatta bununla ilgili kararların alınması açısından kayda değer bir öneme sahiptir. Çünkü karmaşık sağlık uygulamalarında kişilerin sağlık sorunları ve verilen hizmetle ilgili olarak bilgilenmeleri sadece bireysel değil toplumsal açıdan da bir iyilik hali oluşturacaktır. Türkiye'deki sağlık politikaları ışığında özel ve devlet hastanesinin belirli bir hasta kitlesi olduğu düşünüldüğünde bu iki grup arasındaki sağlık okur-yazarlığı düzeylerini anlamak bu çalışmanın problemini oluşturmaktadır.

**Çalışmanın Amacı:** Bu araştırmanın birincil amacı, bir kamu ve özel hastaneden hizmet almakta olan hastaların sağlık okur-yazarlık düzeylerini analiz edip karşılaştırarak sosyo-demografik değişkenlere göre ölçüp değerlendirmektir.

İkincil amaçlar ise şu şekilde ifade edilebilir:

- Sağlık okuryazarlığına verilen önem hakkında bilgi edinilmesi,
- Sağlık bilgilerine erişimde karşılaşılan sorunların saptanmasına yönelik hastaların tutumlarının tespit edilmesi,
- Hastaların sağlık hakkında bilgi elde etme, yorumlama, değerlendirme gibi değişkenlere karşı farkındalık düzeylerinin ortaya konulması şeklinde ifade edilebilir.

---

<sup>1</sup> Marmara Üniversitesi/Sağlık Yönetimi/ İstanbul-Türkiye/velidurmus@hotmail.com

**Metod:** Bu araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde faaliyet gösteren bir devlet ve özel hastaneden hizmet alan hastalar oluşturmaktadır. Çalışma, 01.03.2016-01.05.2016 tarihleri 208 hasta üzerinde anket sistemi ile değerlendirme yapılmıştır. Bu anket (*The European Health Literacy Survey -HLS-EU*), Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Projesi 2009-2012 kapsamında, HLS-EU Konsorsiyumu tarafından geliştirilmiş olan 47 soru ile sağlık süreçlerinde üç (hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi, sağlık hizmet sunumu) ve bilgiyi işleme süreçlerinde dört (erişim, anlama, değerlendirme, uygulama) alan üzerinden sağlık okuryazarlık düzeyini ölçen bir ankettir. Yapısal ve içeriksel özellikleri dolayısıyla küresel düzeyde sağlık okuryazarlığını ölçmek üzere uygun olması, diğer toplumlarda yapılan çalışmalar ile karşılaştırılabilir veriler elde edilebilmesi ve 2005 yılından bu yana AB ile üyelik müzakerelerini sürdüren Türk toplumuna ait sağlık okuryazarlık verilerinin toplanmasında Avrupa çalışmaları ile uyumlu bir ölçme yöntemi olduğu düşünüldüğünden, Durusu Tanrıöver ve arkadaşları (2014) tarafından Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış “Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Anketi” uygulanmıştır.

**Bulgular ve Sonuç :** Toplam 208 hastanın araştırmaya katılımı ile yapılan çalışmada yaş ortalaması 41 olmuştur. Tablo 1’e göre, katılanların çoğunluğu erkek (%53.4) ve evli (%81.7) olarak tespit edilmiştir. Hastaların çoğunluğu (%38) ilköğretim eğitim seviyesinde olup, yaklaşık %33’ü en az bir tane uzun dönem sağlık sorunu vardır. Kamu hastanesine başvuran hastaların yetersiz sağlık okur-yazarlık sorunu (%64.5), özel hastaneden daha fazla (%59) olarak tespit edilmiştir. Diğer taraftan eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki ( $r=.62$ ;  $p<.001$ ) görülmesine rağmen cinsiyet ile istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Ayrıca araştırma kapsamında uzun dönem tıbbi rahatsızlık ya da hastalığın bulunması ile hastaların sağlık okur yazarlık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişkinin olduğu görülmüştür ( $r=.65$ ;  $p<.001$ ).

**Tablo 1.** Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişken	Özel Hastane (n=106)		Kamu Hastanesi (n=102)		Toplam (n=208)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<i>Cinsiyet</i>						
Erkek	55	51.9	56	54.9	111	53.4
Kadın	51	48.1	46	45.1	97	46.6
<i>Yaş Grubu</i>						
18-25	10	9.4	10	9.8	20	9.6
26-35	17	16.0	22	21.6	39	18.8
36-45	50	47.2	34	33.3	84	40.4



46-55	19	17.9	25	24.5	44	21.2
56-65	8	7.5	9	8.8	17	8.2
66+	2	1.9	2	2.0	4	1.9
<i>Eğitim</i>						
Okur-yazar	8	7.5	12	11.8	20	9.6
İlköğretim	40	37.7	39	38.2	79	38.0
Lise	34	32.1	27	26.5	61	29.3
Önlisans-Lisans	21	19.8	20	19.6	41	19.7
Lisansüstü	3	2.8	4	3.9	7	3.4
<i>Medeni Durum</i>						
Evli	88	83.0	82	80.4	170	81.7
Evli Değil	18	17.0	20	19.6	38	18.3
<i>Uzun Dönem Sağlık Sorunu</i>						
Birden fazla	14	13.2	8	7.8	22	10.6
Sadece Bir	19	17.9	28	27.5	47	22.6
Yoktur	39	36.8	36	35.3	75	36.1
Bilmiyorum	34	32.1	30	29.4	64	30.8

**Tablo 2.** Demografik Değişkenlere Göre Spearman Korelasyon Analizi

Değişken	Cinsiyet	Yaş	Eğitim	Uzun Dönemli Sağ.Sorunu	Genel Sağlık SO	Sağlık Hizmeti SO	Hastalıkların Korunma SO	Sağlığın İyileştirilmesi SO
Cinsiyet	1							
Yaş	-,105 0,132	1						
Eğitim	-,275** 0,000	-,433** 0,000	1					
Uzun Dönem Sağ.Sorunu	,126 0,142	-,380** 0,001	,220 0,100	1				

Genel SO	-,082 0,240	-,217** 0,002	,620** 0,000	,650** 0,001	1			
Sağlık Hizmeti SO	-,181** 0,009	-,109 0,118	0,175* 0,11	,310** 0,001	,709** 0,000	1		
Hastalıktan Korunma SO	-,130 0,061	-,223** 0,001	,186** 0,007	,280** 0,003	,612** 0,000	,295** 0,000	1	
Sağlığın İyileştirilmesi SO	,065 0,348	-,158* 0,023	-,085 0,221	,410** 0,000	,856** 0,000	,416** 0,000	,710** 0,000	1
<p>** Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır (2-tarafli).</p> <p>* Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır (2-tarafli).</p> <p>SO: Sağlık Okuryazarlığı</p>								

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Okur-Yazarlığı, Özel Hastane, Kamu Hastanesi, Hastalar,

## KAYNAKÇA

American Medical Association (1999), "Health literacy: report of the Committee on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Committee on Scientific Affairs", JAMA: Journal of the American Medical Association, Vol. 281 No. 6, pp. 552-557.

Bennett CL, Ferreira MR, Davis TC, Kaplan J, Weinberger M, Kuzel T, Seday MA, Sartor O. Relation between literacy, race, and stage of presentation among lowincome patients with prostate cancer. J Clin Oncol 1998;16:3101-4.

Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Ann Intern Med 2011;155: 97-107.

DeWalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr K, Pignone MP. Literacy and health outcomes. A systematic review of the literature. J Gen Intern Med 2004;19: 1228-39.

Eichler K, Wieser S, Brugger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. Int J Public Health 2009;54:313-24.

Haun, J., Luther, S., Dodd, V., & Donaldson, P. (2012). Measurement variation across health literacy assessments: Implications for assessment selection in research and practice. Journal of Health Communication, 17, 141-159.

Lawless Jane, Coleen E. Toronto, Gail L. Grammatica, (2016) "Health literacy and information literacy: a concept comparison", Reference Services Review, Vol. 44 Issue: 2, pp.144-162.

Paasche-Orlow, M.K., M.S. Wolf, The causal pathways linking health literacy to health outcomes, Am. J. Health Behav. 31 (2007) S19-26.

Peerson A. and Saunders M. (2009). Health Literacy Revisited: What Do We Mean and Why Does it Matter? Health Promotion International, (2009) 24(3): 285-296.

Politi, M. C., Kaphingst, K. A., Kreuter, M., Shacham, E., Lovell, M. C., & McBride, T. (2014). Knowledge of health insurance terminology and details among the uninsured. Medical Care Research & Review, 71, 85-98.

Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, Palacios J, Sullivan GD, Bindman AB. Association of health literacy with diabetes outcomes. *J Amer Med Assoc* 2002;288:475–82.

Simonds, S.K. (1974), “Health education as social policy”, *Health Education Monographs*, Vol. 2, No. 1, pp. 1-25.

Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80.

Williams, M. V., Davis, T., Parker, R. M., & Weiss, B. D. (2002). The role of health literacy in patient-physician communication. *Family Medicine*, 34, 383-389.

---

## Sağlık Kurumlarında Sağlık Yöneticilerinin İş Sağlığı Ve Güvenliğine Yönelik Yükümlülükleri

Yrd. Doç. Dr. Selim GÜNDÜZ (sgunduz@firat.edu.tr)

Uzm. Mehmet GELDİ (mehmet.geldi2463@gmail.com)

### ÖZET

Sağlık kurumlarında iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesinde İş Sağlığı ve Güvenliği önlemlerinin büyük etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle sağlık personelinin sağlıklı ve güvenli ortamlarda çalışmasına engel olan faktörler, sağlık kurumları yönetimlerinin en önemli sorunlarından birisidir. Ayrıca sağlık sektöründe meydana gelen iş kazası ve meslek hastalığı da, diğer sektörlerle oranla daha ölümcül olduğundan sağlık yöneticilerine önemli yükümlülükler yüklenmiştir. Sağlık yöneticilerinin bu konuda yükümlülüklerini belirlemek amacıyla 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği kanunu çıkarılmış ve bu Yasa ile birlikte yöneticilerin yükümlülükleri daha net belirtilerek bu konudaki eksiklikler giderilmeye çalışılmıştır. Çalışmada sağlık yöneticilerinin İSG'ye yönelik yükümlülükleri ele alınarak bu konuda yöneticilere düşen sorumluluklar net bir şekilde belirtilmiştir. Ayrıca çalışanların sağlıklı ve güvenli ortamlarda çalışabilmesi amacıyla, iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin yöneticiler tarafından planlanmış zaman aralıklarıyla verilmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, Güvenlik, İş Sağlığı ve Güvenliği, Sağlık Yöneticileri

#### 1. Sağlık Yöneticilerinin Yükümlülükleri

İşletmede işin yapılması sırasında sağlığa ve güvenliğe zarar verebilecek koşullardan korunmak amacı ile yapılan sistemli ve bilimsel çalışmalar, iş sağlığı ve güvenliği olarak tanımlanmaktadır. Sağlık işletmelerinde İSG'nin uygulanması ve sürdürülebilmesi amacıyla yöneticilere birtakım sorumluluklar yüklenmiştir. Çalışmada İSG kanunu çerçevesinde yöneticilerin uymakla yükümlü olduğu sorumluluklar ele alınmıştır.

#### 2. Yöneticilerin 6331 Sayılı İSG Yasasındaki Yükümlülükleri

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun ilgili maddesinde işverenin genel yükümlülükleri düzenlenmiştir. Buna göre; bir işveren çalıştırdığı personelinin işiyle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamakla yükümlüdür. Ayrıca çalışan personelin güvenli bir ortamdan çalışması da en doğal hakkıdır. Bu kapsamda işveren çalıştırdığı işçiyi güvende çalıştırmaya mecburdur. Kanun çerçevesinde işveren (6331 Sayılı İSG Kanunu, Md.4). Kurumunda gerekli risk değerlendirmelerinin yapılmasını, tehlike ve risklere karşı organize olunmasını, personelin İSG konusunda gerekli eğitimleri almasını sağlamayı, çalışma alanlarını iyileştirilmeyi, sağlık

ve güvenlik tedbirlerini değişen şartlara uydurmayı, yeterli bilgi ve talimat verilenler dışındaki çalışanların hayati ve özel tehlike bulunan yerlere girmemesi için gerekli tedbirleri sağlamakla yükümlüdür.

### **3. Önlem Alma Yükümlülüğü**

Sağlık yöneticilerinin önlem alma yükümlülüğü 6331 sayılı İSG Kanununun 5. maddesinde kapsamlı ele alınmıştır. Bu kapsamda; çalışma alanında oluşabilecek risk faktörlerinden kaçınmak, Tüm kurumu kapsayan detaylı bir politika geliştirmek, Gelişen teknolojiye uyum ve adaptasyon sağlamak, Risk barındıran durumları daha az risk barındıran durumlarla değiştirmek, Toplu korunma yöntemlerine öncelik vermek, çalışanlara uygun talimatları vermekle sorumludur.

### **4. Çalışanların Bilgilendirilmesi ve Eğitimi Yükümlülüğü**

Yöneticiler, işyerinde alınan iş sağlığı ve güvenliği önlemlerine uyulup uyulmadığını denetlemek, çalışanların karşı karşıya kaldıkları mesleki riskler, alınması gerekli tedbirler, yasal hak ve sorumlulukları konusunda bilgilendirmek ve gerekli iş sağlığı ve güvenliği eğitimini vermek zorundadırlar. Çalışanların bilgilendirilmesi ve eğitimi yükümlülüğü, 6331 Sayılı İSG Kanununun 16-17. maddelerinde düzenlenmiştir. Bu kanuna göre sağlık kurumunda iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve sürdürülebilmesi amacıyla yöneticiler, çalışanları ve çalışan temsilcilerini, kurumun özel şartlarını da göz önüne alarak aşağıdaki konularda bilgilendirir.

- Yöneticilerin; sağlık kurumunda karşılaşılabilecek sağlık ve güvenlik riskleri, koruyucu ve önleyici tedbirler, kendileri ile ilgili yasal hak ve sorumlulukları,
- İlk yardım, olağan dışı durumlar, afetler, yangınla mücadele ve tahliye işleri konusunda çalışanları bilgilendirmekle ykmldrlər.

Sağlık Yöneticisi iş kazası veya meslek hastalığına maruz kalan çalışana tekrar iş başı yaptırmadan önce eğitim almasını sağlamakla yükümlüdür. Ayrıca, en az 6 ay süreyle işten uzak kalan personelin tekrar işe başlama durumunda işe başlamadan önce bilgi yenileme eğitimini vermek yine yöneticilerin temel yükümlülüğündedir.

Yine yöneticiler, çalışanların sözleşmesine ve iş türüne bakmaksızın belli zamanlarda eğitim vermekle yükümlüdür. İşe girişte, birim veya yapılan işin değişikliğinde, teknolojik değişimlerde (oryantasyon eğitimi), işin risk derecesine göre belirli aralıklarla yapılması gereken periyodik eğitimleri sağlamakla ykmldrlər. a) Az tehlikeli işlerde üç yılda bir 8

saat, b) Tehlikeli işlerde iki yılda bir 12 saat, c) Çok tehlikeli işlerde yılda bir 16 saat, olarak belirlenen eğitimlerin verilmesi gerektiği yükümlülüğü belirtilmiştir.

### **5. Acil Durum Planları, Yangınla Mücadele ve İlk Yardım Yükümlülüğü**

Acil Durum Planları, Yangınla Mücadele ve İlk Yardım yükümlülüğü 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 11. maddesinde düzenlenmiştir. İş Sağlığı ve Güvenliği alanında geniş düzenlemeleri içeren ve İSG için oluşturulan 6331 sayılı yasanın 11. maddesi şu şekildedir:

-Acil durumları önceden değerlendirerek muhtemel acil durumları belirler, -Acil durumların olumsuz etkilerini önleyici ve sınırlandırıcı tedbirleri alır, -Acil durumların olumsuz etkilerinden korunmak üzere gerekli ölçüm ve değerlendirmeleri yapar, -Acil durum planlarını hazırlar ve tatbikatların yapılmasını sağlar, -Önleme, koruma, tahliye, yangınla mücadele, ilk yardım ve benzeri konularda uygun donanıma sahip ve bu konularda eğitilmiş yeterli sayıda çalışana görevlendirir. Yöneticiler, tüm bunları yaparken personellerle de koordineli bir çalışma içerisinde olmalı ve yangınla mücadelede tatbikatlar yapılması için gerekli malzeme, araç ve gereçleri sağlamakla yükümlüdür.

### **6. Tahliye Yükümlülüğü**

Tahliyenin işverene yükümlülüğü 6331 sayılı İSG Kanununun 12. maddesinde düzenlenmiştir. Yöneticiler çalışma ortamında meydana gelen ciddi ve önlenemeyen tehlike durumunda çalışan personelin işlerini derhal bırakmalarını ve güvenli alanlara gidebilmeleri için gerekli talimatları verir. Ayrıca yönetici, özel donanıma sahip olmayan ve bu tarz durumlarda uzman olmayan personelin, tehlikeli durum ortadan kalkıncaya kadar işlerine dönmelerini isteme hakkına sahip değildir.

### **7. Sağlık Gözetimi Yükümlülüğü**

Sağlık gözetiminin işveren yükümlülüğü 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununun 15. maddesinde düzenlenmiştir. Söz konusu maddede belirtilen; Personelin işe ilk girişlerinde, personelin iş değişikliğinde, herhangi bir sağlık nedeniyle işten uzaklaşmalardan sonra tekrar işe dönüşlerde talep halinde, bakanlığın belirlenen düzenli aralıklarıyla işyerinin tehlike sınıfına göre sağlık muayenesinin yapılması zorunludur.

### **8. İş Sağlığı ve Güvenliği Örgütlemesi Yükümlülüğü**

İSG örgütlemesi yapması yükümlülüğü 6331 Sayılı İSG Kanununun 6. maddesinde düzenlenmiştir; “İşveren çalışanları arasında iş güvenliği uzmanı, işyeri hekimi ve diğer sağlık

personelini görevlendirir. Çalışanları arasında belirlenen niteliklere sahip personel bulunmaması halinde, bu hizmetin tamamını veya bir kısmını ortak sağlık ve güvenlik birimlerinden hizmet alarak yerine getirebilir. Ancak belirlenen niteliklere ve gerekli belgeye sahip olması halinde, tehlike sınıfı ve çalışan sayısı dikkate alınarak, bu hizmetin yerine getirilmesini kendisi üstlenebilir”.

### **9. Denetleme Yükümlülüğü**

İşverenin Denetleme Yükümlülüğü 6331 Sayılı İş sağlığı ve Güvenliği Kanunu 4/b. maddesinde düzenlenmiştir. Denetleme işyeri açısından son derece önem arz eden bir durumdur. İş kazası veya meslek hastalığına sebep olacak bir durum, tehlike veya olayın düzenli denetim ve gözetimi sayesinde meydana gelmeden önlenbilmesini olanaklı kılmaktadır. Yöneticinin temel görevlerinden biri olan denetleme çalışanlarla koordineli yapılması gerekmektedir.

### **10. Kayıt ve Bildirim Yükümlülüğü**

Sağlık yöneticileri iş kazası ve meslek hastalıklarında kayıt tutmak, bu kayıtları saklamak, denetim elemanları istendiğinde ibraz etmek zorundadır. Yöneticilerin kayıt yükümlülüğü şu şekilde belirtilmiştir (Gürler, 2015); yönetici iş kazası ve meslek hastalıklarının kaydını tutmalı, gerekli incelemeleri yaparak ilgili raporları düzenlemelidir, çalışanları ve işyerini zarara uğratacak, çalışanın yaralanma veya ölümüne sebep olacak, işyeri tesisatının zarar görmesine neden olabilecek durumları inceleyerek bunlarla ilgili raporları hazırlar.

Yöneticinin iş kazasını bildirim yükümlülüğü, 5510 sayılı Sosyal Güvenlik Yasası'nın 13. maddesinde düzenlenmiştir. 5510 sayılı Kanunun 4'üncü maddenin birinci fıkrasının; (a) bendi ile beşinci madde kapsamında bulunan personeli çalıştıran işveren tarafından o yerin yetkili kolluk kuvvetlerine derhal ve Sosyal Güvenlik Kurumu'na da kazadan sonra en geç üç iş günü içinde bildirmekle yükümlüdür. Eğer kaza işyeri dışında meydana gelmiş ise işverenin bu durumdan haberdar olması itibari ile üç iş gününe tabiidir.

## KAYNAKÇA

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik, R.Gazete Sayı: 28681, R.Gazete Tarihi: 18.06.2013.

Çankaya İş Sağlığı ve Güvenliği Merkezi, “İş Sağlığı Güvenliği ve Sorumluluklar” İşte Sağlık Dergisi, Temmuz 2010, Ankara.

Dölek Gizem N, 2014, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik, Ankara.

Gürler Betül, 2015, İş Sağlığı ve Güvenliğinde Temel Kavramlar ve Yasal Hak-Sorumluluklar’, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, ÇASGEM, Ankara

İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik, R.Gazete Sayı: 28532, R.Gazete Tarihi: 18.01.2013, Madde 6.

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, R.Gazete Sayı: 28339, R.Gazete Tarihi: 30.06.2012.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Madde: 32-61, R.G. Sayı: 26200, R.G. Tarihi:16.06.2006.



# Ameliyathane ve Yoğun Bakımlarda Yapılan Fiziki Yapıdaki Değişikliklerin Hastaneye, Cerrahi Bölümlere, Hasta ve Hasta Yakınları Üzerine Etkisi

Uzm. Onur GÖZÜBÜYÜK[1]  
Doç. Dr. Yunus TAŞ[2]  
Uzm. Hakan BEKAR[3]

## ÖZET

**Çalışmanın Problemi:** Sağlık sistemlerindeki gelişmeler, hastaneleri fiziki değişikliklere zorlamaktadır. Hastaneler, ameliyathane ve yoğun bakımları daha verimli kullanımına imkan verecek şekilde tasarlanmalıdır. Hastanenin mimari yapısı ilerideki gelişme ve değişimleri karşılayacak şekilde olmalıdır. Fiziki yapısı gelişmeye ve büyümeye uygun olmayan hastaneler, çözülemeyen birçok yapısal sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Bu çalışmada, bir hastanenin kuruluş aşamasından günümüze kadar olan süreçte ameliyathane ve yoğun bakımlarının fiziki şartlarındaki değişimi incelemek ve bu konuda hastane yöneticilerinin planlama yapmasına katkı sağlamak amaçlanmıştır.

**Çalışmanın Amacı:** Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin ameliyathane ve yoğun bakımlarındaki fiziki değişiklikleri olumlu ya da olumsuz yönleriyle incelemek amaçlanmıştır.

**Metod:** Araştırma, Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin ameliyathane ve yoğun bakımlarının 2005-2017 yıllarındaki fiziki değişimi retrospektif araştırma yöntemi kullanılarak görsel belgeler kullanılarak incelenmiştir.

**Bulgular ve Sonuç:** 2005 yılında hastane kullanıma açıldığında ameliyathane ile yoğun bakımlar arasında doğrudan bağlantı olmadığı için hasta transferinde ve sterilizasyonda sorunlara neden olmaktadır. Bu sorun, ameliyathane ve yoğun bakımları kapsayacak şekilde tüm kat birleştirilerek çözülmüştür. Ameliyat odalarında steril bir ortam oluşturulması için oda tavanları, taş yünleri yerine tek parça, aradan hava sızdırmayacak şekilde düzenlenmiştir. Tıbbi atıklar için ayrı bir oda planlanarak tıbbi atıkların bu odadan ayrı bir asansör sistemiyle ameliyathane dışına çıkartılması sağlanmıştır. Daha iyi hizmet verebilmesi amacıyla tıbbi malzeme depolarının yeri değiştirilmiş ve kapalı raf sistemine geçilmiştir. Ameliyat odalarında müşterek kullanılan tüm cihazlar için tıbbi cihaz odası oluşturulmuştur. Yemekhane, sekreterlik, diğer memur ofisleri, anestezi öğretim üyesi odaları ameliyathanede steril alanın dışına çıkartılmıştır. Fiziki şartlardaki bu düzenlemelerin katkılarının yanında binanın mimari yapısı nedeniyle bazı değişiklikler yapılamamaktadır. Asansörlerin sayısının artırılmaması nedeniyle hasta transferinde yaşanan sorunlar bu duruma örnek olarak gösterilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hastane, fiziki yapı, ameliyathane, yoğun bakım, sterilizasyon

**The effect of changes performed in physical constructions in operating rooms and intensive care units in hospitals, surgery departments, patients and patients' relatives**

**ABSTRACT**

**The Problem of the Study:** *Changes in health systems force hospitals to make physical changes. Hospitals need to be designed in order to provide using operating theatres and intensive care units more efficient. Architectural construction of hospitals should meet further developments and changes. Hospitals the physical construction of which is not suitable for developments and changes encounter many insoluble constructional difficulties. The aim of the study is to investigate changes in physical conditions of operating theatres and intensive care units from the establishment state to present-day and to contribute hospitals managements to make plans for these issues.*

**The Purpose of the Study:** *It is aimed to investigate positive and negative aspects in terms of physical changes in operating theatres and intensive care units of the Kocaeli University Faculty of Medicine*

**Method:***Physical changes in operating theatres and intensive care units of the Kocaeli University Faculty of Medicine during the years from 2005 to 2017 were investigated by using retrospective investigation methods and visual documents.*

**Findings and Results:***When the hospital was opened for usage in 2005, due to lacking of direct connection between the operating theatre and the intensive care unit, there were some problems with Patient transfer and sterilization. The problem was solved by integrating the whole floor. In order to establish a sterile environment, room ceilings were re-constructed by using one-piece material instead of rock wool so that air leakage could be prevented. A separate room was planned for medical wastes and they were provided to be taken out through the room with a separate elevator system. Places of medical equipment stores were changed in order to serve more efficiently and closed shelf system was established. Medical equipment room was constructed for all collective used medical equipment. The refectory and office rooms were taken outside of the sterile area. Beside these contributions provided in physical conditions, some changes could not be performed because of the architectural challenges of the building. Problems with the patient transfer, because the number of elevators cannot be increased, can be given as an example for this situation.*

**Key Words:***Hospital, physical construction, operating theatre, intensive care, sterilization.*

## 1. GİRİŞ

Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi 2005 yılının Haziran ayında hizmet vermeye başlamıştır. Hastane depreme dayanıklı olarak yapılmış ve binada 250 sismik izolatör ve 2500 amortisör kullanılmıştır.

Sağlık kurumlarının yapısı gereği hataya karşı toleransı olmayan, farklı özellikleri bünyesinde barındıran karmaşık bir yapıya sahiptir (Tengilimoğlu vd. 2009). Ameliyathaneler ve yoğun bakımlar en ileri teknolojinin kullanıldığı ve hastanenin tüm birimleriyle sürekli olarak etkileşim halinde olan birimlerdir. Kurumdan kuruma farklılık göstermelerine rağmen ortak bir amaca sahiptirler. Hasta güvenliği, sterilizasyon, ulaşılabilirlik, işlevsellik hastanelerin olmasını istediği ortak amaçlardır (Şardan, 2005).

Bu çalışma, Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin ameliyathane ve yoğun bakımlarındaki fiziki değişiklikleri olumlu ya da olumsuz yönleriyle incelenmesi amaçlanmıştır.

## 2. AMELİYATHANE VE YOĞUN BAKIMLARIN YAPISI VE ÖNEMİ

Ameliyathane ve yoğun bakımlar, hasta ve çalışanlar için güven verici; cerrah, hemşire ve diğer sağlık personeli için etkili ve verimli kullanıma uygun olmalıdır (MEB, 2012).

Ameliyathane ve yoğun bakımların mimari yapısı, hastaların iyileşmesine doğrudan katkı yapan birimlerdir (Oğuzalp & Genç, 2011). Bu nedenle gürültüden, toz ve kirden, radyasyondan, kimyasal maddelerden uzak olacak bir şekilde konumlandırılmalıdır (MEB, 2012).

Tablo 1: Kocaeli Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesindeki ameliyathanelerin konumu ve sayılarının yıllara göre dağılımı

AMELİYATHANELER	HASTANEDEKİ KONUMU	ODA SAYISI	
		2005	2017
Genel Ameliyathane	1.KAT	12	14
Göz- Lokal Ameliyathanesi	1.KAT	2	5
Lokal Ameliyathane	ZEMİN KAT	-	2
Yanık Ünitesi Ameliyathanesi	EK BİNA-3.KAT	-	1
<b>Genel Toplam</b>		<b>14</b>	<b>22</b>

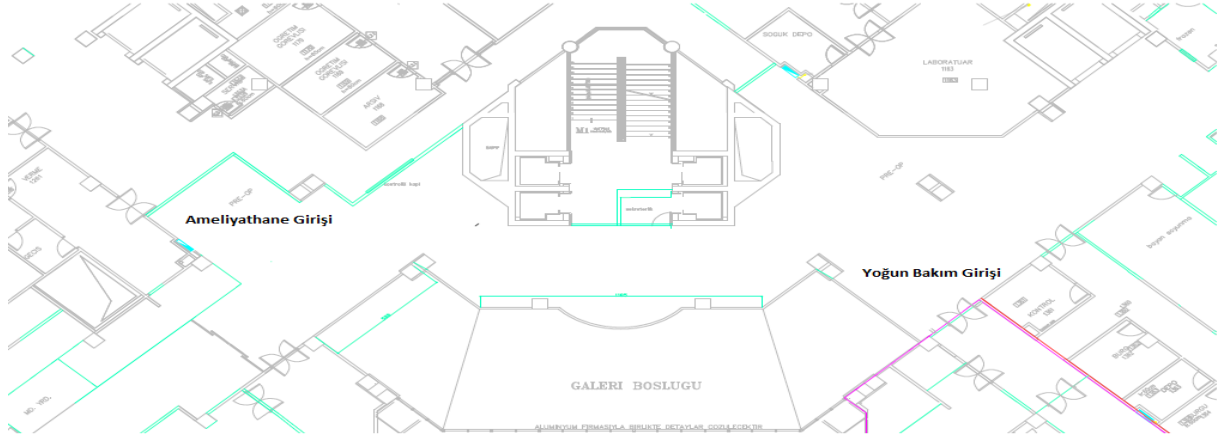
Tablo 1 incelendiğinde ameliyathanelerin büyük bir kısmının 1. Katta toplandığı görülmektedir. 2005 yılından itibaren 1. Katta imkanlar dahilinde ameliyat oda sayısı 5 adet artırılmış. Ancak, fiziki şartların yetersizliği nedeniyle başka katlarda ve ek binada ameliyat odaları planlanmak zorunda kalmıştır.

Tablo 2: Kocaeli Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesindeki yoğun bakımların konumu ve sayılarının yıllara göre dağılımı

YOĞUNBAKIMLAR	HASTANEDEKİ KONUMU	YATAK SAYILARI	
		2005	2017
Genel + Post-op Yoğun Bakım	1.KAT	8+4	8+6
KVC Yoğun Bakım	1.KAT	4	6
Koroner Yoğun Bakım	3.KAT	10	9
Çocuk Sağ. ve Hast. Yoğun Bakım	1.KAT	0	7
Yenidoğan Yoğun Bakım	2.KAT	0	24
<b>Genel Toplam</b>		<b>26</b>	<b>60</b>

Tablo 2’de yoğun bakımlar konumu itibariyle ameliyathanelerde olduğu gibi 1. Katta yer almaktadır. Koroner yoğun bakım ve yenidoğan yoğun bakım ise klinikleriyle aynı katta yer almaktadır. Yatak sayıları ise yıllara göre artış göstermiştir.

### Yapılan fiziki değişiklikler;



#### a) 1. Kat ameliyathane ve yoğun bakımları kapsayacak şekilde birleştirilmesi sonucunda;

- Hastanın ameliyathaneden yoğun bakıma geçişi steril olmayan alandan yapılmaktaydı, yeni düzenlemeyle hastanın yoğun bakıma yarı steril alandan daha güvenli bir şekilde geçişi sağlandı.
- Yoğun bakım önünde günlerce bekleyen hasta yakınlarının tüm katın birleşmesiyle, zemin kat bekleme salonlarında beklemesi sağlandı.
- Bağlantı kısmı gün ışığını engellemeyecek şekilde camla kapatıldı.

#### b) Bilgi transferi ile ilgili yapılan değişiklikler;

- Ameliyathane içerisinde bulunan tıbbi sekreterlik hasta yakınlarına daha kolay bilgi verebileceği şekilde yarı steril alanda oluşturuldu. Küçük bir sürgülü pencere yapılarak hasta yakınlarına bilgi verilmesi sağlandı.
- Ameliyathaneye hasta girişinin olduğu kapıda güvenlik görevlendirilerek hasta yakınlarının ve personelin geçişi engellendi. Bu kapıda da hasta yakınlarına bilgi verilmesi sağlandı.

#### c) Hasta ve personel girişinin ayrılması;

- Daha önce hastanın ve personelin ameliyathaneye girişi aynı kapıdan yapılmaktaydı. Yeni düzenleme ile birbirlerinden tamamen ayrıldı.
- Ameliyathaneye galoş ve kişisel terlikle giriliyordu. Ameliyathane girişi terlik değişiminin yapılmasına imkan verilecek şekilde tasarlandı. Galoş giyilmesi büyük ölçüde engellenerek kırmızı renk terlik giyilmesi sağlandı.

#### d) Anestezi öğretim üyeleri ofisleri, memur ofisleri, malzeme depoları ve yemekhane ile ilgili değişiklikler;

- Ameliyathane içerisinde dağınık halde bulunan anestezi öğretim üyelerinin odaları birleştirilerek anestezi anabilim dalı oluşturuldu. Acil durumlar için yarı steril alana açılan bir kapıyla hastalara daha hızlı müdahale imkanı verildi.
- Hasta işlemlerinin yapılabilmesi için post-op ve pre-op arasına sekreter odası planlandı. Hem hasta evraklarının kaybolması engellendi hem de işlemlerin daha hızlı yapılması sağlandı.

- Tıbbi malzeme deposu ve anestezi malzeme deposu, ameliyat odalarına yakın ve daha iyi hizmet verebilmesi amacıyla steril alana yakın bir yere taşındı.
  - Açık raf sisteminden kapalı raf sistemine geçildi.
  - Yemekhane, giriş kapısına yakın olacak şekilde yapılarak, yemek dağıtımını yapan kişinin ameliyathaneye girişi engellenerek pencereden yemek dağıtımını yapması sağlandı.
- e) Tıbbi atıklarla ilgili düzenlemeler;**
- Tıbbi atıkların ameliyathane dışına çıkartılması çok büyük sorunlara neden olmaktaydı. Yarı steril alanda tıbbi atık odası planlanarak bu oda içerisinden, direk hastane dışına açılan asansör sistemiyle tıbbi atıkların ameliyathane dışına çıkartılması sağlandı.
- f) Tıbbi cihazlarla ilgili düzenlemeler;**
- Ameliyat odalarında müşterek kullanılan cihazlar için tıbbi cihaz odası yapılarak cihazların ameliyathane koridorlarına bırakılması engellenmiştir.
- g) Ameliyat odaları ile ilgili düzenlemeler;**
- Ameliyat odalarının tavanında bulunan taş yünleri yerine tavan; tek parça, aradan hava sızdırmayacak ve yönetmeliğe uygun olacak şekilde kapatılmıştır. Tavanda asılı duran pendant kolları sökülerek odada rahat hareket edilebilecek bir yapı kazandırılmaya çalışılmıştır.

Ameliyat odalarının tavanlarının sızdırmaz olması son derece önemlidir. Çünkü bu bölgeler temizlenmesi, dezenfekte edilmesi zor bölgelerdir. Bu nedenle hepa filtre ve aydınlatmalar steril alana zarar vermeyecek şekilde kurulmalı, kolay değiştirilebilmelidir (Bilge, 2008).

### **Yaşanılan Sorunlar;**

- Hasta transferi nedeniyle ameliyathaneye gelecek hastalar için asansör sisteminde sorunlar yaşanmaktadır. Yapılan fiziki değişiklikler nedeniyle ameliyathanenin kullandığı asansör sisteminde yığılmalar olmuştur. Kirliliği ve temiz tekstillerin taşınması, çöplerin atılması, diğer servis personellerinin ameliyathane asansörü kullanması gibi nedenlerden dolayı hasta transferlerinde gecikmeler olmaktadır.
- Genel yoğun bakım yatak kapasitesi arttırılmak istenmesine rağmen fiziki yapı nedeniyle arttırılmasında sorunlar yaşanmaktadır.

### **3. SONUÇ VE ÖNERİLER**

Sağlık sektöründe her alanda çok hızlı bir değişim olmakta ve bu değişimi tahmin etmek zordur. Hastane mimari yapıları planlanırken hızla gelişen teknoloji, nüfus artışı, kültürel değişimler, hastalık yapısındaki değişiklikler ve afet durumları göz önünde bulundurulmalıdır. Türkiye’de birçok hastanede kuruluşundan sonraki süreçte yapısal olarak değişiklik yapılmıştır. Bu değişikliğe imkan vermeyen yapılar birçok yönüyle sağlık hizmetinin aksamasına neden olmuştur. Ameliyathane ve yoğun bakımlar fiziki büyümeye engel olmayacak şekilde uzman kişiler tarafından planlanmalıdır. Bu planlama, alanında uzman kişilerce ve kullanıcıların görüşleri alınarak yapılırsa daha az yapısal değişikliğe ve sorunlara neden olur.

## KAYNAKLAR

Bilge, M. (2008). (Ed.) Hastanelerde Hijyen ve Klima Tesisatı. İSKİD-İklimlendirme Soğutma Klima İmalatçıları Derneği Yayını. İstanbul. s.29-30.

Oğuzalp, E.H., Genç, U.A. (2011). Ameliyathanelerin Steril Yapılanmasında Mimari Detaylar ve Bir Şartname Altyapı Çalışması. S.Ü. Müh.-Mim. Fak. Dergisi. s.10.

Şardan, Y.Ç. (2005). Ameliyathanelerin Yapısı Nasıl Olmalı. 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi. Ankara. s.5.

T.C.MEB. (2016). Ameliyathane Reanimasyon ve Yoğun Bakım Üniteleri. Ankara. s.2.

T.C.MEB. (2012). Biyomedikal Cihaz teknolojileri. Ameliyathane ve Yoğun Bakım. Ankara. s.16.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2016). Sağlıkta Kalite Standartları Hastane. Versiyon-5;Revizyon-01. 2. Baskı: Ankara.

Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. (2009). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara. s.131-132.

# 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Ambulans Hizmetlerine Başvuran Olgular Üzerinden Değerlendirilmesi: Gümüşhane İli Örneği

Kadir ÇAVUŞ<sup>1</sup>  
Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ<sup>2</sup>  
Öğr. Gör. Melikşah TURAN<sup>3</sup>

## ÖZET

**Çalışmanın Problemi:** Ambulans aracılığıyla hastaneye sevki sağlanan hastalar için ambulansın hastaya varış süresi ve hastayı olay mahallinden aldıktan sonra hastaneye varış zamanı, durumu ciddi olan hastaların hayatı tehlikesi açısından önemlidir. Vatandaşın sağlığına yönelik ehemmiyet arz eden bir organizasyonun önemi de hayli büyüktür. Bu yüzden Acil Sağlık Hizmetleri ve Acil Sağlık hizmetleri üzerine yapılan araştırmalar önem teşkil etmektedir. **Çalışmanın Amacı:** Çalışmamızda Gümüşhane ilinde 112acil sağlık hizmetlerinin ambulans hizmetlerine başvuran olgular üzerinden değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Metod:** Çalışmamızı gerçekleştirebilmek için Gümüşhane iline 112 Acil Ambulans Servisine 01.01.2016 ile 31.12.2016 tarihleri arasında başvurmuş olan 12.207 vaka üzerinden analiz yapılmıştır. Veriler Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı İl Ambulans Servisi Başhekimliğinden Acil Sağlık Otomasyon sistemi üzerinden Microsoft Excel programı ile alınmıştır. Verilerin istatistiksel analizi SPSS paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

**Bulgular ve Sonuç:** Çalışmamızda 2016 yılında Gümüşhane 112 İl Ambulans Servisine başvuran vakaların %50,8'i kadın %49,2'si erkek olarak belirlenmiştir. Vakaların genel olarak stabilitesinin yüksek olduğu saptanmıştır; Bilinç, pupiller, solunum, cilt gibi muayene kıstaslarının, hepsinde normallik düzeyi %97 olarak belirlenmiştir En çok vaka çıkışının 65+ yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Vakaların çağrı nedenleri olarak dağılımlarında %77,8 ile medikal olgular ilk sırayı almıştır. Vakaların sonuçlandırmaları olarak ise %71,6'sı hastaneye nakil olarak sonuçlandırılmıştır. Vakaların gece-gündüz dağılımlarında ise gündüz gerçekleşen travmatik vakalarda geceye göre daha yüksek bir oran olduğu medikal olgularda ise geceye göre daha düşük bir oran olduğu saptanmıştır. Vakaların nakli gerçekleşenler üzerinden yapmış olduğumuz değerlendirmelere göre en yoğun naklin %34,67 ile Gümüşhane Devlet Hastanesine gerçekleştirildiği tespit edilmiştir. Çalışmamızda hem yaş grubu bazında hem de genel anlamda elde etmiş olduğumuz veriler de gereklilik arz eden vakalar açısından en büyük yoğunluğun travmatik ve kardiyak olgular da olduğu saptanmıştır. Bu sebepten ötürü hayatı tehdit eden olgularla başa çıkabilirliği ve hastalar açısından geri döndürülebilirlik oranını artırmak için özel olarak travma ve kardiyak ambulanslar geliştirilebilir. Bu organizasyonlarda görev alacak kişilerin yetki görev tanımı ve unvanları ise yeniden düzenlenmeli ve şekillenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Acil Sağlık Hizmetleri, Acil Tıp Modelleri, Ambulans, 112

**Sunum Dili:** Türkçe

<sup>1</sup> Afet yöneticisi, Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğü/Gümüşhane 112/Gümüşhane/Türkiye

<sup>2</sup> Gümüşhane Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi /Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü /Gümüşhane/Türkiye/drsaime@hotmail.com

<sup>3</sup> Gümüşhane Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi /Acil Yardım ve Afet Yönetimi Bölümü /Gümüşhane/Türkiye

# Evaluation Of 112 Emergency Health Services Based On The Cases Applied To Ambulance Services: Gümüşhane Province Sample

Kadir ÇAVUŞ<sup>1</sup>

Assoc. Prof. Dr. Saime ŞAHİNÖZ<sup>2</sup>  
Lecturer Melikşah TURAN<sup>3</sup>

## ABSTRACT

**Problem of the Study:** The time of arrival of the ambulance to the patient and the time of arrival to the hospital after receiving the patient from the scene is important for the life of the severely ill patients for the patients who are admitted to the hospital by ambulance. The importance of an organization that is important to the health of the citizen is also quite large. Therefore, Emergency Health Services and researches on Emergency Health Services are important.

**Aim of the Study:** In our study, it was aimed to evaluate 112 emergency health services in Gümüşhane province based on the cases applied to ambulance services.

**Method:** In order to be able to perform our work, we analyzed 12,207 cases applied to the 112 Emergency Ambulance Service of Gümüşhane between 01.01.2016 and 31.12.2016. The data was obtained from the Head of the Provincial Ambulance Service Headquarters of Gümüşhane Provincial Health Directorate via the Emergency Health Automation System via Microsoft Excel program. Statistical analysis of the data was performed using the SPSS package program.

**Results and Conclusion:** In our study, 50.8% of the cases that applied to Gümüşhane 112 Provincial Ambulance Service in 2016 were identified as males and 49.2% of females. The overall stability of the cases was found to be high; The normality level was determined as 97% in all of the examination criteria such as consciousness, pupil, respiration, skin. It was determined that the most cases were 65+ age group. Medical cases with a frequency of 77.8% in the distribution of causes as the reasons for calling received the first order. As the conclusions of the cases, 71.6% were concluded to transfer to the hospital. Day-night distributions of the cases were found that to be higher in the traumatic cases during the day than in the nighttime, but lower in the medical cases than in the nights. According to the evaluations of the cases carried out by the transferees, it was determined that the most intensive transferee was carried out to Gümüşhane State Hospital with 34,67%. In our study, we have obtained both the age group and the general meaning, but it is also found that the greatest intensity is traumatic and cardiac events in terms of necessity cases. For this reason, trauma and cardiac ambulances can be developed specifically to increase the reversibility with respect to life-threatening events and patients. The authority duties and titles of the persons to be employed in these organizations shall be rearranged and shaped.

**Key words:** Emergency Health Services, Emergency Medicine Models, Ambulance, 112

**Presentation Language:** Turkish

---

<sup>1</sup> Disaster manager, Gümüşhane Provincial Health Directorate, Gümüşhane 112/Gümüşhane/Turkey

<sup>2</sup> Gümüşhane University/ Faculty of Health Sciences/Department of Emergency and Disaster Management/Turkey/drsaime@hotmail.com

<sup>3</sup> Gümüşhane University/ Faculty of Health Sciences/Department of Emergency and Disaster Management/Turkey



## GİRİŞ

Ülkemiz deprem, sel, çığ felaketleri, yangınlar gibi beklenmeyen olay çeşitliliği fazla olan her an, her yerde, her türde ve her boyutta olayın meydana gelebilme olasılığının bulunduğu bir coğrafya üzerinde bulunmaktadır. Buna ek olarak her türlü hastalık, yaralanma, trafik kazaları gibi olaylarında sıkça yaşandığı ve hayati devamlılığın sürdürülmesi açısından etkin ve hızlı bir müdahalenin esas olduğu olaylarda sıkça yaşanmaktadır. Bu meydana gelebilme olasılığı olan olayların en az zararlarla atlatılması açısından ambulans organizasyonları çok büyük bir önem taşımaktadır (1-4).

Ambulans aracılığıyla hastaneye sevki sağlanan hastalar için ambulansın hastaya varış süresi ve hastayı olay mahallinden aldıktan sonra hastaneye varış zamanı, durumu ciddi olan hastaların hayati tehlikesi açısından önemlidir. Vatandaşın sağlığına yönelik ehemmiyet arz eden bir organizasyonun önemi de hayli büyüktür. Bu yüzden Acil Sağlık Hizmetleri ve Acil Sağlık hizmetleri üzerine yapılan araştırmalar önem teşkil etmektedir.

Çalışmamızda Gümüşhane ilinde 112 acil sağlık hizmetlerinin ambulans hizmetlerine başvuran olgular üzerinden değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## MATERYAL VE METOD

Çalışmamızı gerçekleştirebilmek için Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır. Gümüşhane iline 112 Acil Ambulans Servisine 01.01.2016 ile 31.12.2016 tarihleri arasında başvurmuş olan 12.207 vaka üzerinden analiz yapılmıştır. Veriler Gümüşhane İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı İl Ambulans Servisi Başhekimliğinden Acil Sağlık Otomasyon sistemi üzerinden Microsoft Excel programı ile alınmıştır. Verilerin istatistiksel analizi SPSS paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

## BULGULAR

Çalışmamızda 2016 yılında Gümüşhane 112 İl Ambulans Servisine başvuran vakaların %50,8'i kadın %49,2'si erkek olarak belirlenmiştir. Vakaların genel olarak stabilitesinin yüksek olduğu saptanmış; Bilinç, pupiller, solunum, cilt gibi muayene kıstaslarının, hepsinde normallik düzeyi %97 olarak belirlenmiştir.

En çok vaka çıkışının %29,03 lük bir oran ile 65+ yaş grubunda olduğu saptanmıştır. %20,86 lık bir oran ile bunu 18-29 yaş grubu takip etmektedir. Bu yaş grubun da görülen vaka oranındaki yükseklik dikkat çekicidir. Bunları sırasıyla; %19,98 lik bir yüzde ile 41-65 yaş grubu, %8,59'luk bir yüzde ile 30-40 yaş gurubu, % 8,31 lik bir oran ile 9-17 yaş grubu, %2,62 ile 1-8 yaş grubu ve 0,60 lık bir oran ile 0 yaş grubu takip etmektedir.

Tablo 1'de görüldüğü gibi vakaların çağrı nedenleri olarak dağılımlarında %77,8 ile medikal olgular ilk sırayı almıştır.

*Tablo 1. Gümüşhane İli 2016 Yılında Çıkmış Olan Vakaların Çağrı Nedenlerine Göre Dağılımı*

Vakaların Çağrı Nedenleri	Sayı	%
Medikal	9500	77,8
Sağlık tedbiri	1028	8,4
Trafik kazası	802	6,6
Diğer kaza	556	4,6
Protokol	195	1,6
Kesici-delici	51	0,4
Tıbbi tetkik için nakil	114	0,9
Yangın	32	0,3
İntihar	23	0,2
İş kazası	20	0,2
<b>Toplam</b>	<b>12207</b>	<b>100,0</b>

Vakaların sonuçlandırmalarının ise Tablo 2'de görüldüğü gibi %71,6'sı hastaneye nakil olarak sonuçlandırılmıştır.

*Tablo 2. Gümüşhane İli 2016 Yılında Çıkmış Vakaların Sonuçlarına Göre Dağılımları*

<i>Vakaların sonuçları</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>
Hastaneye nakil	8740	71,6
Olay yerinde bekleme	1055	8,6
Nakil reddi	966	7,9
Eve nakil	585	4,8
Yerinde müdahale	509	4,2
Başka araçla nakil	143	1,2
Tıbbi tetkik için nakil	114	0,9
Ex yerinde bırakıldı	27	0,2
Diğer ulaşılan	25	0,2
Yaralanan yok	22	0,2
Ex morga nakil	21	0,2
<b>Toplam</b>	<b>12207</b>	<b>100,0</b>

Vakaların gece-gündüz dağılımlarında ise gündüz gerçekleşen travmatik vakalarda geceye göre daha yüksek bir oran olduğu medikal olgularda ise geceye göre daha düşük bir oran olduğu saptanmıştır. Vakaların nakli gerçekleşenler üzerinden yapmış olduğumuz değerlendirmelere göre en yoğun naklin %34,67 ile Gümüşhane Devlet Hastanesine gerçekleştirildiği tespit edilmiştir.

## **TARTIŞMA**

Bizim hastaneler arası nakilleri çıkararak yapmış olduğumuz çalışmada hastaneye nakil oranının %71,6 olduğu, %8,6 ile ikinci sırada olay yerinde bekleme olduğu, üçüncü sırada ise %7,9 ile nakil reddi bulunduğu saptanmıştır. Zenginol ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmaya göre vakaların %62,5'i hastaneye nakil olarak, %13,5'i yerinde müdahale olarak, %9,5'i ise hastaneler arası nakil olarak sonuçlanmıştır. Mustafa Tözün ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmaya göre vakaların %61,3 ünün hastaneye nakil olarak, %17,4 ünün olay yerinde müdahale, %13,2 sinin hastaneler arası nakil olarak sonuçlandığı görülmektedir. Sonuç kıyaslaması yaptığımızda Gümüşhane ilindeki hastaların hastaneye nakil olarak sonuçlandırılmasındaki çoğunluk diğer iller ile paralellik göstermektedir. Fakat ikinci sırada diğer çalışmalardan farklı olarak yer alan olay yerinde bekleme görevi dikkat çekmektedir. Bu oran Gümüşhane ilinde Acil Yardım Ambulanslarının protokol, sağlık tedbiri gibi görevlere fazla miktarda çıkış yaptığını göstermektedir. Öte yandan genel mahiyette hastaneye nakil oranının bu derece yüksek olup Dünya Sağlık Örgütünün Kritik kod listesine göre gereksizlik oranının da aynı şekilde yüksek oluşu, karşımıza ambulans istismar olgusunu çıkartmıştır. Bu konuda halk tabanlı eğitim, bürokratik engellerin kaldırılması ve personele yetki verilmesi bağlamında geniş çaplı önlem faaliyetleri yürütülmelidir (5, 6).

Vakalarla ilgili olarak Çağrı nedenleri üzerinden bir değerlendirme yapacak olursak Mustafa Tözün ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmaya göre Medikal Çağrı neden %72,6 olarak saptanmış, Trafik kazası %13,4 olarak saptanmış, intihar olguları ise %1,7 olarak saptanmıştır. Banu Yılmaz ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmaya göre 112 tarafından acil servise getirilmiş olan vakaların %45,3'ü medikal nedenli olarak transport edilirken, travmatik olgulardaki oran ise %23,8 olarak saptanmıştır.

Zenginol ve arkadaşlarının 2011 yılında Gaziantep ilinde 112 vakaları üzerinden yapmış oldukları bir araştırmaya göre ilk sırada medikal olgular %54,6'lık bir oran ile yerini almış, bunu %16,3 ile trafik kazaları izlemiştir. Sema Ayten' in Denizli ilinde 112 Acil Sağlık Hizmetleri üzerine yapmış olduğu araştırmaya göre Çağrı nedenlerinin %51,5 medikal kökenli, %22,7'si travma, %25,7'si ise diğerdir. Bizim yapmış olduğumuz çalışma da bu oran %77,8

medikal kökenli, %8,4 sağlık tedbirleri, %6,6 trafik kazası, %4,6 diğer kaza olarak kendini göstermektedir. Çalışmamızı çağrı nedenleri açısından karşılaştıracak olursak ilk sırayı medikal olguların alması uyum içinde olduğunun göstergesidir. Fakat diğer bulgulara göre daha yüksek bir orana sahiptir. İkinci yoğunlukta ise karşımıza olay yerinde bekleme olarak karşımıza çıkan olgular bulunmaktadır. Burada ki uyumsuzlukta yine dikkat çekici bir seviyededir (5-8).

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

İlimiz 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin genel mahiyette değerlendirmesinde diğer illerin 112 acil sağlık hizmetleri üzerine yapılmış çalışmalar ile uyum içerisinde olduğu görülmektedir. Çalışmamızda hem yaş grubu bazında hem de genel anlamda elde etmiş olduğumuz veriler de gereklilik arz eden vakalar açısından en büyük yoğunluğun travmatik ve kardiak olgular da olduğu saptanmıştır. Bu sebepten ötürü hayatı tehdit eden olgularla başa çıkabilirliği ve hastalar açısından geri döndürülebilirlik oranını artırmak için özel olarak travma ve kardiak ambulanslar geliştirilebilir. Bu organizasyonlarda görev alacak kişilerin yetki görev tanımı ve unvanları ise yeniden düzenlenmeli ve şekillenmelidir.

## **KAYNAKLAR**

1. 112 Acil Çalışma Merkezleri Kuruluş, Görev ve Çalışma Yönetmeliği  
T.C Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
212-5.
2. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği-2004 T.C Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
3. Aksoy, F.&Ergun, A. (2002). Acil Sağlık Hizmetlerinde Ambulansın Yeri. Ulusal Travma Dergisi, 8, 160-163.
4. Ambulanslar Ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği 2012-T.C Sağlık Bakanlığı
5. Zenginol M, Al B, Gen S, Deveci İ, Yarbil P, Yılmaz D, Ve Ark. Gaziantep İli 112 Acil Ambulanslarının 3 Yıllık Çalışma Sonuçları. JAEM 2011; 10: 27-32.
6. Tözün, M. Ünsal, A.& Arberk, K. (2012). Eskişehir İlinin 2008 Yılı 112 Acil Yardım Ve Kurtarma İstasyonlarına Yapılan Çağrılarının İncelenmesi. Düzce Medical Journal, 14(3).
7. Yılmaz, B. K.Çevik, E. Doğan, H. Mehmet, S. A. M.& Kutur, A. (2014). Metropolde 112 Acil Sağlık Hizmeti. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 77(3), 37-40.
8. Ayten, S. (2015). Denizli İlinde 112 Komuta Merkezine Yapılan Aramalar Ve Acil Ambulans Hizmetlerinin Kullanımının Değerlendirilmesi (Doctoral Dissertation, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi).

# Uludağ Üniversitesi Hastanesi Ve Bursa Devlet Hastaneleri Personelinin Tıbbi Atık Konusunda Bilgi Düzeyi

Nurgül Çetin<sup>1</sup>

Yrd.Doç.Dr. Erdinç Ünal<sup>2</sup>

Öğ.Gör. Aysun Danayiyen<sup>3</sup>

## Özet

Atığın ayrıştırılması, atığın oluştuğu anda ve yerde yapılan bir işlemdir. Bunun için; hastanelerde atık yönetimi ekibi oluşturulur, görev ve yetkileri belirlenir, bilgi ve davranış eğitimleri verilir, kurum potansiyeli ve genel olarak personelin atıklarının azaltılması ve ayrıştırılması konusunda rol almaları ve gereken diğer aktivitelerin belirlenmesi sağlanır. Bu açıdan personelin bu konudaki bilgi düzeyi ve tutumları çok önemlidir. Araştırma kapsamında Uludağ Üniversitesi Hastanesi ve Bursa Devlet Hastanelerinde çalışan sağlık personelinin bilgi düzeyleri karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmalar için non-parametrik testlerden Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.

Katılımcıların çoğunluğu (%92,6) tıbbi atık eğitimi almış olmasına rağmen kadınların bilgi düzeyi erkeklere göre daha yüksektir (p <0,05). Yüksek lisans seviyesinde eğitime sahip çalışanlar diğer çalışanlara göre "Tıbbi atık poşetinin el altında olmaması" konusunda daha fazla sorun yaşamaktadır. Yüksek Lisans seviyesi genellikle hekimlerden oluştuğundan bu grubun tıbbi atık poşeti yeri ve ya nasıl ulaşılacağı konusunda bilgilendirmesi önerilmektedir. Sorunların denetleme eksikliğinden kaynaklandığını söyleyenler arasında istatistiksel açıdan çalışılan hastaneye göre farklılık vardır (p<0,05). Tıbbi atık kosunun benimsendiğinin yönetimde sürekli vurgulanması, doğru uygulamaların hayata geçirilmesi açısından önemle üstünde durulması gereken konulardandır.

**Anahtar Kelimeler:** Tıbbi Atık, Tıbbi Atık Bilgi Düzeyi, Tıbbi Atık Yönetimi

## PERSONNEL'S KNOWLEDGE ABOUT MEDICAL WASTE IN ULUDAĞ UNIVERSITY HOSPITAL AND BURSA STATE HOSPITALS

Disassembling the waste is a process that occurs at the place where the waste is generated. To make this happen, duties and authorities are set, information and behavior trainings are given, and all other activities are identified in terms of institutional potential and general staff's waste reduction and decomposition in hospitals. In this respect, it is necessary to determine the level of knowledge about medical waste to take necessary prevention.

In this study, it was aimed to determine the factors that can affect the knowledge level of health personnel working in Uludağ University Hospital and Bursa State Hospitals. The collected data were transferred to the SPSS 17.0 program for analysis. Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis H test were used for the nonparametric tests.

While 92,6 % of the participants receive medical waste training, the level of knowledge about medical waste according to sex is statistically different (p <0,05). Employees with postgraduate level education have more problems than other employees in regards to "not having medical waste bags in hand". Since the Master's level is usually composed of physicians, it is recommended that this group be informed about the location of the medical waste bag and how to access it. There is a statistically significant difference between those who say that the problems arise from the lack of supervision (p <0,05). The management of hospitals must emphasize that the management of medical waste is a subject of major concern for any regulatory agency all the time.

**Key Words:** Medical Waste, Medical Waste Knowledge Level, Medical Waste Management

## 1. GİRİŞ

Çevre kirliliği açısından en önemli sorunlardan birisi hiç şüphesiz ki katı atıklardır. Katı atıklar oluştuğu yerlere ve kökenlerine göre birçok çeşide ayrılabilir hastanelerde üretilen atıklar 'Hastane Atığı' veya 'Tıbbi Atık' olarak adlandırılmaktadır (Uzunoglu, 2007). Hastane atıklarının hepsi tehlikeli değildir. Sağlık kuruluşlarında üretilen atıkların %75-80'i evsel niteliktedir. Geri kalan kısım enfeksiyöz atıklar, kesici-delici özellikteki atıklar, kimyasal veya farmasötik atıklar ve radyoaktif atıklardan oluşmaktadır (Günaydın, 2001).

Atık kaynaklarının tespit edilip izlenmesi, tekrar kullanılabilir olanakların ayrılması ve geri dönüştürme işlemlerinin yanında en düşük maliyete muamele edilmesi ve bertaraf edilme yöntemlerinin tespit edilmesi amacıyla ulusal, bölgesel ve lokal düzeyde atık yönetimi planları yapılmalıdır. Tıbbi atıkların yönetimi, 22.7.2005 tarih ve 25883 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 'Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği'ne göre uygulanmaktadır. Bu plan çerçevesinde atıklarının uygun şekilde yönetimi için bir ekip oluşturulmalı ve bu ekipte; hastane başhekimisi (ekip başı olarak), anabilim dalı başkanları, enfeksiyon kontrol görevlisi, şef eczacı, radyasyon sorumlusu,

<sup>1</sup> Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

<sup>2</sup> Okan Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü e mail: erdinc.unal@okan.edu.tr

<sup>3</sup> Okan Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü e mail: aysun.danayiyen@okan.edu.tr

başhemşire, hastane müdürü, hastane teknik servis müdürü, döner sermaye müdürü ve atık yönetimi görevlisi yer almalıdır. Hastanelerde atık yönetimi ekibinin; sorumluluk bilinci içinde planlı hareket etmesi, atık personelini bilgi ve davranış bakımından eğitmesi, atık taşımaya uygun araçların teminini sağlaması, atıklar için hastane içi ve dışında uygun bertaraf yöntemlerini tespit etmesi, değerlendirmesi ve uygulaması gerekir. Tıbbi atıkların yaratacağı riskler göz önüne alındığında bertaraf işlemi sırasında kullanılacak poşet, personel personelin güvenlik ekipmanları ve taşıma aracı gibi birçok unsur hayati önem taşımaktadır.

Bu çalışma, Bursa’da çalışan sağlık personelinin tıbbi atık konusunda bilgi düzeyini ortaya çıkarmak, bilgi düzeyine etki edebilecek faktörleri saptamak amacıyla yapılmıştır. Tıbbi atıkların atılması konusunda yaşanan sorunların ve tıbbi atık konusunda bilgi düzeyinin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, görev yeri, hastanede çalışılan süre ve toplam çalışma süresine göre farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma tanımlayıcı bir saha çalışması olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Devlet Hastanesi, Türkan Akyol Göğüs Hastalıkları Devlet Hastanesi ve Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışmakta olan, 3485 personel oluşturmuştur. Her bir personel birimi için ağırlıklı ortalama alınarak tabakalı örnekleme yöntemi ile toplamda 462 sağlık personeline anket uygulanmıştır. Uygulanan anket Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde tıbbi atık konusunda personelin bilgi düzeyini ölçmek için kullanılmış (Hasçuhadar ve ark., 2007) bu sebeple geçerlilik ve güvenilirliği olduğu kabul edilmiştir. Anketteki sorular tıbbi atıkların tanımı, toplanması, ayrıştırılması, bu konularda karşılaşılan sorunlar ile birlikte yaş, cinsiyet, meslek gibi demografik özellikler içermektedir.

Anketle toplanan veriler, analiz için SPSS 17.0 programına aktarılmıştır. Sorulara çalışmaya katılan personelin verdiği her bir doğru cevap için 1 puan, yanlış her cevap için de 0 puan verilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde; frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, yüzde gibi betimsel istatistiklerden faydalanılmıştır. Karşılaştırmalar için non-parametrik testlerden Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.

## 3. BULGULAR

Katılımcıların demografik verileri ve tıbbi atık bilgi düzeyleri analizi Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların demografik verileri ve tıbbi atık bilgi düzeyleri analizi

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)	Doğru Yanıt Verenlerin %'si	Ort. ± S.S.	Medyan	U	P
Kadın	313	67,7	81,8	29,4 ± 5,06	31,0	18372,0	0,000*
Erkek	149	32,3	77,2	27,8 ± 6,11	29,0		
<b>Eğitim Durumu</b>						<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
İlkokul	36	7,8	70,1	25,2 ± 7,79	28,0	32,163	0,000
Ortaokul	23	5	75,8	27,3 ± 6,49	29,0		
Lise	74	16	81	29,1 ± 5,39	30,0		
Üniversite	291	63	82,2	29,6 ± 4,79	31,0		

Lisansüstü	38	8,2	76,8	27,7 ± 5,71	29,0		
<b>Yaş</b>						<b>X2</b>	<b>P</b>
20-25	42	9,1	79,4	28,6 ± 5,90	30,0	8,363	0,039
26-30	121	26,2	80,1	28,8 ± 4,81	30,0		
31-35	145	31,4	81,6	29,4 ± 5,94	31,0		
36 +	154	33,3	79,5	28,6 ± 5,40	30,0		
<b>Görev Yeri</b>						<b>U</b>	<b>P</b>
Devlet Hastanesi	241	52,2	80,6	29,0 ± 4,1	30,0	24684,5	0,172
Üniversite Hastanesi	221	47,8	80	28,8 ± 6,4	30,0		
<b>Çalışılan Hastane</b>						<b>X2</b>	<b>P</b>
Uludağ Üniversitesi	221	47,8	80,6	29,0 ± 4,11	30,0	7,208	0,066
Türkan Akyol Göğüs	100	21,6	77,2	27,8 ± 8,76	31,0		
Yüksek İhtisas	71	15,4	83	29,9 ± 5,19	30,5		
Dörtçelik Çocuk Hastahkları	70	15,2	78,5	28,2 ± 5,20	30,0		

Katılımcıların %67,2'si (n=313) kadın, %32,3'ü (n=149) ise erkektir. Katılımcıların %63'ü (n=291) lisans, %8,2'si (n=38) ise lisansüstü düzeyinde eğitime sahiptir. Çalışanların %33,3'ü (n=154) 36 yaş ve üzerindedir ve %44,6'sı (n=206) 1-5 yıl arası hastanede çalışmaktadır. En yüksek katılım Uludağ Üniversitesi hastanesinden ve Hemşire-Ebe grubundan gerçekleşmiştir. En az bir kez Tıbbi Atık konusunda eğitim alanların oranı %91,6'dır.

Katılımcıların tıbbi atık eğitim düzeyinin yanı sıra bilgi düzeyleri de sorgulanmıştır. Tıbbi atık bilgisini ölçen sorulara katılımcıların % 82'si doğru cevap vermiştir ve katılımcıların %95,2'si günlük hayatta da tıbbi atıkların uygun şekilde atılmasına dikkat ettiğini söylemiştir. Yapılan analiz sonucunda kadınların bilgi düzeyi erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksektir. Lisans mezunları anlamlı düzeyde daha fazla bilgiye sahiptir. 31 ve üstü yaş grubu daha fazla bilgiye sahiptir. Çalışılan hastaneye göre bilgi düzeyi farklılıkları anlamlı çıkmasa da Yüksek İhtisas ve Üniversite hastanesi çalışanlarının tıbbi atık bilgi düzeyi oranı daha fazladır.

Üzerinde durulan önemli konulardan biri çalışılan kuruma göre yaşanan sorunlarda farklılıkları tespit etmektir. Tablo 2'de atıkların atılması konusunda yaşanan sorunların çalışılan hastaneye göre ki kare testi yapılarak karşılaştırılmıştır.

Tablo 2: Tıbbi atıkların atılması konusunda yaşanan sorunların çalışılan hastaneye göre karşılaştırılması

Tıbbi atıkların atılması konusunda yaşanan sorunlar		Hastane				X2	P
		Uludağ Üniversitesi	Dörtçelik Çocuk	Türkan Akyol Göğüs	Yüksek İhtisas		
Bilgimin eksikliği	n	34	4	6	12	9,948	0,019*
	%	15,4	5,7	6	16,9		
İşlerimin yoğunluğu	n	85	28	24	20	8,618	0,035*
	%	38,5	40	24	28,2		
Konuyu önemli bulmuyorum	n	7	1	4	1	1,620	0,655
	%	3,2	1,4	4	1,4		
Tıbbi atık poşetinin el altında olmaması	n	45	7	24	6	10,790	0,013*
	%	20,4	10	24	8,5		

Konunun üzerinde durulmadığını ve denetlenmediğini düşünüyorum	n	71	16	39	12	11,860	0,008*
	%	32,1	22,9	39	16,9		
Diğer	n	29	8	20	24	18,200	0,000*
	%	13,1	11,4	20	33,8		

Tıbbi atık konusunda yaşanan sorunların tespit etmek için sorulan sorulara katılımcıların %12,1'i bilgisinin eksik olduğunu,%34'ü işlerinin yoğun olduğunu, %2,8'i konuyu önemli bulmadığını, %17,7'si tıbbi atık poşetinin el altında olmadığını, %29,9'u ise konunun üzerinde durulmadığı ve denetlenmediğini belirtmiştir.

“Bilgimin eksikliği” maddesi En fazla Yüksek İhtisas, en az ise Dörtçelik Çocuk Hastanesi tıbbi atıklar konusunda sorun olarak değerlendirmektedir ( $p<0,05$ ). Üniversite hastanesinde çalışanların %15,4'ü, devlet hastanesinde çalışanların ise %9,1'i bilgi eksikliğini tıbbi atıkların atılması konusunda en önemli sorun olarak görmektedir.

Üniversite’de çalışanlar devlette çalışanlara göre daha fazla bilgilerinin eksik olduğunu düşünmektedir. En fazla Dörtçelik Çocuk, en az ise Türkan Akyol Göğüs hastanesinde tıbbi atıklar konusunda sorunların işlerin yoğunluğundan kaynaklandığını söylemiştir. En fazla Türkan Akyol Göğüs, en az ise Dörtçelik Çocuk hastanesi tıbbi atıklar konusunda yaşanan sorunların tıbbi atık poşetinin el altında olmamasından kaynaklandığını söylemiştir ( $p<0,05$ ). Ayrıca bu madde eğitim durumuna göre de anlamlı sonuç vermiş yüksek lisans seviyesinde eğitime sahip çalışanlar diğer çalışanlara göre “Tıbbi atık poşetinin el altında olmaması” konusunda daha fazla sorun yaşadığını bildirmiştir. En fazla Türkan Akyol Göğüs, en az ise Yüksek İhtisas hastanesi tıbbi atıklar konusunda yaşanan sorunların konunun üzerinden durulmadığından, denetlenmediğinden kaynaklandığını söylemiştir ( $p<0,05$ ). En fazla 1-5 yıl arası, en az ise 1 yıldan az çalışanlar bu konunun üzerinde durulmadığını, denetlenmediğini düşünmektedir ( $p<0,05$ ).

Tıbbi atık konusunda bilgi eksikliğinin olduğu alanların tespiti için yapılan analizler sonucu katılımcıların %79,2'si ‘Atığın üretildiği yerde ayrıştırmak suretiyle toplanması’ gerektiğini belirtmiştir. Bu bağlamda katılımcıların %70'i tıbbi atığın kırmızı poşete atılmasının, %77,6'sı evsel atığın siyah poşete atılmasının ve %84'ü çam şişelerin mavi poşete atılmasının uygunluğu ile ilgili sorulara doğru yanıt vermiştir.

#### 4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırmaya katılan sağlık personelden en az bir kez tıbbi atık konusunda eğitim alanların oranı %91,6'dır. Akpolat ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptığı bir çalışmada sağlık personelinin %69,6'sı tıbbi atıklar konusunda eğitim almış olup, alınan eğitimin şekli daha çok hizmet içi eğitim %80,6 şeklindedir. Terzi ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise; araştırmaya katılanların %80,5'inin tıbbi atıklar konusunda eğitim aldıkları bulunmuştur (Terzi ve ark., 2009). Bu sonuçlarla birlikte sağlık çalışanlarına genel olarak konu ile ilgili bilgi verildiği söylenebilir. Eğitim düzeyinin yüksekliğine rağmen bilgi düzeyi biraz düşmektedir. Çünkü bilgi ölçeği sorulara katılımcıların % 82'si doğru cevap vermiştir ve katılımcıların %95,2'si günlük hayatta da tıbbi atıkların uygun şekilde atılmasına dikkat ettiğini söylemiştir. Rahman ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptığı çalışmada sağlık kurumlarından %69,2'sinde genel olarak çöpler ayrı poşetlerde toplandığı, tıbbi atıkları kırmızı poşete toplama oranının yataklı kurumlarda %100 ve yataksız kurumlarda %57,9 olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ise katılımcıların ortalama %79 oranında tıbbi atığın kırmızı poşete atılmasının, evsel atığın

siyah poşete atılmasının ve çam şişelerin mavi poşete atılmasının uygunluğu ile ilgili sorulara doğru yanıt vermişlerdir. Katılımcıların %79,2'si 'Atığın üretildiği yerde ayrıştırmak suretiyle toplanması' gerektiğini belirtmiş ve uygulamada Uludağ Üniversitesi en fazla dikkat eden, Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Devlet Hastanesi en az dikkat eden grup olduğu tespit edilmiştir. Sakarya'da yapılan çalışmada da meslek gruplarına göre hekimlerin tıbbi atık bilgi düzeyi daha düşük olmasına karşılık hemşirelerde daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Akbolat ve ark. 2011). Bu çalışmada da benzer şekilde yüksek lisans seviyesinde eğitime sahip çalışanlar diğer çalışanlara göre "Tıbbi atık poşetinin el altında olmaması" konusunda daha fazla sorun yaşadığını bildirmiştir. Bu kişiler genellikle doktor grubudur ve bilgi eksikliğinden kaynaklı sorun yaşadıklarını göstermektedir. Tüm sağlık ekibinin destek ve katılımı sağlanmalı atıkların üretildiği yerde uygun şekilde ayrıştırılmasına özen gösterilmesi için eğitimlere devam edilmelidir. Hastanede 1-5 yıl süredir çalışan sağlık personeli tıbbi atıkların atılması konusunda yaşanan zorluklarda en fazla konunun üzerinde durulmadığını ve denetlenmediğini belirtmiştir. Bu sebep ile tıbbi atık konusunun yönetimce önemsendiğinin, her zaman gösterilmesi doğru uygulamaların hayata geçirilmesi açısından önemle üstünde durulması gereken konulardandır.



## KAYNAKLAR

- Akpolat M, Işık O, Dede C, Çimen M, “Sağlık Çalışanlarının Tıbbi Atık Konusunda Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi”, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, İstanbul, Temmuz, 2011: 2(3).
- Günaydın M. “Hastane Atıklarının Zararsız Hale Getirilmesi ve Ülkemizdeki Durum”, OMU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Samsun, 2001.
- Çevre ve Orman Bakanlığı.Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Tarihi: 22.07.2005 Resmi Gazete Sayısı: 25883
- Hasçuhadar M, Kaya Z, Şerbetçioğlu S, Arslan T, Altınkaya S. “Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Personelinin Tıbbi Atık Konusunda Bilgi Düzeyi” . Türk Tıp Dergisi, 2007: 1(3); 138-144.
- Rahman S, Açık Y, Gülbayrak C, Erhan D, Nazlıer K, Deveci E. Sağlık Kuruluşlarının Tıbbi Atıkları Toplama, Depolama ve Bertaraf Etme Yöntemleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009; 4(11): 3-14
- Uzunoğlu H. Çevreyi Tehdit Eden Atıklar, AR-GE Bülten, 2007.
- Terzi Ö, Akar S, Sünter AT, Pekşen Y, “Hastane Temizlik Ekipmanları ve meslek İçi Enfeksiyon Riski: Bilgi ve Davranışlar Üzerine Bir Çalışma”, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. Malatya.2009; 1:7-12.

# Toplumsal Cinsiyeti Ana Akımlaştırma: Sağlık Politikalarını Nasıl Toplumsal Cinsiyete Duyarlı Hale Getirebiliriz?

Öğ.Gör. Aysun Danayıyen<sup>1</sup>

Prof.Dr. Mithat Kıyak<sup>2</sup>

## Özet

Türkiye sağlık politikalarının, toplumsal cinsiyeti ana akımlaştırması açısından analizi ve değerlendirmesi, cinsiyet ayrımcılığını görünür kılmaması ve seneler içinde yapılmış iyileştirmeleri göstermesi açısından hem toplum sağlığına hem de toplumsal gelişime katkı sağlayacaktır. Sağlık politikalarının ve strateji belgelerinin ve özellikle bunların uygulayıcısı olarak Sağlık Bakanlığı ve bağlı teşkilatlarının toplumsal cinsiyete duyarlılığı ile ilgili yapılmış analiz çalışmalarına rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı sağlık politikalarını, yapılış ve uygulanış aşamalarında, nasıl ana akımlaştırma açısından toplumsal cinsiyete duyarlı hale getirebiliriz? sorusuna cevap aramak ve bu konuya dikkat çekmektir.

Çalışmada ilk olarak toplumsal cinsiyet eşitliği ile ilgili kavramlar açıklanmış, sağlık politikalarının toplumsal cinsiyete duyarlı hale getirmek için neler yapılması gerektiği üzerinde durulmuş ve Türkiye sağlık politikalarının toplumsal cinsiyet duyarlılığı daha önce yapılmış çalışmalar ışığında söylem, uygulama ve karar verme düzeylerinde analiz edilmek üzere derlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Toplumsal cinsiyet eşitliği, Toplumsal cinsiyeti ana akımlaştırma, Toplumsal cinsiyete duyarlı sağlık politikaları

---

<sup>1</sup> Okan Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü e mail: aysun.danayıyen@okan.edu.tr

<sup>2</sup> Okan Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü e mail: mithat.kiyak@okan.edu.tr

## **Gender Mainstreaming: How Can We Have Incorporating A Gender-Aware Perspective To Health Policy?**

Making gender analysis and assessment of Turkey's health policies will contribute to both community health and social development and showing improvements in the years as making gender discrimination visible. There have been no analysis of if health policies and strategy papers, has a gender-aware perspective, in particular of the ministry of health and its affiliates as an implementer of it in Turkey. The aim of this study is to look for answers and to draw attention to this question as to how we can transform health politics to be sensitive to gender mainstreaming and incorporating a gender-aware perspective.

In this study, firstly the concepts related to gender equality are explained, it was emphasized what should be done to transform health politics to be sensitive to gender, and the gender sensitivity of Turkish health policies was tried to be analyzed at the level of discourse, application and decision making in the light of previous studies.

**Keywords:** Gender equality, Gender mainstreaming, incorporating a gender-aware perspective, Gender sensitive health policies

### **1. Giriş**

Biyolojik olarak kadın cinsine karşılık toplumsal olarak üretilen ‘kadınlık’ cinsiyeti toplumlarda varlığını sürdürmektedir. Kadınlık, en yalın haliyle doğuştan ve doğal değil, sonradan ve yapay olarak oluşturulmuş cinsiyet ayrımının ismidir (Bingöl, 2014; 109). Cinsiyet ayrımcılığı kadın olmayı sağlık açısından dezavantajlı gruplar arasında sayılmak için yeterli bir nedene dönüştürür. Bu önlenemez olduğu için kabul edilemez ve eşitlik sağlanması açısından gerekli tedbirlerin alınmasını gerektirir. Toplumsal cinsiyet eşitliği kavramı, toplumsal cinsiyet hakkaniyeti yerine Birleşmiş Milletler içinde tercih edilen terminolojidir. Cinsiyet eşitliği, bireylerin haklarının, sorumluluklarının ve fırsatlarının erkek ya da baba, kadın ya da anne olup olmamalarına bağlı olmadığı anlamına gelir. Kadına ilişkin sağlık göstergelerinin genel olarak üreme sağlığı ve anne çocuk sağlığı çerçevesinde toplandığı görülmektedir. Bu verilerin kullanılmasıyla birlikte hem kadın hem erkek sağlığını gösteren veri setlerine ve böylece hastalıkların biyolojik etkenlerden veya toplumsal cinsiyetten kaynaklı temel nedenlerine inmeye ihtiyaç vardır. Nedenler toplumsal cinsiyet normları ile ilgili ise politika ve stratejilerin buna göre şekillendirilmesi bu normları dönüştürücü etkiye sahip uygulamaların hayata geçirilmesi gerekir. Birçok devletin benimsediği ana akımlaştırma ilkesi bunu gerektirmektedir.

### **2. Toplumsal Cinsiyet Eşitliğini Ana Akımlaştırma**

Birleşmiş Milletlerin tanımı ile ana akımlaştırma; ‘yasal düzenlemeler, politika ve programları da kapsamak üzere, planlanan herhangi bir hareketin kadınlar ve erkekler açısından doğuracağı sonuçların belirlenmesi ve değerlendirilmesi sürecidir. Kadınların ve erkeklerin sorun ve deneyimlerinin, ekonomik, politik ve sosyal tüm alanlardaki politika ve programların tasarlanması, uygulanması ve izlenmesi aşamalarının bütüncül bir boyutu haline getirilmesini, böylece her iki cinsin eşit fayda sağlamasını ve eşitsizliğin ortadan kaldırılmasını amaçlayan bir stratejidir ‘(UN, 2001). Toplumsal cinsiyeti ana akımlaştırma; politik kararların iki cins üzerinde doğuracağı etkiyi önemseyerek, politik kararların sonuçlarını yapım aşamasında inceleyerek, iki cins arasında eşitsizlik doğurmayacak ya da mevcut toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini giderecek yönde karar alma konusunda çaba sarf edilmesini hedeflemektedir (Doğan, 2012; 10). Toplumsal cinsiyetin ana akımlaştırılması genel olarak 3 seviyede

uygulamaya geçirilir (Çelik, 2013; 155-156; Gedik, 2015;213-214; Moser ve Moser, 2005;13: UN 2001). **1. Söylem seviyesi:** Bu seviyede istenen değişimi yaratmak için toplumsal cinsiyet eşitliğine dair söylemin odak noktasının her iki cins olması gerektiği vurgulanır. Bu anlamda özellikle politik süreçlerde kullanılan dille ilgili farkındalığın artırılması, yazılı metinlerde ayrımcı ifadelerle dikkat edilmesi, hukuk ve mevzuatın bu anlamda gözden geçirilmesi ve hatta medya dilinin gözden geçirilmesi ile örneklenebilir. **2. Politika uygulamaları, kurumsal ve yapısal seviye:** Politika üreten ve uygulayan kurumlar içerisindeki bütün personele toplumsal cinsiyetin ana akımlaştırma sorumluluğunun paylaşılması önerilir. Toplumsal cinsiyet eğitimi gerçekleştirilmesi yani personele toplumsal cinsiyet duyarlılığı kazandırılması ve bu doğrultuda uygulamasının sağlanması ve personel için araçlar ve el kitapları sağlanması, toplumsal cinsiyete duyarlı bütçeleme yapılması, toplumsal cinsiyete duyarlı göstergeler kullanılarak gözetim ve değerlendirme yapılması ile örneklenebilir. **3. Politika üretimi ve yönetim seviyesi:** Toplumsal cinsiyet analizinin cinsiyete göre ayrıştırılmış istatistikler ve veriler kullanılarak, politika döngüsünün bütün aşamaları analiz edilerek politikalara yansıtılması, toplumsal cinsiyet ilişkilerine dair bilgi kaynakları kullanılması, kadınların karar verme süreçlerine katılımının ve güçlenmesinin sağlanması, bürokrasi dışından veya söz konusu politikayı üreten ve uygulayan örgütün dışındaki diğer paydaşlarla işbirliğini içerir.

Tüm bu boyutlarda üzerinde durulan önemli nokta; toplumsal cinsiyet eşitsizliğini basitçe kadınların cinsiyetleri nedeniyle dezavantajlı duruma düşmelerine indirgenmeyerek, kadınların ve erkeklerin farklı konumlarda olmalarının nedenini mevcut toplumsal cinsiyet ilişkilerinde aramak ve bu nedenle bu ilişkilerin ve arkasında yatan asimetrik iktidar ilişkilerinin dönüştürülmesi (dönüşüm) gerektiğinden yola çıkarak politikalar üretilmesi ve uygulanmasıdır (Çelik, 2013;156).

### **3. Türkiye Sağlık Politikalarının, Toplumsal Cinsiyeti Ana Akımlaştırma Açısından Analizi Ve Değerlendirmesi**

. **Söylem düzeyinde** literatürde birçok çalışmanın yapıldığı ve özellikle Kadın ve Aileden Sorumlu Devlet Bakanlığının kaldırılarak yerine Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı kurulmasını eleştiren ve son yıllarda kadına yönelik şiddeti önlemek için çıkarılan yasanın adının ve içeriğinin bile “Ailenin Korunması” kriteri ile biçimlendirildiği, yeni bir anlayış yerleştiğini ve kadının anne ve ailenin bir parçası olarak değerlendirildiği ve toplumda yaygın olan bu toplumsal cinsiyet normlarının korunarak ana akım politikalara toplumsal cinsiyet eşitliğini yerleştirmek ile amaçlanan değiştirici ve dönüştürücü politikaların izlenmediği eleştirileri yapılmaktadır (Kaylı, 2014; Haspolat , 2015; Yurdakul ve ark., 2012). 2000’li yılların başından itibaren Türkiye başta Anayasası olmak üzere tüm mevzuatında, kadın-erkek eşitliğini garanti altına almak ve hiçbir alanda kadına karşı ayrımcılık yapılmamasını sağlamak üzere düzenlemeler yapmıştır. Türkiye’de kadın-erkek eşitliği ilkesi, Anayasanın 2001 yılında yapılan 41 inci maddesi, 2004 yılında yapılan 90. madde, 2004 ve 2010 yıllarında yapılan 10. maddedeki değişikliklerle güçlendirilmiştir. Anayasanın 10. maddesine 2004 yılında yapılan değişiklikle “Kadınlar ve erkekler eşit haklara sahiptir. Devlet bu eşitliğin yaşama geçmesini sağlamakla yükümlüdür” hükmüne, 2010 yılında yapılan değişiklikle “Bu maksatla alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı olarak yorumlanamaz” hükmü eklenmiştir. Bu değişiklik ile Türkiye, Anayasasında bu tür bir hükme yer veren az sayıda ülkeden biri olmuştur (<https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/hakkinda.htm>). Ancak iktidarların yaklaşımları

değişimler gösterebilmektedir. Örneğin Aslantürk'ün (2012) bu alanda yaptığı yüksek lisans tezinde nüfusun düzenlenmesi, iktidarın kendini ifade etme şekli olarak tanımlanmakta, nüfus politikalarının sağlık, özellikle kadın sağlığı ve üreme sağlığı ile arasındaki sıkı ilişki açısından iktidarın toplumsal hayattaki yansımalarına ulaşmak açısından önemli görülmektedir. Araçsallaştırılan nüfus politikaları ile (artış ya da azalış yönünde olması fark etmez) cinsiyet eşitsizlikleri artırılır. Bu sayede kadının hem aile hem piyasada var olan ikincil konumu korunarak neo-liberal sistemin istediği ucuz iş gücü sağlandığı gibi sosyal devletin yapmakla sorumlu olduğu görevleri aileye, aile içinde kadına aktarılmaktadır. **İkinci seviyede politika uygulamalarını yapan kurumlar ve yapısal seviyeleri olarak ele alındığında;** Sağlık politikalarını üreten ve uygulayan kurumların içerisindeki bütün personelin toplumsal cinsiyetin ana akımlaştırma sorumluluğunu alıp almadığının analizi gerekir. Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Strateji planında ‘‘Toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadına yönelik şiddetle mücadele konusunda sağlık personelinin farkındalığını artırmak üzere eğitim ve seminerler düzenlemek’’ ifadesi ile yer alması nedeniyle personel eğitimlerinin yapıldığı varsayılmıştır. Uygulamada ne kadar toplumsal cinsiyete duyarlı davranıldığı ve bu perspektifle karar verildiğini görmek için yapılmış çalışmalara bakmak gerekir. Türkiye’de yapılan çalışmalar genellikle sağlık çalışanlarının feminizasyonu, istihdam ve tabakalaşma analizleri ve toplumsal cinsiyet algıları üzerinedir. Dünya genelinde kadınların erkeklerden %15 daha az maaş aldığı bilinmektedir ve pek çok ülkede ve sağlık sektörü de dahil bir çok sektörde yaşanan ücret eşitsizlikleri bulunmaktadır. Örneğin Litvanya’da kadın sağlık çalışanları % 80 oranında erkek meslektaşlarından daha az maaş alabilmektedirler. Bu durum cinsiyet ayrımcı politikalarına rağmen ülkenin sağlık sisteminin özelleştirilmesi sonrasında ayrımcılığın kontrol edilememesi olarak açıklanmaktadır (Urhan ve Etiler, 2011;204). Tüm doktorların %31’inin kadın olduğu ABD’de, kadın hekimler 58 cent kazanırken erkek meslektaşları 1 dolar kazanmaktadır (Ellen Guy ve Newman, 2004) bu ülkede sağlığın özel sektör tarafından sunulduğu dikkate alındığında dikkat çekicidir. Literatürde ‘‘cam tavan sendromu’’ olarak adlandırılan olgu kadınların deneyim nitelik ve eğitim becerilerinden bağımsız olarak erkeklerin lehine işleyen yükseltme ölçütlerinin varlığına işaret eden bir kavramdır (Akpınar, 2013;488). Sağlık sektöründe kadın yönetici sayısının kadın personel oranının yüksekliği sebebiyle görece çok olduğu söylenebilir ama sektörde cam tavan olgusu olanca ağırlığıyla etkilidir (Urhan ve Etiler 2011; 206). Kadınların istihdama katılamamalarının en önemli sebebi toplumsal cinsiyet normları gereği bakım ve çalışma yaşamını dengeleme sorumluluğunun kadının omuzlarına yüklenmesidir (Ellen Guy ve Newman 2004). Kimi zaman kadınların ihtiyaçlarını görmezden gelerek ayrımcılık yapılabilir. Türkiye’de sosyal devlet kadını bağımsız birey olarak istihdama katmak bakımından tümüyle yetersiz ve hatta duyarsız kalmaktadır, bunu kadınların ihtiyaçları görmezden gelerek yapmaktadır (Dedeoğlu, 2009;48) örnek olarak yaygın ve uygun kreş sisteminin olmayışı verebiliriz. İsveç kadınların en fazla istihdam edildiği ülke olarak GSMH’nın % 2’lik kısmı çocuk bakımına ayırır (Doğan, 2012; 13). Türkiye’de sağlık bakanlığı ve alt kuruluşlarına bağlı hastanelerin ve özel hastanelerin ne kadarının kreş olanağı sağladığı araştırılması gereken konulardan biridir. **Üçüncü seviye ana akımlaştırma çalışmaları politika üretimi ve yönetim seviyesi** olarak kadınların karar verme süreçlerine katılımının ve güçlenmesinin sağlanmasını, bürokrasi dışından veya söz konusu politikayı üreten ve uygulayan örgütün dışındaki diğer örgütlerle beraber çalışılmasını içerir. Tunç ve arkadaşlarının (2015) yaptığı ‘‘Türk Kamu Yönetiminde Personel ve Yönetici Olarak Kadının

Varlığı'' başlıklı çalışmada cinsiyet ayrımlı üst düzey yönetici memur sayıları değerlendirilmiştir. 2014 yılında kamuda % 8 olan kadın üst düzey memur oranı Aile ve Sosyal Politikalar bakanlığında ancak % 24 olabilmiştir (Tunç ve ark., 2015;12). Çalışmada yer alan sayı ve oranlar Türkiye'de ezici bir erkek egemen üst düzey yönetici profilini sergilemektedir. Sağlık Bakanlığı için böyle bir çalışmaya rastlanmamıştır. Benzer şekilde sağlık bakanlığı merkez teşkilat örgüt şeması incelendiğinde bakan dahil 38 yönetim pozisyonunun olduğu görülür Bakan, Bakan yardımcısı, Müsteşar, 5 Müsteşar yardımcısı ve onlara bağlı 30 genel müdür, müdür, koordinasyon birimi, özel kalem gibi toplamda 38 pozisyondan oluşan merkez teşkilatı cinsiyet dağılımı incelendiğinde sadece 1 kadın üst düzey yöneticinin olduğu görülür (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11443/bakanlik-teskilati.html> Erişim: 27.05.2017).

#### 4. Sonuç ve Öneriler

Özellikle Sağlık Bakanlığı ve bağlı teşkilatları özelinde, sağlık politika ve strateji belgelerinin toplumsal cinsiyet açısından analizi ile ilgili yapılmış çalışmalara rastlanmamıştır. Bu tür çalışmalar için stratejilerin toplumsal cinsiyet duyarlılığı ile gözden geçirilmesi gerekir. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı 2013-2017 toplumsal cinsiyeti ana akımlaştırma ilkeleri açısından incelendiğinde, toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadına yönelik şiddetle mücadele kapsamında sağlık hizmetlerini iyileştirmek başlığı altında; Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve diğer kurumlarla işbirliği yapmak, Sağlık kurumlarında kadına yönelik şiddetle mücadele kapsamında danışmanlık, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin yaygınlığını ve kalitesini artırmak hedeflerini içermektedir. Bunun dışında kadın kelimesinin geçtiği yerler; genellikle annelik ile ilgili anne sağlığını korumak için izlemler ve üreme sağlığı ile ilgili tıbbi düşükte psikolojik destek gibi genel ifadeleri içermektedir. Strateji belgesinde, tütün ile mücadeleyi sürdürmek tütün maruziyeti ve bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı azaltmak hedeflerinin yer aldığı bölümde kadın tütün bağımlısı oranları %10.7 olarak verilmiş ve 2017 de %10, 2023 de % 8 düşüleceği hedeflenmiş. Aynı zamanda erkek sağlığına ilişkin tek analizin yapıldığı madde bu madde olmuştur. Sağlık Bakanlığı Strateji belgesinde tütün mücadelesi ile ilgili veriler ve hedefler dışında genel anlamda cinsiyet kör bir bakış açısı olduğu izlenimi edinilmektedir.

Bu açıdan daha kapsamlı analiz ve değerlendirmelerin yapılmasına ihtiyaç vardır. WHO'nun yayınladığı ''Sağlık yöneticileri için toplumsal cinsiyetin ana akımlaştırılması: Bir pratik yaklaşım'' adlı yayının Türkçeye çevrilmesi ve her kademedeki sağlık yöneticilerinin kullanım ve bilgisine sunulması, Türkiye sağlık politikalarının toplumsal cinsiyet duyarlılığını artırılması ve analizi açısından önemli bir çalışma olacaktır. Türkiye'de genel olarak, kadın sağlığını, eğitimini, politik ve ekonomik güçlenmeyi ve şiddeti ele alan politikalar geliştirerek cinsiyet eşitliği konusunda bir taahhüt gösterilmiştir. Bununla birlikte, ulusal yasalar ve politikalar, bilinçlendirme, personel eğitimi, danışmanlık, destek ve izleme için yeterli kaynak ve programlarla bu taahhütler desteklenmelidir.

## Kaynaklar

- Akpınar-Sposito, C. (2013). Career barriers for women executives and the Glass Ceiling Syndrome: the case study comparison between French and Turkish women executives. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 75, 488-497.
- Aslantürk, H. (2012). Türkiye’de biyo-iktidar açısından sağlık hizmetleri ve kadın (Master's thesis, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Bingöl, O. (2014). Toplumsal Cinsiyet Olgusu ve Türkiye'de Kadınlık. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2014(3), 108-114.
- Çelik, Ö., & Ertürk Atabey, S. (2013). Toplumsal Cinsiyetin Ana Akımlaştırılması Ve Toplumsal Cinsiyete Duyarlı Bütçeleme. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 13(4), 151-166
- Dedeoğlu, S. (2009). Eşitlik mi Ayrımcılık mı? Türkiye’de Sosyal Devlet, Cinsiyet Eşitliği Politikaları ve Kadın İstihdamı. *Çalışma ve Toplum*, 2(21), 41-54.
- Doğan A. (2012) Toplumsal Cinsiyete Duyarlı Bütçeleme: Türkiye Değerlendirmesi Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Doktora Tezi
- Ellen Guy, M ve Newman, MA. (2004) “Women’s Jobs, Men’s Jobs: Sex Segregation and Emotional Labor” *Public Administration Review*. 64(3), 289-298.
- Gedik, E. (2015). Toplumsal Cinsiyeti Ana Akımlaştırmanın Türkiye’de Kadın Hareketi Üzerindeki Etkisi Ve Toplumsal Cinsiyet Adaleti Kavramı/Impact Of Gender Mainstreaming On Women's Movement In Turkey And The Concept Of Gender Justice. *Akademik Hassasiyetler*, 2(4) 209-227.
- Haspolat, E. (2015). ‘Kadın, Anne, Yurttaş’ Ana Akım Siyasal Partilerin Seçim Bildirgelerinde Kadın Algısı: 1 Kasım 2015 Genel Seçimleri Örneği. *TOPLUM VE DEMOKRASİ DERGİSİ*, 9(19-20).
- Kaylı, D. S. (2014). Türkiye’de Yazılı Basında Parlemantodaki Siyasal Partilerin Kadın Politikalarının Temsili: 2011 Genel Seçimleri Üzerine Bir İnceleme/The Representation Of Gender Policies Of Political Parties’ın Turkey’s Parliament In The Written Press. *Journal Of Yaşar University*, 9(36).
- United Nations, 2001 Gender Mainstreaming: Strategy For Promoting Gender Equality <http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/factsheet1.pdf>.
- United Nations, 2001, Important Concepts Underlying Gender Mainstreaming (<http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/factsheet2.pdf>).
- Urhan, B., & Etiler, N. (2011). Sağlık sektöründe kadın emeğinin toplumsal cinsiyet açısından analizi. *Çalışma ve Toplum*, 2(29), 191-215.
- Tunç, A., Uslan, Y. U., & Gökçe, A. F. (2015). Türk Kamu Yönetiminde Personel ve Yönetici Olarak “Kadının Varlığı”: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Örneği Türkiye’de Ve Dünyada Kadın Araştırmaları, 7.
- Yurdakul, N. B., Dinçer, M. K., & Bat M. (2012). Sosyal Politika Açısından CHP ile AKP’nin Karşılaştırılması. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*

# HEALTH TOURISM IN TURKEY AND THE WORLD

*Menekşe KILIÇARSLAN\**, *Rana ÖZYURT KAPTANOĞLU*, *\*\*\*Sibel ŞAHİN\*\*\*\** *Metin ATEŞ*

\* Yrd. Doç. Dr. İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

\*\*Yrd. Doç. Dr. Beykoz Üniversitesi Meslek Yüksekokulu, İstanbul

\*\*\* Öğr. Gör. Altınbaş Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İstanbul

\*\*\*\* Prof. Dr . İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

## ABSTRACT

Many factors, such as the increase in elderly population and chronic diseases in developed countries, the development of communication and transportation, and the long wait lists of patients in some countries, lead people to take health care outside their country of origin.

In this study, the factors that trigger health tourism within the scope of health tourism will be mentioned and the classification of health tourism will be mentioned. World health tourism data will be briefly mentioned. Later on, the health tourism situation in Turkey will be examined, along with the health tourism policies, the patients from abroad and the branches they have come from abroad in recent years and also the public sector and the private sector within the health tourism sector have tried to be analyzed over the years.

In summary, an inventory of health tourism in Turkey has been tried to be made. This information has been aimed to create a point of view in the new and developing sector of the research on the world and in Turkey.

**Keywords:** Health ,Health care ,Health tourism , Health tourism in Turkey and the world

## HEALTH TOURISM

People traveled with health goals in BC It is based on 500 years. The first archaeological finds were in BC. in the third quarter of the first millennium, people are traveling with therapeutic intent (Güleç, 2011: 16).

In the tourism field all over the world, health tourism called "alternative tourism" has begun to develop and diversify again. Countries that have a significant share in tourism are trying to diversify and spread tourism products such as golf tourism, short term tourism, cultural tourism, faith tourism, highland tourism and health tourism besides traditional summer tourism (Çelik, 2009: 3).Diğer turizm çeşitlerine göre sağlık turizmi yılın her ayı yapılabilmektedir ve dünyada olduğu gibi ülkemizde de son yıllarda hızla gelişmektedir. Health tourism is important because it directly centers on human health. The search for healing elsewhere by people who do not heal or heal late in life has created a phenomenon called health tourism.

The Ministry of Health defines health tourism as "travel made to get services from any place other than the place of residence (domestic or foreign) for any health reasons" (<http://saglikturizmi.gov.tr>).



## **The Classification of Health Tourism**

There are many sub-topics in health tourism based on branches and treatment methods. Some of them are;

- Medical tourism
- Thermal tourism
- Old and Disabled Tourism
- SPA-Wellness

Medical Tourism; medical equipment and labor force are also called medical tourism as medical tourism. Medical tourism is a concept that refers to people traveling long distances to the region to receive a medical treatment (perhaps as well as a holiday). Medical tourism, which is defined as special medical treatments organized to cover some of the tourism activities of patients who need specialized surgery and other forms of treatment, is at the forefront of health tourism, which is the physician's frontline.

Patients who need practices involving surgery or other medical interventions that require special expertise are cooperating with the tourism industry to provide "cost effective" special medical care. Both the health sector and the tourism sector are involved in this process. Medical tourism is an approach that takes place together with medical treatment and vacation in the overseas countries, which is caused by the development of the medical industry (Özsarı ve Karatana, 2013: 140).

The tourism movement that has come to the forefront for the cure treatments that are made up by various kinds of methods such as thermal tourism, mineralized thermal water bath, drinking, inhalation, mud bath, combined with supportive treatments such as climate cure, physical therapy, rehabilitation, exercise, psychotherapy, (Özsarı and Karatana, 2013: 138-139).

SPA-Wellness is defined as "goodness / health from water". Today, this type of tourism has become the most known type of health tourism. With health and wellness programs, health care for people's treatment has started to be met, such as fighting stress and depression, nutrition counseling, mental health (Aydm, 2012: 95).

When we look at the areas related to elderly and disabled tourists, we are made up of advanced tourism (sightseeing tours, busyness therapies), geriatric care services (care or rehabilitation services), rehabilitation services in clinic guesthouses, special care for the disabled and sightseeing tours. Clinical guesthouses, holiday villages, nursing homes, etc., are served by them. and is made up of trained certified high school graduates.

## **HEALTH TOURISM SITUATION IN THE WORLD**

Since the mid 1990s in the world, health tourism has become an alternative tourism type due to globalisation and competitive environment. Countries like India, Cuba, Costa Rica, Thailand, Singapore, Colombia and Malaysia are the most preferred countries for health tourism. For this reason, the main region of health tourism is Asia (Connell, 2006).

India is one of the leading developing countries in medical tourism around the world. India has rapidly increased the amount of medical tourism investments in the mid-1990s, along with liberalisation policies (Connell, 2006: 1095). India has set a special visa status (M-visa) in order to be able to perform more effectively in medical tourism. Thus, medical tourists' stay and official procedures are separated from other tourists.

One of India's greatest competitive advantages in terms of medical tourism is its ability to provide qualified health care staff with the ability to serve a wide range of international standards. One of the attractiveness of medical tourism is to have good health personnel in the field (Connell, 2006: 1095). Healthcare staff with good language skills and sufficient technical knowledge is a great advantage for medical tourism in India, but India's main competitive advantage is relatively low medical tourism fees (Dinçer et al., 2016: 38).

The main countries attracting tourists in health tourism around the world are; Panama, Brazil, Costa Rica, Hungary, Malaysia, India, Jordan, Thailand, Singapore, South Korea (Barca et al., 2013;

## **HEALTH TOURISM IN TURKEY**

Having an important share in world tourism movements, Turkey is increasing the competition in the tourism sector by increasing alternative tourism varieties. The establishment of a sub-structure which can be regarded as important in the field of health tourism, and the presence of trained personnel as well as thermal resources indicate that Turkey will have an important place in the health tourism sector.

### **History of Health Tourism in Turkey**

- 1990-2000 health tourism began to be spoken.
- 2000-2005 health tourism entered the agenda.
- Medical tourism came to the forefront in the variety of health tourism.
- 2005-2010 NGO, public and private sectors also have a health tourism awareness.
- 2010-2014 took part in the strategic action plan.
- 2010 Ministry of Health Health Tourism Unit was established.
- The first legislative amendment related to 2011 Health Tourism was published.

- Circular (2011/41), Regulations published.
- The Ministry of Health entered the vision of 2023.
- The government took part in the program.
- The World Health Organization pointed to Turkey's health tourism potential.
- It became a Government Policy.

### **Distribution of Health Tourists to Turkey by Country**

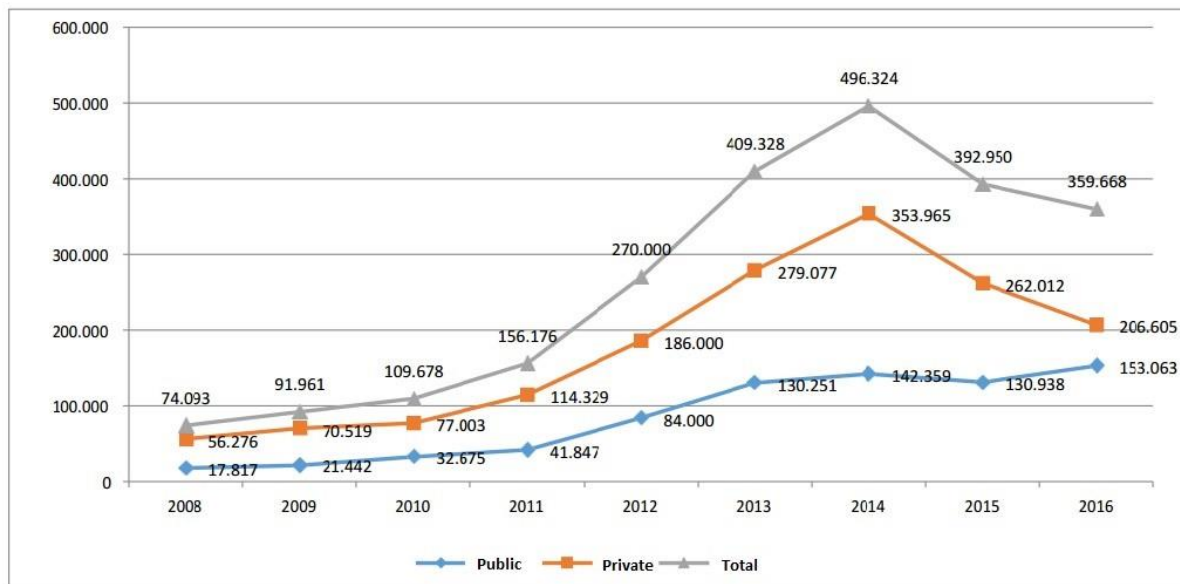
1. Countries with a large population of Turks (Germany, Holland, France etc.) due to various reasons,

2. Developing countries (Balkan Countries, Turkic Republics in Central Asia) suffering from service difficulties due to lack of infrastructure and physicians,

3. The countries where the health services are expensive and the patients who require services not covered by insurance (USA, UK, Germany)

4. Due to the inadequate supply-demand balance, countries with long waiting times (UK, Netherlands and Canada)

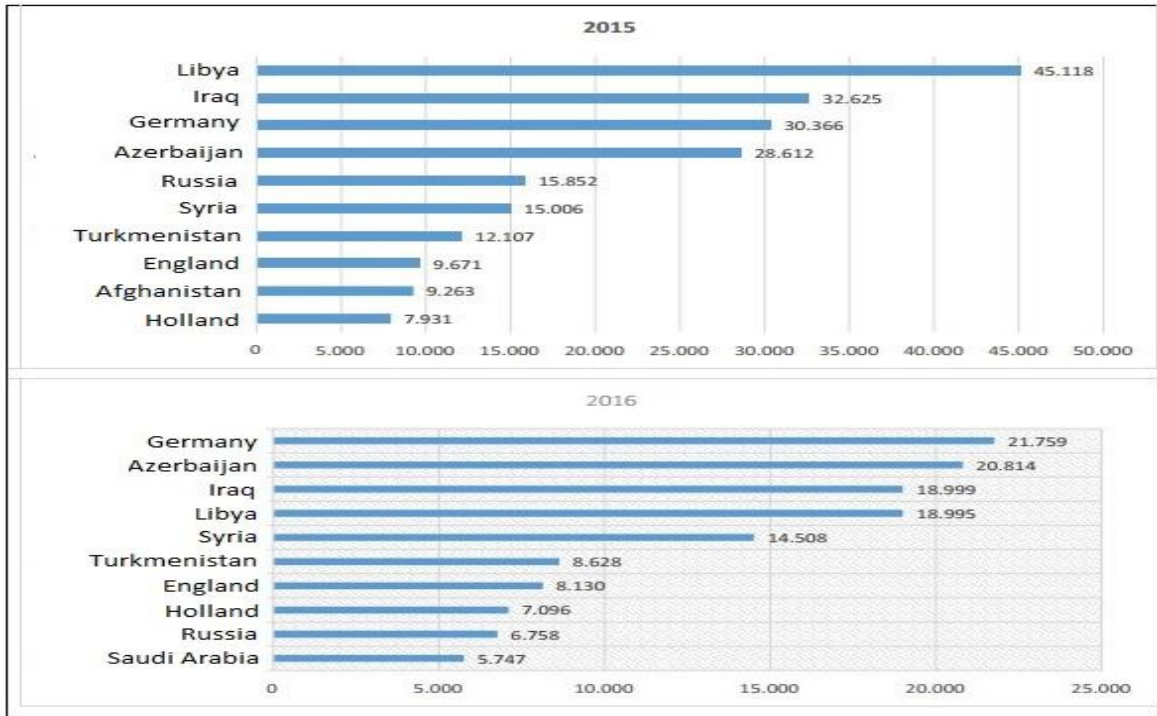
5. Countries sending a certain number of free patients to Turkey in the framework of bilateral agreements (Afghanistan, Yemen Sudan etc.)



**Graph 1: Number of International Patients by Years, 2008-2016**

**Source: Ministry of Health Turkey Medical Tourism Reports 2008-2014**

Looking at the number of international patients according to years, there is a decrease in the number of international patients in 2015 and 2016. For this reason, we can list the incomplete data, local terror events and regional events. There was a total reduction of 8%. In 2015, the number of international patients in public sector health institutions decreased by about 8% compared to the previous year and by about 26% in private health institutions. (Yıldırım et al., 2017, 7)



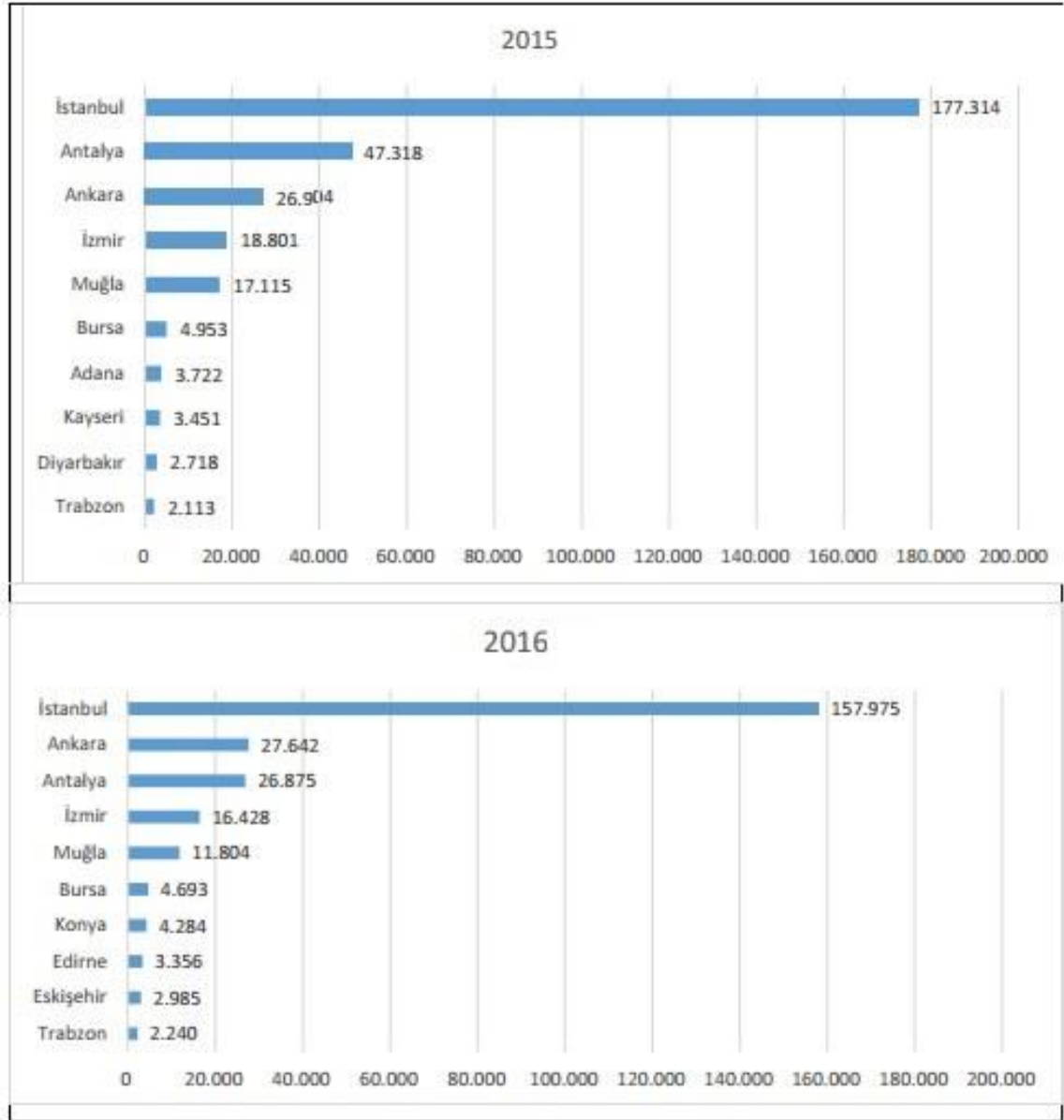
**Graph 2: Top 10 Countries of International Patients**

**Source;** Turkey International Patient Report 2015-2016

Among the first 10 countries in which international patients receiving health services in Turkey in 2015, Libya ranks first with 45.118 patients, and in 2016 it ranked 4th with a decrease rate of approximately 57%. Germany ranked third with 30,366 patients in 2015, followed by Germany in 2016 with 21,759 patients.

When we look at the top 10 countries where international patients are coming, It is seen that the countries with 3,5-4 hour flight distances, neighboring countries, the countries where the Muslim population is dominant, the countries where the expatriate citizens are predominant and the countries that we have welcomed many tourists in general terms (Yıldırım et al., 2017,8).

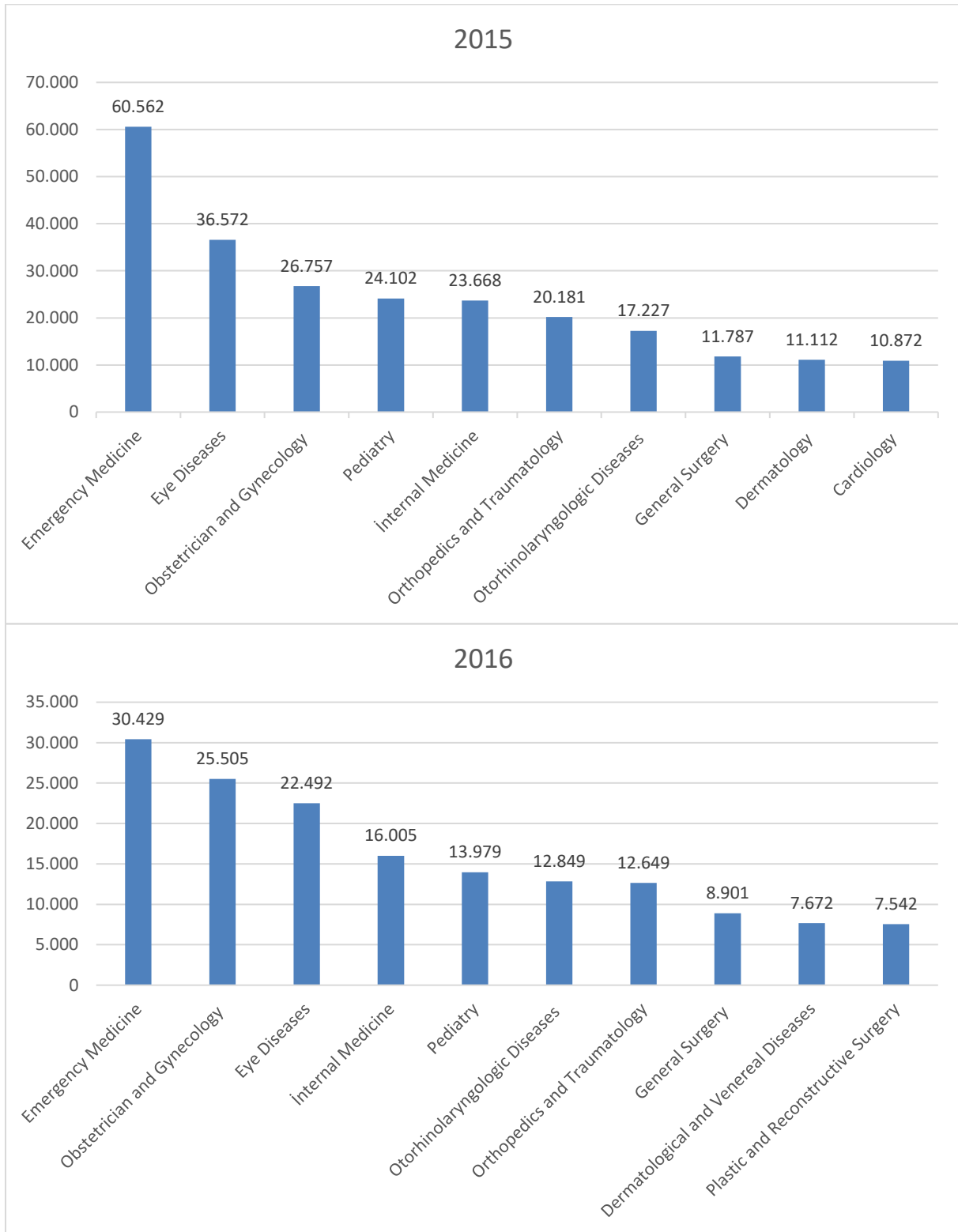
**Grafik 4.** Uluslararası Hastaların Destinasyon Olarak Tercih Ettikleri İlk 10 İl, 2015- 2016



**Kaynak;** Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2015-2016

The first three provinces preferred by international patients in 2015 and 2016 are Istanbul, Ankara and Antalya. Among the top 10 provinces are Mugla, Bursa, Adana, Kayseri, Diyarbakir, Trabzon, Konya and Eskişehir. Looking at the provincial destinations in these top 10 for two years, they are attractive cities in terms of general tourism, they are brand cities and they have common features such as having health tourism infrastructures (Yıldırım et al., 2017,11).

**Chart 3. Top 10 Clinics of International Patients, 2015-2016**



**Source; Turkey International Patient Report 2015-2016**

In Graph 3, it is seen that in 2015-2016, 10 branches receiving the highest number of international patients receiving health services in Turkey are seen. According to this, in 2015, most international patients have used emergency medical services within the scope of tourist

health. Emergency medicine services are mostly seen in medical tourism, eye diseases, gynaecological diseases and birth. Emergency medicine services also became the health care branch that international patients most enjoyed in 2016. This indicates the scope of tourist health services. Emergency medicine services are mostly seen in medical tourism, eye diseases, gynaecological diseases and birth (Yıldırım et al., 2017: 20).

## RESULT

The reasons why foreign patients who come to my country within the scope of medical tourism prefer Turkey can be considered as different reasons. However, even if some branches particularly favourable prices, the main reason is the existence of adequate infrastructure facilities and competent medical staff. While it is pointed out that different factors may come out especially in other areas of health tourism, the right "physician" factor is more important in medical tourism.

The quality of the health services offered in health tourism in Turkey is among the reasons that the costs are low compared to other countries, the suitability of climatic conditions, the number of holiday opportunities, short waiting periods, specialist hospitals and adequate technological equipment.

According to the countries, when we look at the distribution of our medical tourism incomes and the number of patients coming in, Western European countries, which constitute a market of 185 million, have a significant market potential for Turkey.

## Kaynakça

- AYDIN, O. (2012). Türkiye'de Alternatif Bir Turizm; Sağlık Turizmi. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2012(2), 91-96.
- BARCA, M., Akdeve, E., & Gedik B. (2013) , 'Türkiye Sağlık Turizm Sektörünün Analizi Ve Strateji Önerileri', *İşletme Araştırmaları Dergisi*, Cilt.5, Sayı.3, Sf. 64-92.
- CONNELL, John (2006), "Medical Tourism ; Sea, Sun, Sand and Surgery", *Tourism Management*, 27(4):1093-100.
- ÇELİK, A (2009) , 'Sağlık Turizmi Kapsamında Termal İşletmelerde Sağlık Hizmetleri Pazarlaması ve Algılanan Hizmet Kalitesi: Balçova Termal İşletmesinde Bir Uygulama' , Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye.
- DİNÇER, M. Zeki ve diğerleri "Gelişmekte Olan Ülkelerde Medikal Turizm: Türkiye'nin Tayland, Malezya Ve Hindistan'a Göre Potansiyelinin Değerlendirilmesi" İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı: 2016 / 1, 34-60
- GÜLEÇ, D (2011), 'Sağlık Turizmi Kapsamında (Sağlıklı Yaşlanma) Uygulamaları ve Yaşlı Bakımı: Türkiye Değerlendirmesi' , Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara, Türkiye.
- ÖZSARI, S.Haluk; Karatana, Özlem, (2013), "Sağlık Turizmi Açısından Türkiye'nin Durumu", *J Kartal TR*, 24/2, 136-144
- T.C Kültür ve Turizm Bakanlığı ([http://www.kultur.gov.tr/TR/belge/1\\_45771/mevzuat.html](http://www.kultur.gov.tr/TR/belge/1_45771/mevzuat.html))
- T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü
- YILDIRIM VE DİĞERLERİ "Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2015-2016" Nisan 2017, Ankara Syf 7

# Üniversite Personelinin Hastane Tercihinde Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi

Arş. Gör. Dilek EV KOCABAŞ<sup>1</sup>  
Prof. Dr. Ramazan ERDEM<sup>2</sup>  
Aynur TORAMAN<sup>3</sup>

## ABSTRACT

### 1. Problem and Contribution

Sağlık hizmetlerinde bireylerin hastane tercihlerini etkileyen faktörlerin yöneticiler tarafından anlaşılması önemlidir. Bu çalışmanın amacı, Süleyman Demirel Üniversitesi akademik ve idari personelinin üniversite hastanesini tercih etmelerinde ya da tercih etmemelerinde etkili olan faktörleri belirlemek ve bu faktörler üzerinde yoğunlaşarak hastanenin tercih edilen bir hastane olabilmesi hususunda hastane yöneticilerine bilgi sunmaktır.

### 2. Method

Çalışmanın evrenini Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi'ndeki akademik ve idari personel oluşturmaktadır. Araştırmada herhangi bir örneklem seçimine gidilmeden evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmış ve 709 kişiye ulaşılmıştır. Üniversite personelinin hastane tercihinde etkili olan faktörleri ölçmek için literatürde yer alan anketlerden yararlanılmıştır.

### 3. Findings

Çalışma sonucunda, üniversite personelinin üçte ikisinin araştırma ve uygulama hastanesi dışındaki mevcut olan hastaneleri tercih ettiği, ancak her hastane ayrı ayrı değerlendirildiğinde %34,3 tercih oranı ile en fazla tercih edilen hastanenin araştırma ve uygulama hastanesi olduğu görülmüştür. Üniversite hastanesinin tercih edilmesindeki en önemli sebepler; işyerine yakın olması, randevuda öncelik tanınması ve teknolojik altyapının gelişmişliği iken tercih edilmemesindeki en önemli sebepler; bekleme süresinin uzun olması, muayenenin asistan hekim tarafından yapılması ve servislerde farklı klinik hastalarının aynı odada kalması olarak bulunmuştur.

**Key Words:** hastane tercihi, sağlık yönetimi, hastane

## 1. INTRODUCTION

Günümüzde hastaneler arasında bir rekabet ortamı oluşmuştur. Hastanelerin tercih edilebilmesi için bilgili ve deneyimli personele, gelişmiş teknolojik altyapıya ve kaliteli hizmete ihtiyaçları vardır. Bunların yanında hastalar tarafından tercih edilebilmek için bireylerin herhangi bir hastaneyi tercih etmelerinde ya da etmemelerinde nelerin etkili

<sup>1</sup> Süleyman Demirel University, Department of Health Care Management, [dilekevsdu@gmail.com](mailto:dilekevsdu@gmail.com)

<sup>2</sup> Süleyman Demirel University, Department of Health Care Management, [raerdem@yahoo.com](mailto:raerdem@yahoo.com)

<sup>3</sup> Süleyman Demirel University, Araştırma ve Uygulama Hastanesi, [atoraman@yahoo.com](mailto:atoraman@yahoo.com)



olduğunun da bilinmesi gerekir. Hastaların hastane tercihlerinde nelerin etkili olduğuna dair yapılan çalışmalarda genellikle hastane tercihlerini etkileyen etkenlerin birbirine benzer olduğu bulunmuştur. Berkowitz ve Flexner (1981)'in çalışmasında, hastaların hastane tercihlerinde hastane personelinin tutum ve davranışlarının, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin, hastanenin temizliğinin, hastanenin fiziki olanaklarının ve hastanenin imajının etkili olduğu ortaya çıkmıştır. Boscarino ve Steiber (1982)'in yaptığı çalışmada ise, hastaların hastane tercihlerinde hijyen ve temizliğe önem verilmesinin, personel tutum ve davranışlarının, hastanenin eve yakınlığının, uzman doktor bulunmasının, hastanenin teknolojik donanıma sahip olmasının, hastaneyle ilgili geçmiş deneyimlerinin, hizmetin maliyetinin, hastanenin büyüklüğünün, dini yakınlıklarının etkili olduğu ortaya çıkmıştır. Layi (1983)'nin çalışmasına göre ise, hastalar hastane tercihlerinde hizmetin kalitesini, hastanenin yakınlığını, finans ve ulaşım kolaylığını, hastanenin eve yakınlığını, hastane personelinin iletişimini ve dini yakınlıklarını göz önünde bulundurmaktadırlar. Verma ve Khandelwal (2011)'in çalışmasına göre ise tıbbi kalite, hijyen, altyapı, ödeme modeli, tedavi süresi, teknolojik olanaklar, fiziksel olanaklar, hastanenin imajı ve şöhreti, hastanenin büyüklüğü, personelin tutum ve davranışları, hizmetin hızı, doktorların ve yakınlarının tavsiyesi, servislerin çeşitliliği, bekleme süresi ve hastanenin bulunduğu konum hastaların hastane tercihlerinde rol oynamaktadır. Dubey ve Sharma (2013)'nin çalışmasına göre, hastaların hastane tercihlerinde hastanenin eve yakın olması, alanında uzman doktorların bulunması, personelin zamanında işinin başında olması, teknik donanımın yeterli olması, hekimlerin hasta ile iletişiminin iyi olması, hasta kabul işlemlerinin hızlı olması, yapılan tedavinin güvenilir olması ve hastane tanıtımları etkili olmaktadır. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde, hastaların hastane tercihlerinde personel tutum ve davranışlarının, hijyenin, hastanenin fiziksel imkânlarının, hizmetin kalitesinin, eve yakınlığın ve teknolojik donanım etkili olduğu söylenebilir.

## **2. METHODOLOGY**

### **2.1 Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın ana amacı Süleyman Demirel Üniversitesi akademik ve idari personelinin Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ni tercih etmelerinde etkili olan faktörleri belirlemek ve bu faktörlerin demografik değişkenlerle ilişkisini ortaya koymaktır. Diğer bir amacı ise hastanenin daha tercih edilebilir bir hastane olabilmesi için hastane yöneticilerine tavsiyede bulunmaktır.

### **2.2. Evren ve Örneklem**

Çalışmanın evrenini Isparta il merkezindeki Süleyman Demirel Üniversitesi'nde çalışan akademik ve idari personeli oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplamak için gerekli izinler alınmış ve 709 çalışana ulaşılmıştır.

### **2.3. Veri Toplama Aracı**

Çalışmada kullanılan veriler araştırmacı tarafından literatürdeki anketlerden yararlanılarak hazırlanan ve beşli Likert ölçeği kullanılarak geliştirilen anket formunun, üniversite personeline yüz yüze görüşme ile yapılması sonucunda elde edilmiştir.

### 3. FINDINGS AND DISCUSSION

#### 3.1. Demografik Bulgular

**Tablo 1: Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri**

Değişkenler					
Cinsiyetiniz	Sayı	%	Öğrenim Durumunuz	Sayı	%
Erkek	451	63,6	Lise	57	2,1
Kadın	258	36,4	Önlisans	59	8,4
<b>Toplam</b>	709	100	Lisans	91	13,0
<b>Yaşınız</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	Yüksek Lisans	156	22,2
≤ 30	201	29,2	Doktora	339	48,3
31-40	222	32,2	<b>Toplam</b>	702	100
41 ≥	266	38,6	<b>Gelir Düzeyiniz (TL)</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Toplam</b>	686	100	≤3000	181	28,2
<b>Medeni Durumunuz</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	3001-4000	220	34,3
Evli	525	74,3	4001≥	240	37,4
Evli değil	182	25,7	<b>Toplam</b>	641	100
<b>Toplam</b>	707	100	<b>Çalışma Süresi</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Mesleğiniz</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	≤ 9	402	60,0
Akademik	490	69,9	10-18	165	24,6
İdari	211	30,1	19 ≥	103	15,4
<b>Toplam</b>	701	100	<b>Toplam</b>	670	100

Tablo 1’de araştırmaya katılan 709 kişinin demografik bilgileri görülmektedir.

#### 3.2. Sağlık Hizmetleri Kullanımı İle İlgili Soruların Analizi

Araştırmaya katılan çalışanlara “Siz ve aileniz yılda toplam kaç kez hastaneye gidiyorsunuz?” sorusu yöneltildiğinde çalışanların ortalama 11,7 kez hastaneye gittiği ortaya çıkmıştır. “Sizce bunun kaç tanesi Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesidir?” sorusu yöneltildiğinde bu oranın ortalama 4,72 sini üniversite hastanesinin oluşturduğu görülmüştür. Bu bulgulara göre araştırmaya katılan çalışanların hastane tercihlerinin yarısından fazlasının üniversite hastanesi dışındaki diğer hastaneler olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan çalışanlara sağlık hizmeti almak amacıyla en çok tercih ettiği hastane sorulduğunda %34,3’ü Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, %21,5’i Özel Şifa Hastanesi, %17’si Isparta Devlet Hastanesi, %13,3’ü Özel Davraz Yaşam Hastanesi, %8’i Özel Isparta Hastanesi, %1’i Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve %1’i de diğer olarak yanıtlamıştır.

Araştırmaya katılan çalışanlara “Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’ni tavsiye eder misiniz?” sorusu yöneltildiğinde çalışanların %34,5’i “kararsızım”, %19,6’sı “her zaman tavsiye ederim”, %19,2’si “tavsiye ederim”, %13,2’si “hiç tavsiye etmem”, “%13,5’i “tavsiye etmem” olarak yanıtlamıştır. Çalışanların kendi kurumlarının hastanesi olmasına rağmen yaklaşık %40’ının üniversite hastanesini tavsiye ettiği söylenebilir.

#### 3.3. Süleyman Demirel Araştırma ve Uygulama Hastanesini Tercih Etme ve Etmeme Nedenleri

Araştırmaya katılan çalışanların üniversite hastanesini tercih etme nedenleriyle ilgili aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 2’de gösterilmektedir.

**Tablo 2: Tercih Etme Nedenleriyle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler**

Maddeler	N	$\bar{X}$	Ss
Daha önce aldığım hizmetten memnun kalmam bu hastaneyi tercih etme sebebidir.	688	3,00	1,34
Üniversite personeli olmam sebebiyle randevu hususunda öncelik tanınması bu hastaneyi tercih etme sebebidir.	686	3,22	1,53
Üniversite personeli olmam sebebiyle randevu hususunda yakınlarıma (anne, baba, eş vb.) öncelik tanınması bu hastaneyi tercih etme sebebidir.	679	3,01	1,52
Hastanenin işyerime yakın olması bu hastaneyi tercih etme sebebidir.	690	3,43	1,49
Üniversite personeli olmam sebebiyle daha fazla ilgi ve alaka gösterilmesi bu hastaneyi tercih etme sebebidir.	687	2,79	1,48
Hastanede öğretim üyeleri (profesör, doçent vb. ) tarafından muayenemin yapılabiliyor olması bu hastaneyi tercih etme sebebidir.	689	3,05	1,49
Hasta mahremiyetinin gözetiliyor olması bu hastaneyi tercih etme sebebidir.	678	2,95	1,35
Hastanenin teknolojik altyapısı bu hastaneyi tercih etme sebebidir.	685	3,22	1,31

Tablo 2’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan çalışanların üniversite hastanesini tercih etmelerindeki en önemli etken hastanenin işyerlerine yakın olmasıdır. Bunu personele randevuda öncelik tanınması, üniversite hastanesinin teknolojik altyapısının daha gelişmiş olması, hastanede öğretim üyeleri tarafından muayenelerinin yapılıyor olması, randevuda yakınlarına öncelik tanınması, daha önce alınan hizmetten memnun kalınması, hasta mahremiyetinin gözetiliyor olması ve üniversite personeli olmaları sebebiyle daha fazla ilgi ve alaka gösterilmesi izlemektedir.

Araştırmaya katılan çalışanların üniversite hastanesini tercih etmeme nedenleriyle ilgili aritmetik ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 3’te gösterilmektedir.

**Tablo 3: Tercih Etmeme Nedenleriyle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler**

Maddeler	N	$\bar{X}$	Ss
Muayenemin uzman hekim yerine asistan hekim tarafından yapılıyor olması bu hastaneyi tercih etmeme sebebidir.	675	3,16	1,51
Muayenem sırasında muayene yapan hekimin yanında öğrencilerin de bulunması bu hastaneyi tercih etmeme sebebidir.	674	2,73	1,46
Herhangi bir yakınımın bu hastaneyle ilgili olumsuz bir deneyimi bu hastaneyi tercih etmeme sebebidir.	675	2,79	1,46
Bazı akademisyen hocaların ücretli hasta bakıyor olmaları bu hastaneyi tercih etmeme sebebidir.	673	2,80	1,53
Farklı klinik hastaların ameliyat sonrası aynı odada kalmaları bu hastaneyi tercih etmeme sebebidir.	666	2,97	1,49
Hastanede aşırı tetkik yapılıyor olması bu hastaneyi tercih etmeme sebebidir.	678	2,82	1,44
Hastanede bekleme süresinin uzun olması bu hastaneyi tercih etmeme sebebidir.	678	3,30	1,46
Akademik büronun ilgisiz davranması bu hastaneyi tercih etmeme sebebidir.	669	2,61	1,50

Tablo 3’te görüldüğü üzere araştırmaya katılan çalışanların üniversite hastanesini tercih etmemelerindeki en önemli etken bekleme süresinin uzun olmasıdır. Bunu muayenenin uzman hekim yerine asistan hekim tarafından yapılıyor olması, farklı klinik hastaların ameliyat sonrası aynı odada kalmaları, hastanede aşırı tetkik yapılıyor olması, öğretim üyelerinin ücretli hasta bakıyor olmaları, yakınlarının hastaneyle ilgili olumsuz bir deneyimlerinin olması, muayene sırasında hekimin yanında öğrencilerin de bulunması ve akademik büronun ilgisiz davranması izlemektedir.

Araştırmaya katılan çalışanlara “Sizce üniversite hastanesini diğer hastanelerden ayıran en önemli özelliği nedir?” sorusu yöneltildiğinde çalışanların %21,1’i teknik donanım, %20,4’ü detaylı araştırma, %13,9’u üniversiteye bağlı olması, %9,9’u öğretim üyelerinin muayene yapıyor olması ve %5,8’i ulaşılabilir olması olarak yanıtlamıştır.

Araştırmaya katılan çalışanlara “Acile başvurmanız gerektiğinde ilk tercihiniz hangi hastanedir” sorusu yöneltildiğinde %32,8’i Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nin, %28,7’si Devlet Hastanesi’nin, %17,9’u Özel Şifa Hastanesi’nin, %12,2’si Özel Davraz Yaşam Hastanesi’nin, %7,9’u Özel Isparta Hastanesi’nin ve %0,4’ü Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi’nin acil bir durumda ilk tercihi olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanlara acile başvurmanız gerektiğinde bu hastane “Neden ilk tercihinizdir?” sorusu yöneltildiğine %42,2’si ulaşılabilir olmasının, %17’si ilgi gösterilmesinin, %16,3’ü bekleme süresinin kısa olmasının, %5,6’sı daha iyi donanıma sahip olmasının ve %5,2’si tecrübeli personelin bulunmasının bu hastaneyi tercih etmelerindeki neden olduğunu belirtmiştir. Boscarino ve Steiber (1982)’in çalışmasında da hastanenin eve yakın olmasının, hastaneye ilgili deneyimin olmasının, hekimin tavsiye etmesinin, tanıdık personelin olmasının, bakımın kaliteli olmasının hastane tercihinde etkili olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan çalışanlara “Üniversite hastanesindeki düzeltilmesi gereken en önemli sorun nedir?” sorusu yöneltildiğine %19’u personelin tutum ve davranışlarının, %14’ü fiziki şartların, %9,6’sı bekleme süresinin uzun olmasının, %9,2’si kalabalık olmasının ve %8,8’i asistanların muayene ediyor olmasının düzeltilmesi gereken en önemli sorun olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanlara “Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’ni tercih etmeniz için yapılması gereken düzenlemeler nelerdir?” sorusu yöneltildiğine %18,9’u personelin tutum ve davranışlarının iyileştirilmesinin, %12,7’si hocaların ücretsiz poliklinik hizmeti vermesinin sağlanmasının, %9,3’ü üniversite personeline öncelik verilmesinin, %8,1’i fiziki yapının iyileştirilmesinin ve %7,4’ü işlemlerin hızlandırılmasının (tahlil, tetkik, rapor) tercih etmeleri için yapılması gereken düzenlemeler olduğunu belirtmiştir.

Araştırmaya katılan çalışanlara “Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ile ilgili başka eklemek istedikleriniz var mı?” sorusu yöneltildiğine %20,9’u personelin tutum ve davranışlarının iyileştirilmesinin, %12,2’si hastane otoparkının geliştirilmesinin, %9,5’i hijyene önem verilmesinin, %8,1’i oda kapasitesinin artırılmasının ve %8,1’i teknolojik altyapının geliştirilmesinin gerektiğini belirtmiştir.

Hastaneyi tercih etme sebeplerinden en önemli etken olan “hastanenin işyerine yakın olması” ile cinsiyet, yaş, gelir düzeyi, medeni durum ve meslek değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışmaya katılanların yaşı ilerledikçe, gelir düzeyi arttıkça, evli olmayanların evli olanlara göre, kadınların erkelere göre ve akademik personelin idari personele göre hastaneyi tercih etmelerinde hastanenin işyerine yakın olmasının daha fazla etkili olduğu söylenebilir.

Hastaneyi tercih etmeme sebeplerinden en önemli etken olan “muayenenin uzman hekim yerine asistan hekim tarafından yapılıyor olması” ile yaş değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çalışanların yaşı ilerledikçe muayenenin uzman hekim yerine asistan hekim tarafından yapılıyor olmasının hastaneyi tercih etmemesinde daha fazla etkili olduğu söylenebilir.

Çalışmada Süleyman Demirel Üniversitesi akademik ve idari personelinin Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’ni tercih etmelerinde etkili olan faktörleri belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışma sonucunda, üniversite personelinin üçte ikisinin araştırma ve uygulama hastanesi dışındaki mevcut olan hastaneleri tercih ettiği, ancak her hastane ayrı ayrı değerlendirildiğinde %34,3 tercih oranı ile en fazla tercih edilen hastanenin araştırma ve uygulama hastanesi olduğu görülmüştür.

Üniversite hastanesinin tercih edilmesindeki en önemli sebepler; işyerine yakın olması, randevuda öncelik tanınması, teknolojik altyapının gelişmişliği ve akademik personel tarafından muayenenin yapılıyor olması olarak bulunmuştur. Çalışma sonucunda elde edilen bulgular literatürde yer alan bulgularla benzerlik göstermektedir (Berkowitz ve Flexner, 1981; Boscarino ve Steiber, 1982; Layi, 1983; Akıncı vd., 2004; Verma ve Khandelwal, 2011, Dubey ve Sharma, 2013). Üniversite hastanesinin tercih edilmemesindeki en önemli sebepler; bekleme süresinin uzun olması, muayenenin asistan hekim tarafından yapılması ve servislerde farklı klinik hastalarının aynı odada kalması olarak bulunmuştur.

Hastane yöneticilerinin etkin bir sağlık hizmeti sunması için hastane seçiminde etkili olan faktörlerin neler olduğunu bilmesi gerekir. Çalışmamızda elde edilen bulgular hastane yöneticilerinin farkındalık kazanması açısından önemlidir. Hastane yöneticilerinin bu faktörler üzerinde yoğunlaşp işleyişe yön vermeleri hastanenin daha tercih edilebilir bir hastane olması konusunda yardımcı olacaktır.

# Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin Mesleki Dernekler Hakkında Bilgi Ve Farkındalık Düzeylerinin Ölçülmesi

## Measurement Of Information And Awareness Levels On Vocational Associations Of Health Management Students

Arş. Gör. Osman ÖZKAN<sup>1</sup>

### ÖZET

**Çalışmanın Problemi:** Sağlık Yönetimi bölümünün içinde bulunduğu mevcut durum mesleki anlamda güçlü bir örgütlenmeyi gerektirmektedir. Bu güçlü örgütlenmenin en önemli yapı taşı öğrencilerdir. Bu noktada mevcut öğrencilerin dernekler konusunda bilgi ve farkındalık düzeyleri belirlenmeli ve çözüm önerileri sunulmalıdır.

**Çalışmanın Amacı:** Bu çalışma sağlık yönetimi öğrencilerinin mesleki dernekler ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeylerini belirlemek için ortaya konulmuştur.

**Metot:** Araştırma Ankara ve Kırıkkale ilinde bulunan sağlık yönetimi bölümü öğrencileri üzerinde tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmada örneklem belirlenmemiş tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Çalışmanın evrenini üniversitelerin 2-3 ve 4. Sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Çalışma 15.07.2017 – 05.08.2017 tarihleri arasında 252 öğrenci üzerinde anket yapılarak gerçekleştirilmiştir.

**Bulgular ve Sonuç:** Katılımcıların % 93,7'si öğrencilikte mesleki örgütlenmenin gerekli olduğunu, %73,7'si herhangi bir derneğe üyeliğinin bulunmadığını, %93,9'u dernekler hakkında bilgi almak istediğini, %86,8'i derneklere üye olmak istediklerini, % 51'i sağlık yönetimiyle ilgili herhangi bir dernek adı bilmediğini, %56'sı dernek, görev, yetki ve sorumluluklarını bilmediğini, %28,2'si mezun ve öğrenci arkadaşlardan, %27,4'ü dernek faaliyetlerinden, %24,2'si eğitim alınan bölüm/okuldan dernekler hakkında bilgi aldığını söylemiştir. Buna ek olarak katılımcıların %51'i dernekler hakkında yeterli bilgilendirmenin yapılmadığını, %47,6'sı nereden üye olacağını bilemediğinden üye olamadıklarını belirtmiştir. Katılımcılara açık uçlu olarak sorulan derneklerin mesleğe katkısı nedir sorusuna genel itibarıyla; mesleki örgütlenmeye ve mesleğin gelişimine yönelik katkılar sunduğunu, öğrencilere hem mesleki anlamda hem de kişisel olarak kendini geliştirme imkanı sunduğu, meslekle ilgili yeni insanlar tanıma ve çevresini geliştirme şansı yarattığı cevapları gelmiştir. Sonuç olarak; öğrencilerin derneklere üye olma ve bilgi alma isteklerinin yüksek olmasına rağmen mesleki derneklere yönelik bilgi ve farkındalık düzeylerinin düşük olduğu ve yeterli bilgilendirme, nereden üye olacaklarını bilememe gibi sebeplerden dolayı yetersiz kaldıkları belirlenmiştir. Burada derneklere ve akademisyenlere önemli görevler düşmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Yönetimi, Dernekler, Mesleki Örgütlenme

### ABSTRACT

**The Problem of Working:** The current situation in the Department of Health Management requires a strong organization in the professional sense. The most important building block of this powerful organization is the students. At this point, the level of knowledge and awareness of the existing students should be determined and solution proposals should be presented.

<sup>1</sup> İstinye Üniversitesi, İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü/İstanbul [oozkan@istinye.edu.tr](mailto:oozkan@istinye.edu.tr)

**Purpose of Study:** This study was conducted to determine the level of knowledge and awareness of healthcare in professional associations.

**Method:** The study was carried out descriptively on the students of health management department in Ankara and Kırıkkale. The study attempted to reach the entire unspecified sample. The universe of the study is composed of the 2-3 th and 4 th grade students of the universities. The study was conducted by conducting a survey on 252 students between 15.07.2017 - 05.08.2017.

**Findings and Conclusion:** It was found that 93.7% of the participants required vocational organization in education, 73.7% said they did not belong to any association, 93.9% wanted information about associations, 86.9% belonged to associations 51% of them do not know any association name related to health management, 56% said they did not know the association, their duties, powers and responsibilities, 28,2% of the graduates and student friends, 27,4% of the association activities and 24,2% of the educated department / school associations. In addition, 51% of the participants stated that they were not informed about the associations and 47.6% of them did not know where they would become members. In general, when asked about the contribution of associations asked open-ended to participation, That they have contributed to professional organization and to the development of the profession and that they have the opportunity to improve themselves both professionally and personally, to recognize new people in the profession and to develop their environment. As a result; It has been determined that the level of knowledge and awareness of professional associations is low and sufficient information is lacking due to reasons such as not knowing where to become members even though the students have high desire to become members and information to associations. There are important duties to associations and academicians.

**Key Words:** Health Management, Associations, Professional Organizations

## GİRİŞ

### MESLEKİ ÖRGÜTLENME

Meslek kavramı bireyin hayatını ve geçimini sürdürmek noktasında sürekli olarak yaptığı işler veya fikir alanları olarak tanımlanabilir. Bu her ne kadar mesleği ekonomik anlamda tanımlamış olsa da bu kavramın sosyal, kültürel ve teknik bir bütün olduğu bilinmelidir. Sosyolojik anlamda meslek, belirli bir faaliyeti gerçekleştirmek adına bir araya gelmiş insani ilişkiler bütünü olarak açıklanır(1). Yapılan bir işin meslek haline dönüşmesi profesyonelleşme olarak adlandırılır. Buna göre profesyonelliğin göstergeleri olarak yapılan işin teorik ve araştırmaya dayanan, uygulama becerileri gerektiren özel bir alan olması, resmi makamlarca kabul gören bir eğitim sürecine sahip olması, bir alanda uygulama yetkisinin bulunması, topluma hizmet anlayışına dayanması ve gerektiği takdirde kendi faaliyetlerini denetleyip hesap verebilmesi gibi koşullara sahip olması gerekmektedir(2). Bir meslek toplum sağlığı ve insanlık için önemli olan hizmetler vermeli, araştırma ve gelişmelere paralel olarak büyümeli, meslek üyeleri yükseköğrenim veren kurumlarda eğitilmeli, meslek üyelerini yönlendiren ve onlara rehberlik eden etik kodlara sahip olmalı ve uygulama standartlarını belirleyen ve mesleğin gelişiminde rol oynayan/destekleyen bir örgüte sahip olmalıdır(3).

Bir mesleğin sosyal anlamda gelişmişliğini gösteren en önemli unsurlardan biri ise, o mesleğe ait mesleki örgütlerin, derneklerin ve yayın organlarının ne derece etkin olduğu ile ilgilidir. Tüm meslekler varlıklarını sürdürmek, gelişmelerini sağlamak ve meslek mensuplarının haklarını savunmak adına ortak çatı altında karar almaya ve birlikte hareket etmeye ihtiyaç duyarlar(4). Mesleki örgütlenme; mesleki özgürlük kazanmak, yenilikleri takip etmek,

mesleğin sorunlarıyla ilgili çözümler sunmak, bir araya gelerek daha da güçlenmek, mesleki anlamda vizyoner ve misyoner bir bakış açısı kazandırmak açısından gereklidir(5).

## **SAĞLIK YÖNETİMİ ve MESLEKİ ÖRGÜTLENME**

Bilgi üretiminin hızlandığı ve bilgiye ulaşmanın artık gelişen teknolojiyle birlikte oldukça kolay olduğu günümüzde bütün kurum ve kuruluşların yönetimi, kendi alanlarında uzmanlaşmış yöneticiler tarafından sağlanmaktadır. Hizmet sektöründe başarıya ulaşmanın yolu da iyi yönetimden geçmektedir(2).

Sağlık yönetimi bölümüne bakıldığında, mesleğin, bireylerin tıbbi bakım faaliyetlerinden, sağlıklı bir çevre oluşturulmasına kadar ortaya çıkan ihtiyaçların karşılanmasını olanaklı kılan kaynak ve süreçleri planlamak, örgütlemek, yönlendirmek, kontrol ve koordine etmek olduğu aşikârdır(6). Buna bağlı olarak sağlık yöneticisi, almış olduğu mesleki eğitim neticesinde sağlık kuruluşlarının amaçlarının gerçekleştirilmesinde eldeki olanakların (insan gücü, organizasyon, bütçe, malzeme vb.) en rasyonel şekilde kullanılarak maliyet ve verimlilik açısından maksimizasyonunu sağlamakla görevlidir(7).

Bölümün sorunları ve içinde bulunduğu mevcut durum göz önüne alındığında mesleki örgütlenmenin şart olduğu sağlık yönetimi mesleğinde kurulmuş olan bazı dernekler mevcuttur. Bunlar; Sağlık İdarecileri Derneği(SİD), Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Derneği ( SAYED), Sağlık Yönetimi Birliği (SAYBİR), Sağlık Yöneticileri Derneği (SAYÖNDER), Sağlık ve Sigorta Yöneticileri Derneği (SASDER), Sağlık, İnovasyon ve Organizasyon Derneği (SİODER), Akdeniz Sağlık İdarecileri Derneği, Ege Sağlık İdarecileri Derneği, İç Anadolu Sağlık İdarecileri Derneği, İzmir Ege Sağlık İdarecileri Derneği, Güney Marmara Sağlık İdarecileri Derneği ve federasyon olarak kurulan Sağlık İdarecileri Dernekler Federasyonu (SİDEF)'dur.

### **Araştırmanın Amacı**

Sağlık Yönetimi bölümünde okuyan öğrencilerin mesleki örgütlenmeye yönelik bilgi ve farkındalık düzeylerinin ölçülmesidir.

### **Araştırmanın Soruları**

1. Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin mesleki örgütlenme bilgi ve farkındalık düzeyi ne durumdadır?
2. Sağlık Yönetimi öğrencilerinin mesleki örgütlenme bilgi ve farkındalık düzeyinin sınıflara göre dağılımı nasıldır?
3. Sağlık Yönetimi öğrencilerinin mesleki örgütlenme bilgi ve farkındalık düzeyi mesleği sevme durumuna göre dağılımı nasıldır?
4. Sağlık Yönetimi öğrencilerinin mesleki örgütlenme bilgi ve farkındalık düzeyi bölümü yazmış olduğu tercih sıralamasına göre dağılımı nasıldır?
5. Sağlık Yönetimi öğrencilerinin derneklere üye olmama nedenleri nelerdir?
6. Sağlık Yönetimi öğrencileri derneklerin ne gibi katkıları olduğunu düşünmektedir?

### **Araştırmanın Yöntemi, Evreni, Örneklemi**

Araştırma evreni oluşturan Ankara ve Kırıkkale ilinde bulunan üniversitelerin sağlık yönetimi bölümü öğrencileri üzerinde tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmada örneklem belirlenmemiş tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Çalışmanın evrenini üniversitelerin 2.-3. ve 4. Sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. 1. sınıf öğrencileri bölüme henüz gelmemiş olmalarından dolayı çalışmaya dâhil edilmemiştir. Tüm öğrencilere ulaşılmaya çalışılmış ancak araştırmaya katılmak istemeyen ve kendilerine ulaşılamayan öğrenciler nedeniyle 252 öğrenci araştırmaya katılmıştır.



## Veri Toplama Aracı

Çalışmada veriler literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu ile toplanmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde öğrenciler ile ilgili demografik sorular (7 soru), ikinci bölümde dernekler ile ilgili bilgi ve farkındalık durumunu belirleyici sorular(8 soru) ve açık uçlu olarak 1 soru olmak üzere derneklerin mesleğe katkısı sorulmuştur. Çalışmaya katılım elektronik ortamda sağlanmış olup, verilen bilgi dâhilinde gönüllü olarak gerçekleştirilmiştir.

## Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri excel programında öğrencilerin tanıtıcı özellikleri ve mesleki örgütlenmeye ilişkin görüşleri sayı ve yüzde dağılımlarıyla ortaya konulmuştur. Elde edilen veriler doğrultusunda araştırma soruları cevaplandırılmıştır.

## Araştırmanın Sınırlılıkları

Tatil döneminden dolayı ilgili evrenin tümüne ulaşılamamış ve sadece iki ilde yapıldığından dolayı sağlık yönetimi bölümünün geneli yansıtmak açısından yetersizdir.

## BULGULAR

Tablo 1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellik	Sayı	%	Tanıtıcı Özellik	Sayı	%
<b>Cinsiyet (N:252)</b>			<b>Tercih Sırası (N:252)</b>		
Kız	182	72,2	1-5	130	51,6
Erkek	70	27,8	6-10	68	27
<b>Sınıf (N:246)</b>			11-15	27	10,7
			16+	27	10,7
2. Sınıf	104	42,3	<b>Bölümü Sevme (N:251)</b>		
3. Sınıf	93	37,8	Evet	208	82,9
4. Sınıf	49	19,9	Hayır	43	17,1
<b>Yaş (N: 252)</b>			<b>Bölüme İsteyerek Gelme (N: 252)</b>		
17-19	45	17,9	Evet	169	67,1
20-22	178	70,6	Hayır	83	32,9
23-25	25	9,9			
25+	4	1,6			

Tablo 1’de araştırmaya katılan öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine yer verilmiştir. Buna göre çalışmaya katılan öğrencilerin % 72,2’sinin kadınlardan oluştuğu, %42,3’ünün 2. Sınıf öğrencisi olduğu, %70,6’sının 20-22 yaş aralığında olduğu, %51,6’sının bölümü tercih sıralamasında ilk 5’e yazdığı, %82,9’unun bölümünü sevdiği ama % 67,1’inin ise bölüme isteyerek geldiği ortaya konulmuştur.

Tablo 2. Öğrencilerin Dernekler Hakkındaki Bilgi ve İlgisi Düzeyi

Bilgi Alanı	Sayı	%	Bilgi Alanı	Sayı	%
<b>Mesleki Örgütlenme Gerekli Midir? (N: 252)</b>			<b>Derneklerle İlgili Bilgiyi Nereden Aldığı (N: 124)</b>		
Evet	236	93,7	Dernek Faaliyetleri	34	27,4
Hayır	16	6,3	Eğitim Alınan Bölüm/Okul	30	24,2

<b>Alanla ilgili Dernek Üyeliğiniz Var Mı? (N: 251)</b>			Mezun veya öğrenci arkadaşlar	35	28,2
Evet	66	26,3	Kişisel Bilgi Birikimi	1	0,8
Hayır	185	73,7	Sağlık Çalışanları	1	0,8
<b>Alanla İlgili Bildiğiniz Bir Dernek Var mı? (N: 251)</b>			Diğer(İnternet, Sosyal Medya)	23	18,5
Evet	123	49	<b>Bilgi Almayı İsteme Durumu (N: 245)</b>		
Hayır	128	51	Evet	230	93,9
<b>Dernek görev, yetki ve sorumluluklarını bilme (N: 234)</b>			Hayır	15	6,1
Evet	103	44	<b>Üye Olmayı İsteme Durumu (N: 250)</b>		
Hayır	131	56	Evet	217	86,8
			Hayır	33	13,2

Tablo 2’de araştırmaya katılan öğrencilerin dernekler hakkında bilgi ve ilgi düzeyine yer verilmiştir. Buna göre çalışmaya katılan öğrencilerin %93,7’si öğrencilikte mesleki örgütlenmenin gerekli olduğunu, % 73,7 kendi alanlarıyla ilgili herhangi bir derneğe üyeliklerinin bulunmadığını, %51’i kendi alanlarıyla ilgili herhangi bir derneği bilmediklerini, % 56’sı dernek görev, yetki ve sorumluluklarını bilmediğini, %28,2’si dernekler hakkında bilgiyi mezun ve öğrenci arkadaşları aracılığıyla edindiğini, %93,9’u dernekler hakkında bilgi almak istediğini, %86,8’i ise derneklere üye olmayı istediğini belirtmiştir.

**Tablo 3. Öğrencilerin Bildiği Dernekler ve Üye Olmaya Engel Nedenleri**

N: 252	Sayı	%	N: 252	Sayı	%
<b>SY ile ilgili Bilinen İlk Dernek (N: 131)</b>			<b>Dernekler Üye Olamama Nedeni*</b>		
ANSAYT	5	3,8	Yetersiz Bilgilendirme	107	51
ASİD	1	0,8	Nasıl üye olacağını bilmeme	99	47,6
SASDER	2	1,5	Siyasi Çekinceler	43	20,7
SAYBİR	2	1,5	Yüksek Dernek Aidatları	37	17,8
SAYED	4	3,1	Çalışmaların Gereksiz Olması	11	5,3
SAYÖNDER-SAYÖB	34	26	Kişisel Faydasının Olmaması	27	13
SİDEF	3	2,3	Üye Olmayı İstememek	17	8,2
SİODER	80	61,1			
			* Katılımcılar bu soruya birden fazla cevap vermiştir.		

Tablo 3’de araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık yönetimiyle ilgili aklınıza gelen ilk dernek sorusuna verdikleri cevaplara ve üye olamama nedenlerine yer verilmiştir. Buna göre; katılımcılar (n: 133) dernekler konusunda % 61,1 oranında Sağlık, İnovasyon ve Organizasyon Derneği (SİODER), %26 oranında Sağlık Yöneticileri Derneği(SAYÖNDER-SAYÖB) şeklinde cevaplar vermiştir. Aynı şekilde katılımcıların birden fazla cevap verdiği derneklere üye olamama nedenleri sorusuna %51’i dernekler konusunda yetersiz bilgilendirme yapılması ve %47,6’sı nasıl/nereden üye olacağını bilmemekten dolayı derneklere üye olmadığını belirtmiştir

Katılımcılara açık uçlu olarak sorulan derneklerin mesleğe katkısı nedir sorusuna genel itibarıyla; mesleki örgütlenmeye ve mesleğin gelişimine yönelik katkılar sunduğunu, öğrencilere hem mesleki anlamda hem de kişisel olarak kendini geliştirme imkanı sunduğu, meslekle ilgili yeni insanlar tanıma ve çevresini geliştirme şansı yarattığı, mesleğin önemini ve değerini artırdığı, kişilere organizasyon ve mesleki deneyim kattığını, özgeçmişlere önemli katkılar sunduğu, vizyon ve misyon oluşturmada bireylere yardımcı olduğu, çalışma alanları hakkında bilgilendirme yaptığı, öğrencileri iş sahasına yaklaştırdığı, bilimsel araştırmalara

katkıda bulunduğu, yeni iş alanları yarattığı yönünde cevaplar gelmiştir. Buna ek olarak kişisel çıkarın, zaman kaybının, gereksiz çalışmalar yapıldığının belirtildiği olumsuz cevaplarda alınmıştır.

## TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmaya katılan öğrencilerin % 72,2'sinin kadınlardan oluştuğu, %42,3'ünün 2. Sınıf öğrencisi olduğu, %70,6'sının 20-22 yaş aralığında olduğu, %51,6'sının bölümü tercih sıralamasında ilk 5'e yazdığı, %82,9'unun bölümünü sevdiği ama % 67,1'inin ise bölüme isteyerek geldiği ortaya konulmuştur. Bölüm öğrencilerinin yarısından fazlasının bölümü bilinçli bir şekilde tercih edip çoğunun da mesleğini mevcut durumda sevdiği ve bölüme isteyerek geldiği görülmektedir.

Araştırma katılan öğrencilerin %93,7'si öğrencilikte mesleki örgütlenmenin gerekli olduğunu, % 73,7 kendi alanlarıyla ilgili herhangi bir derneğe üyeliklerinin bulunmadığını, %51'i kendi alanlarıyla ilgili herhangi bir derneği bilmediklerini, % 56'sı dernek görev, yetki ve sorumluluklarını bilmediğini, %28,2'si dernekler hakkında bilgiyi mezun ve öğrenci arkadaşları aracılığıyla edindiğini, %93,9'u dernekler hakkında bilgi almak istediğini, %86,8'i ise derneklere üye olmayı istediğini belirtmiştir. Bu alanda yapılan çalışmalara bakıldığında Cığerci ve arkadaşları(8) yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin mesleki örgütlenmeyle ilgili bilgi düzeylerini ölçmüş ve sağlık kurumları yöneticiliği bölümü öğrencilerinin mesleki örgütlenmeye ilişkin bilgi düzeylerinin hemşirelik öğrencilerine göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Ayrıca Kiper ve Koştu'nun (9) çalışmasında öğrencilerin %15,1'i örgütler hakkında bilgi sahibi olduğunu bildirirken, %67,9'u kısmen bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir. Literatürde elde ettiğimiz bu sonuçlara benzer bir şekilde Küçükkoğlu ve arkadaşlarının(4) yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin %76,7'si derneklerin görev, yetki ve sorumluluklarını bilmediğini, %79,6'sı ise derneklerle ilgili bilgi almak istediğini ifade etmiştir. Genel olarak bakıldığında aslında sağlık yönetimi öğrencilerinin dernekler hakkında bilgi almak ve üye olmak noktasında yüksek farkındalığa sahip olduğunu ancak alanıyla ilgili dernekleri bilme ve bu derneklere üye olma noktasında bilgi eksikliği yaşadığı görülmektedir. Sağlık Yönetimi ile ilgili aktif dernek sayısının az olması veya mevcut derneklerin öğrencileri bilgilendirme noktasında yetersiz kalması, akademisyenlerin bu doğrultuda yönlendirme yapmaması bilgi düzeyinin düşük olmasına sebep olmuş olabilir.

Aynı şekilde katılımcıların birden fazla cevap verdiği derneklere üye olamama nedenleri sorusuna %51'i dernekler konusunda yetersiz bilgilendirme yapılması ve %47,6'sı nasıl/nereden üye olacağını bilememekten dolayı derneklere üye olmadığını belirtmiştir. Kiper ve Koştu(9)'nun yapmış olduğu çalışmada araştırma kapsamında ki öğrencilerin %66'sı örgütlerle nasıl iletişim kuracaklarını bilmediğini, %17'sinin de örgütler hakkında bilgisinin olmadığını ifade etmiştir. Yine benzer bir çalışmada Özdelikara ve arkadaşları(11) araştırmaya katılanların derneklere üye olmaya engel durumları arasında 4. Sınıf öğrencilerinin nereden üye olacağını bilememe, dernek aidatlarının yüksek olması, kişisel getirisinin olmadığı düşüncesi ve dernek çalışmalarının gereksiz olduğu düşüncesi nedeniyle üye olmayan çoğunluğu oluşturduğu belirlenmiştir. Bu durum araştırma sonucunu doğrular niteliktedir. Kuşkusuz yetersiz bilgilendirme veya herhangi bir yönlendirmenin yapılmaması ve öğrencilerin dernekleri kişisel getirisi olmayan, gereksiz çalışmalar yapan örgütler olarak görmesi sonucunda öğrencilerin dernekler hakkındaki farkındalığı düşük seviyelerde kalmaktadır.

Ayrıca katılımcılar (n: 133) dernekler konusunda % 61,1 oranında Sağlık, İnovasyon ve Organizasyon Derneği (SİODER), %26 oranında Sağlık Yöneticileri Derneği(SAYÖNDER-

SAYÖB)'ni bildiği yönünde cevaplar vermiştir. İki derneğin daha çok öğrenci odaklı etkinlikler yapması ve SİODER'in yakın tarihte Ankara merkezli yapmış olduğu organizasyon bu durumun yüksek çıkmasında etkili olmuş olabilir. Çalışmanın daha çok Ankara merkezli yapılmış olması da bu derneklerin kuruluş yeri itibarıyla daha ön planda olmasına sebep olmuş olabilir.

Katılımcıların genel çoğunluğu dernekler hakkında bilgiyi mezun ve öğrenci arkadaşlardan, eğitim alınan bölüm veya okuldan ve dernek faaliyetlerinden öğrendiğini ifade etmiştir. Bölüm mezunlarının mesleki örgütlenmeye yönelik attığı adımlar ve yapılan dernek faaliyetleri buna sebep olmuş olabilir. Bölüm akademisyenlerinde mesleki örgütlenmeye yönelik yönlendirme yapması öğrencilerin mesleki örgütler hakkındaki farkındalık seviyesine olumlu etki yapabilir.

Sonuç olarak, meslek örgütlenme ve örgütlenme anlamında birliktelik mesleklerin farkındalığının yükselmesinde, ilgili meslek dalının savunulmasında, meslek paydaşlarının bir araya gelmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu noktada özellikle öğrencilik yıllarında başlayacak olan mesleki örgütlenme bilinci kendini mezuniyet sonrasında da gösterecek ve meslek adına olumlu etkiler yaratabilecektir. Bu noktada özellikle bölüm akademisyenlerinin öğrencilik yıllarında mutlaka bu konuda yönlendirme yapması gerektiği, bölüm mezunlarının ve çalışanlarının kendilerini okumuş oldukları bölümün birer temsilcisi olarak görüp bu alanda örgütlenme çalışmalarına girişmesi, mevcut derneklerin bir araya gelerek aynı amaç uğruna ortak faaliyetler gerçekleştirmesi, üniversite ve derneklerin ortak olarak çalışması ve sağlık yönetimi bölümünün daha iyi bir duruma gelmesine hem de bölüm mezunlarının yaşamış olduğu istihdam sıkıntılarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

1. Ertekin, Y., (1988). *Halkla İlişkiler ve Meslekleşme Olgusu*. Halkla İlişkiler Sempozyumu 1987'de Sunulan Bildiri, Ankara, Türkiye. <http://kitaplar.ankara.edu.tr/dosyalar/pdf/293.pdf> Erişim Tarihi: 01.08.2017
2. Hayran, O. ve Sur, H., (1998). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı* (1. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
3. Korkmaz F., (2011). *Meslekleşme ve ülkemizde hemşirelik*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi; 18(2):59-67.
4. Küçüköğlü, S., Çelebioğlu, A., Miroğlu, A., Çağlar, G., Bağcı, N. (2014). *Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleki Dernekler Hakkındaki Farkındalıklarının Belirlenmesi*, Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, [http://dergi.cumhuriyet.edu.tr/cumunuj/article/view/1008002566/pdf\\_9](http://dergi.cumhuriyet.edu.tr/cumunuj/article/view/1008002566/pdf_9) Erişim Tarihi: 01.08.2017
5. Kiper S, Koştu N.(2010). *Denizli Sağlık Yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin mesleki örgütlenme konusundaki görüşleri*. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 5(14):1-14. : <https://www.researchgate.net/publication/267828020> Erişim Tarihi: 02.08.2017
6. Kavuncubaşı, Ş., (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, Ankara, s. 18
7. Kavuncubaşı, Ş., Kısa, A., (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*, Anadolu Üniversitesi Yayın No: 1429, Eskişehir
8. Ciğerci Y., Akpınar M., Dayangan E., Kesgin C., Serin A., Atasayar S. (2017). *Sağlık Yüksekokulunda Okuyan 4. Sınıf Öğrencilerinin Mesleki Örgütlenmeye İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi*, Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi, 14(1): 1 -5
9. Kiper, S., Koştu N. (2010). *Denizli Sağlık Yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin mesleki örgütlenme konusundaki görüşleri*, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi; 5(14):1-14.

10. Özdelikara, A., Mumcu Boğa, N., Ağaçdiken Alkan, S. (2016). ***Hemşirelik Öğrencilerinde Mesleki Örgütlenme Tutumunun Belirlenmesi***, Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 2(3): 58-70



Edirne, Sultan II. Beyazıt Külliyesi Şifahanesi

## SPONSORLAR



NOBEL AKADEMİK YAYINCILIK TARAFINDAN HAZIRLANMIŞTIR

