

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN
GEÇMİŞ SİSTEM (SAĞLIK OCAKLARI) İLE BUGÜNKÜ SİSTEMİ (AİLE
HEKİMLİĞİ) DEĞERLENDİRMELERİ: KAHRAMANMARAŞ İL
MERKEZİNDE BİR ALAN ÇALIŞMASI**

Öğr. Gör. Nihal ALOĞLU

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Kahramanmaraş Sağlık Yüksekokulu

nihaleless@hotmail.com

Prof.Dr. Mustafa TAŞLIYAN

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

mustafatasliyan@hotmail.com

Özet

Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun şekilde; organize edilmesi, sunulması ve finansmanının sağlanması amacıyla sağlık bakanlığınca uygulanmakta olan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu “Aile Hekimliği Sistemi” ne dönüştürülerek verilmeye başlanmıştır. Temel sağlık hizmetlerine erişimi yaygınlaştırmak amacıyla aile hekimliği sistemine geçilmesiyle ilgili Kanun 9 Aralık 2004 tarihli Resmi Gazetede yayınlanarak Düzce de pilot uygulamaya başlanılmıştır. 2010 yılı sonu itibarıyla tüm illerde aile hekimliği sistemine geçilmesi planlanmıştır. Aile hekimliği sisteminin uygulamaya geçmesiyle çok eleştirilmiştir. Sağlık çalışanları tarafından da çok tartışılan yeni sistemi ile sağlık ocağı çalışmasını değerlendirmeleri amaçlanmıştır.

Bu çalışma, Kahramanmaraş il merkezinde bağlı 44 Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) 123 Aile Sağlığı Biriminde aktif olarak en az 5 ay çalışan, araştırmaya katılmayı isteyen ASM de çalışan 257 sağlık çalışanının Aile Hekimliği Sistemini (AHS) ve sağlık ocağı hizmetlerini değerlendirmelerine yönelik olarak tanımlayıcı tipte bir alan araştırmasıdır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 18 paket programı ile yüzdelik hesapları ve crosstabs testleri kullanılarak yapılmıştır

Çalışmada en yüksek değeri AHS’ de “Aşılama, Bebek ve Çocuk Takibi Yeterli ve Etkili Olması” (4,2) ve “Gebe, Lohusa, 14-49 Yaş Kadın Takibi Yeterli Ve Etkili Olması” (4,0) önermeleri almıştır. AHS’ye geçmede ücret ilk faktör olarak belirtilmiştir. Çalışma sonucunda, katılımcıların büyük çoğunluğu Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) çalışmaktan memnun olduğunu, AHS’nin eski sisteme göre koruyucu sağlık hizmetlerinin amaçlarına çok daha uygun olduğunu ifade ettikleri tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Sağlık Ocağı, Sağlıkta Dönüşüm.

EVALUATION OF FAMILY HEALTH CENTERS' EMPLOYEESIN THE PAST (HEALTH CENTERS) AND THE PRESENT SYSTEM (FAMILY DOCTOR): A FIELD STUDYIN KAHRAMANMARAS

Abstract

For the purpose of organisation, services and fundation of health services in a effective, efficient and justice manner; "Transition in Health Programme" by Ministry of Health, focusing on preventive medicine, has been begun to be

carried out as family medicine system. The legislation that is related with the transition to family medicine for the purpose of spreading the access to the fundamental health services has been first practiced as a pilot practice in Duzce after been published in Official Journal in 9th December 2004 and by the end of the 2010, it is planned to be permeated to the family medicine system in all countries. With family medicine system has put into practice, it has been criticized a lot.

It is aimed to evaluate of health centers' works by means of the new system debated by health workers. This study, being a descriptive field research, was conducted on 257 volunteer health workers in 123 family health unit from forty-four family health centers in Kahramanmaraş. All participants have been working in family health centers at least for 5 months. Participants were surveyed about services presented by family medicine system(FMS) and health center system (HCS) and they were questioned about their future perspectives. Evaluation of SPSS 18 software package, percentage calculations, are made using the crosstabs.

The highest values of the study in family medicine system (FMS) are "Being Efficient and Effective of Vaccination, Baby and Child Tracking " (4.2) and "Being Efficient and Effective of Pregnant, Puerperant and 14-49 Years Old Women Tracking " (4). In the study, most of the participants declared that they were glad to work in family health centers and they considered family medicine system superior and more eligible than the old system from the point of preventive medicine and their primary reason for transferring to family health centers were the economical issues. Preventive medicine services were considered superior in family health centers system when compared to that of health centers systems.

KeyWords: FamilyMedicine, Health Center, Transition in Health

1. GİRİŞ

Bir ülkede Birinci Basamak Sağlık Hizmeti ne kadar iyi organize edilir ve sağlam temellere oturtulursa o ülke halkı için sağlık sorunları o ölçüde çözümlenmiş demektir. Tüm Dünyada olduğu gibi ülkemizde de birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda sıkıntılar yaşanmaktadır. Çağdaş sağlık sistemlerinin önde gelen amaçları arasında, birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik vererek, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve bu hizmetlerden herkesin ihtiyacı oranında yararlanmasını sağlamak ve böylece kişilerin yaşam kalitelerini ve sağlık standartlarını yükseltmek yer almaktadır(SB, 2004: 47-48).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) üyesi olan Türkiye, 1978'de temeli atılan "Herkesin Sağlık Hedefleri ve Stratejilerinin" güncellenmesi ve 21. yy. hedeflerinin belirlenmesinde aktif rol almıştır. Ayrıca,

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(ALOĞLU,N /TAŞLIYAN,M)

1998’de DSÖ Avrupa Bölge Komitesi tarafından kabul edilen “21. yüzyılda 21 Hedef” i benimsemiştir. Türkiye bu hedefler doğrultusunda, Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatına uyum sağlamayı amaçlayan stratejik planlamasını 2001’de gerçekleştirmiş, 2003 yılında da “Sağlıkta Dönüşüm Programı” nı (SDP) uygulamaya başlamıştır (SB, 2007:18).

Sağlıkta dönüşümün amacı, kaliteli ve çağdaş sağlık hizmetlerini adil ve hakkaniyetli bir şekilde halka sunan, yüksek sağlık giderlerine karşı etkin mali koruma sağlayan ve finansal olarak sürdürülebilir bir sistem kurmaktır. Bu hedefler doğrultusunda 2003-2010 döneminde, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı alanında önemli reformlar yapılmıştır; süreç halen devam etmektedir(Sülkü, 2011:1).

Sağlıkta Dönüşüm Programının temel amaçları; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasının temin edilmesidir(S.B,2004:48-50).

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri veren sağlık ocakları değişerek “Aile Hekimliği Sistemi” ne dönüştürülmüştür. Bu değişimle her bireye bir aile hekimi atanarak özelde kişilerin ve ailelerin sağlık sorunlarını oluşmasını engellemek amaçlı önlemler almak, bir hastalık yada problemlerinin oluşması durumunda gerekli müdahaleleri yapmak, kişilerin ikinci basamak sağlık hizmetlerine (hastanelere) gitmesinin nedenini ortadan kaldırmak, genelde ise toplumun her kesiminin sağlık hizmeti almasını sağlamak yani kapsamlı bir koruyucu sağlık hizmeti vermektir. Her iki sistemde de çalışan sağlık personeli verdiği hizmetlerin amacını, sunum şekillerini ve hizmetlerin geri dönüş yansımalarını en iyi ve en yakından gören değerlendiren kişilerdir. Dönüşümün en iyi değerlendirebileceklerin başında, sağlık iş gücü olacağından çalışanların kendi bakış açılarıyla her iki sistemi değerlendirmeleri dönüşümün hedeflerinin ölçümü açısından çok önemli olsa gerek.

Bu çalışmada Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bünyesindeki 123 Aile Sağlığı Biriminde (ASB) hizmet sunan sağlık elemanlarının eski ve yeni sistemi karşılaştırmalarını, hangi sistemin koruyucu sağlık hizmetlerinde daha etkili ve verimli olduğunu tespit etmek, hangi sistemin halk sağlığı hizmetlerinde daha istendik olduğunu, varsa problemleri ortaya çıkarmak ve aile hekimliği ile ilgili görüşlerini öğrenmek amaçlı tasarlanıp planlanmıştır..

2.SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI VE AİLE HEKİMLİĞİ

Sağlık hizmetlerini iyileştirme çalışmaları, sadece Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin değil, gelişmiş ülkelerin de temel ve öncelikli gündem maddesi olmaya devam etmektedir. ABD ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde bile seçim çalışmalarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, bir başka deyişle sağlıkta reform ihtiyaçları üzerinde durulmaktadır. Bu gerçek, sağlık hizmetleri sunumu konusunda bütün dünyanın yeni arayışlar içinde olduğunu göstermektedir. Gelişmişlik düzeyi ile bağlantılı olarak farklılıklar gösterse de, genel anlamda sağlık sorunlarını tamamen çözmüş bir ülke tanımlamak zordur(SB,2003:7).

3Kasım 2002 seçimlerinin hemen ardından 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan58. Hükümetin Acil Eylem Planında “Herkese Sağlık” başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirtilmiştir. Acil Eylem Planı’nın belirlenmesinden hemen sonra, 2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanarak 5258 sayılı yasa ile Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurulmuştur.

Birinci basamak sağlık hizmeti, sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile ilk kademedeki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, düşük maliyetle etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumudur(S.B, 2011: 75-78). Türkiye’de 1960’lara kadar genelde birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelde ise aile hekimliği pratiğinin rasyonel ve planlı bir biçimde örgütlendiği söylenemez. Ancak bugünkü örgütlenmenin temellerinin atıldığı belirtilebilir(Yıldırım, 2010). 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun sağlık hizmetlerinin ilk basamağını tüm ülke genelinde sağlık ocakları ve sağlık evleri olarak herkese ulaşacak ikinci basamak hizmetlerine acil durumlar dışında kişiler sevk zinciri ile gidilecekti(RG,1961). Ülkemizin gereksinme ve olanaklarıyla bağdaşan bir model” olarak tanımlanan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile getirilen birinci basamak sağlık hizmetleri modeli ağırlıklı olarak aktörlerin çıkar çatışmaları nedeniyle tam anlamı ile uygulanamamış ve reform arayışlarını da beraberinde getirmiştir(Yıldırım, 2010).

2002 yılı Kasım seçimlerinin hemen ardından hükümetin ilan ettiği Acil Eylem Planında “Herkese Sağlık” başlığıyla sağlık alanında yıllardır hazırlıkları yapılan fakat uygulamaya konulamayan reformların temel prensipleri belirlenmiş ve bir takvime bağlanmıştır. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı, “Sağlıkta Dönüşüm Programını (SDP) uygulamaya başlamıştır(TUSAK, 2007).

Bu modeli uygulamak üzere pilot çalışma yapılması kararı alınmış ve 24.11.2004 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisinin kabul ettiği bir kanun ile pilot uygulama çalışmalarına başlanmıştır.2 Pilot uygulamaya ilk olarak Ekim 2005’de Düzce ilinde başlanmıştır. 2010 yılı sonunda tüm ülkede uygulamaya geçilmiştir(sağlık platformu.com).

2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm, vatandaş merkezli bir program olup birinci basamak sağlık hizmetinin planlanması ve sunumunda bireylerin ihtiyaç, talep ve beklentilerini esas almaktadır. Bu programın önemli bileşenlerinden biri, birinci basamak sağlık hizmetinin çağdaş uygulama şekli olan aile hekimliğidir. Aile hekimliği; bireyleri biyo-psiko-sosyal çevreleri ile birlikte doğumdan ölüme kadar bir bütün olarak ele alan, bireylere seçme ve tercih etme hakkı tanıyan, sağlık çalışanlarına ise daha fazla mesleki doyum imkânı veren motive edici ve gelişmelere açık bir uygulamadır(Akdağ, 2011: 75-78).

Sağlıkta Dönüşüm Programında genel pratisyen, aile doktoru ve aile hekimi aynı anlamda kullanılmaktadır. 5258 Sayılı yasa da Aile hekimi; “kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği

ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipleridir” olarak tanımlanmaktadır(ailehekimligi.gov.tr).

Bu çalışma, Kahramanmaraş il merkezinde bağlı 44 Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) 123 Aile Sağlığı Biriminde aktif olarak en az 5 ay çalışan, araştırmaya katılmayı isteyen ASM de çalışan 257 sağlık çalışanının Aile Hekimliği Sistemini (AHS) ve sağlık ocağı hizmetlerini değerlendirmelerine yönelik olarak tasarlanmıştır. Sağlık çalışanlarının aile hekimliği modeli hakkında değerlendirmelerini almak, koruyucu sağlık hizmetlerinde en büyük işlevleri gerçekleştiren sağlık ocaklarını yerin alan Aile sağlığı merkezlerin dönüşümün hedeflerine ne ölçüde ulaşabildiğini tespit etmek. Yeni sistemin koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulamasında sorun varsa ortaya koymak, sağlık çalışanlarının her sistemin kişi ve topluma yönelik hizmet sunumlarında istendik amaçlara ulaşmada farklılıkları belirtmek ve çalışanların her iki sistemin hizmet sunucuları ve alıcılarının ne düşündüklerini neler hissettiklerini vurgulamak amaçlı planlanmıştır.

3. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

Çalışmanın Kapsamı ve Örneklem Belirleme: Çalışmanın kapsamını Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı aktif olarak resmen hizmet veren Kahramanmaraş il merkezindeki 44 Aile Sağlığı Merkezi oluşturmuştur. Araştırma 44 ASM’de 123 Aile Sağlığı Birimini aktif olarak içermektedir. Her birimde en az 5 ay çalışan ve araştırmaya katılmayı isteyen ASM de çalışan tüm sağlık meslek grubu sağlık çalışanlarını içermektedir. Araştırma sonuçların gerçekliğini yansıtmaları açısından sağlıkta dönüşüm süreci yaşandıktan 1,5 yıl (18 ay) sonrasında gerçekleştirilmiştir ki bu sayede çalışanların yeni durum hakkında yeterli bilgiye ve kaniya sahip olmaları sağlanmıştır.

Araştırmanın yapıldığı dönem itibarı ile Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğünden alınan verilere göre 123 ASM den 11 tanesi A Grubu ASM’dir. Her aile sağlığı biriminde bir hekim bir aile sağlığı Elemanı çalışmak durumundadır.. A Grubu ASM’lerde mevzuat gereği en az bir sağlık çalışanı daha istihdam etmek durumu olması sebebiyle toplamda 257 sağlık çalışanı örneklem grubunu oluşturmaktadır.

Anketin Uygulanması ve Değerlendirilmesi: Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü ve Halk sağlığı Müdürlüğünden öncelikli olarak gerekli izinler alındı. Halk sağlığı Müdürlüğünden 44 ASM’nin ve Merkezlerde çalışan hekimlerin iletişim adresleri alınarak mümkün olan her birimdeki her çalışana ulaşılmaya çalışılmıştır. Örneklem grubundan 4 ASB katılımcı olmak istememiştir. Bazı sağlık çalışanlarının doğum öncesi izinde olmaları sebebiyle ulaşılamamıştır.

Şehir merkezindeki ASM’lere bizzat gidilmiş, merkeze uzak olan belediyelerde bulunan ASM’lerdeki sağlık çalışanlarının telefon ile ulaşarak e-posta adresleri alınarak anket ulaştırılmış ve geri dönüşler sağlanmıştır. Araştırmaya konu olan ilişkinin ortaya çıkarılması ve araştırmaya konu olan değişkenlerin belirleyicilerinin ortaya çıkarılması amacıyla kapsamlı bir yazın taraması yapılmıştır.

Anketin birinci bölümde sağlık çalışanlarının demografik, sosyo-kültürel ve mesleğe ilişkin özelliklerini içeren 14 soru sorulmuştur. Anketin ikinci bölümünde ise Prof. Dr. Mustafa Taşlıyan tarafından hem geçmiş hem de bugünkü durumu aynı sorularla ölçmek ve katılımcıya aynı anda değerlendirme şansı sunmak için geliştirilen iki boyutlu sorular sorulmuştur. Sağlık Ocağı sistemi ile Aile Hekimliği Sistemini karşılaştırmak amaçlı 34 soru farklı boyut esas alınarak sorulmuştur.

Sağlık Ocağı sistemi ile Aile Hekimliği Sistemini karşılaştırmak için oluşturulan 34 önermeyi cevaplamaları için beşli Likert ölçeği kullanılmıştır. Likert ölçeğinde katılımcıların düşüncelerini daha

net anlayabilmek için “1.Hiç Katılmıyorum”, “2:Katılmıyorum”, “3:Kararsızım”, “4:Katılıyorum”, “5:Kesinlikle Katılıyorum” ifadeleri kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 18 paket programı ile, yüzdelik hesapları, crosstabs testleri kullanılarak yapılmıştır.

Ölçeğin Güvenilirliğinin Belirlenmesi: Elde edilen veriler SPSS 18,0 istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiş ve yorumlanmıştır. Birinci ve ikinci bölümdeki sosyo-demografik ve aile sağlığı sistemi ile ilgili açık uçlu ve derecelendirmeli sorular çıkarıldığında ölçeğin iç tutarlılık analizi sonucu(Cronbach’s Alpha) 0,737 olarak bulunmuştur. Bu oran sosyal bilimlerde kabul edilebilir bir sonuçtur(Nunally, 1978; Akt. Gürbüz ve Şahin, 2014: 305).

4.ARAŞTIRMA BULGULARI VE TARTIŞMA

Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Demografik Bilgiler

Demografik Özellikler	N	%	Demografik Özellikler	N	%
Yaş Grupları			Medeni Durum		
20-29	39	16,8	Bekâr	36	15,5
30-39	112	48,0	Evli	196	84,5
40 ve üzeri	82	35,2			
			Eşin Çalışması		
Cinsiyet			Hayır	35	17,7
Kadın	145	64,4	Evet	163	82
Erkek	80	35,6			
			Mesleğini Kendi İsteğiyle Seçme		
Öğrenim			Evet	182	81,6
Lise	37	16,2	Hayır	41	18,4
Ön Lisans	45	19,7	Boş	10	
Lisans	39	17,0			
Yüksek Lisans	91	39,7	İş Yerindeki Görev Durumu		
Doktora	17	7,4	A.T.T.	8	3,4
Boş	4		Ebe	77	33,0
			Hemşire	41	17,6
Meslekteki Çalışma Süreleri			Doktor	107	45,9
1-4 yıl	34	14,8			
5-9 yıl	38	16,5	Aile Hekimliği Sistemindeki Çalışma Süreleri		
10-14 yıl	53	23,0	1	40	17,5
15-19 yıl	60	26,1	2	36	15,7
20 ve üzeri	45	19,6	3	153	66,8
Boş	3		Boş	4	

ASM'de Çalışmadan Önce Çalıştıkları Birim			Şu An Nerede Çalışmak İsterdiniz?		
-I. B. S. H. (Sağlık Ocağı, AÇSAP, Verem S.D.)	142	63,4	Sağlık ocağı	48	20,7
-II. Basamak Sağlık Hizmetleri (Hastaneler)	73	32,6	A.S.M	122	52,6
-İl Sağlık Müdürlüğü ve 112 Acil	9	4,0	Devlet hastanesi	40	17,2
			Diğer	22	9,5

Tablo 1 incelendiğinde katılımcıların %48,0'ı 30-39 yaş grubundadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu %64,4'ü kadındır. Araştırmaya katılan 233 katılımcının %84,5'i evlidir. Eğitim durumu bakımından katılımcıların %39,7'i yüksek lisans mezunudur ve evli olanların %82,3'nün eşi çalışmakta. Katılımcıların %81,6'ı mesleğini kendi isteği ile seçmiştir, %45,9'u doktordur. Sağlık çalışanların %26,1'si 15-19 yıldır görev yapmaktadır, %66,8'i 3 yıl ve daha fazla süredir aile hekimliği sisteminde çalışmaktadır. Bu verilere bakıldığında katılımcıların geneline yakınının yükseköğretim mezunu olduğu, çoğunluğun on yıldan fazla sağlıkçı olduğu ve yarısından çoğunun en az 3 yıldır aile hekimliği de çalışmakta olduğu görülmektedir.

Katılımcıların yarısından çoğu %63,4'ü daha önce ASM gibi yine birinci basamak çalışmış olması eski ve yeni sistemi karşılaştırma açısından önemlidir. "Şu an nerede çalışmak isterdiniz" sorusuna %52,6'sı ASM'yi ifade etmişlerdir.

Tablo 2. AHS'ne İlişkin Düşünceleri

Aile Doktoru /Aile Sağlığı Elemanı Olarak Adlandırılmak Beni Rahatsız Etmiyor" İfadesine Katılımı	N	%	"AHS nin Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin amaçlarına çok daha uygundur" ifadesine katılımı	N	%
Tamamen Katılıyorum	43	18,8	Tamamen Katılıyorum	67	29,0
Katılıyorum	89	38,9	Katılıyorum	98	42,4
Kararsızım	25	10,9	Kararsızım	21	9,1
Katılmıyorum	38	16,6	Katılmıyorum	35	15,2
Hiç Katılmıyorum	34	14,8	Hiç Katılmıyorum	10	4,3

Tablo 2 de görüldü üzere "Aile doktoru/aile sağlığı elemanı olarak adlandırılmak beni rahatsız etmiyor" ifadesine katılım %57,7 olsa da çapraz tablo analizlerinde Aile hekimliği sisteminde şuan çalışmakta olan Ebeler, "Aile Sağlığı Elemanı Olarak" adlandırılmaktan rahatsız olmakta ve aile hekimliği sisteminde laboratuvar hizmetlerinin yeterli bulmamaktalar. "AHS'nin koruyucu sağlık hizmetlerinin amaçlarına çok daha uygundur" ifadesine katılım %71,4 olarak bulunmuştur. Alagöz ve arkadaşlarının(2010: 354) yaptığı çalışmada Doktorların en çok çalışmak istediği birim ASM olduğunu, maaşını yeterli bulanlar sadece doktorların olduğunu ASE kavramın yanlış olduğunu düşünen kesim %80'lerde olduğunu belirtmişler ve çalışanlarının AHS'ne bakış açıları değerlendirildiğinde, doktorlar

AHS'ni Türkiye'ye uygun 1. Basamak sağlık hizmeti olarak değerlendirdiğini bildirmiştir. Bu veriler çalışanın bulgularını destekler niteliktedir.

Araştırmada çapraz tablo analizlerinde (crosstabs);Doktorlar işlerinin yeni şeyler öğrenme ve kendimi geliştirme fırsatı vermediğini ifade etmişlerdir. Yine doktorlar aile hekimliği sisteminde maaşının eğitim/tecrübe düzeyimle orantılı, hak edilen maaşı aldıklarını, çalışma alanının fiziksel olarak yeterli bulduklarını ve araç-gereçlerin ve gerekli malzemelerin yeterli olduğunu düşünmektedirler. Aile hekimliği sisteminde şuan çalışmakta olan Ebeler, aile hekimliği sisteminde laboratuvar hizmetlerinin yeterli bulmamaktalar.

Katılımcıların aile hekimliği birimine geçme önermelerin derecelendirmelerine göre dağılımlarına baktığımızda, varyans analizi sonucu AHS'ye geçmede en yüksek 2,79 ortalama ile şehir merkezinde çalışma isteği ilk sırayı, 2,89 ortalama ile ücret önermesi ikinci sırayı almıştır. Katılımcılara sunulan önerme sıralamaları ve ortalamaları aşağıdaki gibi olmuştur;

1. Ücretin Önemi (2,8908)
2. Şehir Merkezinde Çalışma İsteği(2,7991)
3. Kendi İşimde Çalışma İsteği (3,6211)
4. Farklı Görevlendirmelerden Çekinme (3,6828)
5. I.B.S. Hizmetlerinde Çalışmayı Sevmek (3,6652)
6. Yeni Sistemi Tanımak (4,3689)

Katılımcıların %30,1'i ücreti önermesini ilk sırada, %27,1'i şehir merkezinde çalışma isteği önermesine ikinci sırada yer vermişlerdir. Alagöz ve ark.,(2010) ve Çiçeklioğlu, (2013) yaptıkları araştırmada AH'ye geçişte en önemli nedenin doktorlarda ücretin yüksek oluşu, ebelerde ise görevlendirmelerden korkma olduğunu ifade etmişlerdir. Çetinkaya ve ark., (2012) hekimler üzerine yaptığı araştırmada AH'ye geçiş nedeni %45,2 ücret, %54 yeni sistemde yer almak olduğunu belirtmiştir. Bu durumun katılımcıların çoğunluğunun bayan ve evli olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Tablo 3. Katılımcıların Sağlık Ocağı Sistemini İle Aile Hekimliği Sistemi Değerlendirme Analizleri

	SAĞLIK OCAĞI SİSTEMİ					AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ				
	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Toplam	Mean	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Toplam	Mean
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
-Aşılama, Bebek Ve Çocuk Takibi Yeterli Ve Etkili Olması	57 26,7	55 25,8	101 47,5	213 100	3,30	18 8,1	21 9,5	183 82,4	222 100	4,2
-Gebe, Lohusa, 14-49 Yaş Kadın Takibi Yeterli Ve Etkili Olması	63 30	52 24,8	95 45,2	210 100	3,20	24 10,8	25 11,3	173 77,9	222 100	4,0
-Verilerin Daha Kontrollü Kayıt Yapılması	74 35,1	46 21,8	91 43,1	211 100	3,0	26 11,9	27 12,3	166 75,8	219 100	3,9

-Sistemin Sorgulana bilirliliği	76 36,4	53 25,4	80 38,2	209 100	2,99	33 15,0	29 13,2	157 71,7	219 100	3,9
-Halkın Sağlık Hizmetine Ulaşımı Daha Kolay Olması	50 24,0	44 21,0	115 55,0	209 100	3,44	35 16,0	35 16,1	148 67,9	218 100	3,8
-Koruyucu Sağlık Hizmetleri Açısından Nitelikli Hizmet Vermesi	87 40,2	49 22,7	80 37,1	216 100	2,95	33 14,8	32 14,3	159 71,0	224 100	3,7
-Sorumlu Olunan Nüfusa Yeterince Hakim Olunması	88 41,2	47 22	79 36,8	214 100	2,89	37 16,7	35 15,8	150 67,6	222 100	3,7
-Diğer Çalışanlarla Ortak Çalışmalar Yapabilirliği	41 19,8	42 20,3	124 59,9	207 100	3,46	44 20,4	36 16,7	136 63	216 100	3,7
-Hasta Memnuniyetinin Yeterli Olması	70 32,7	58 27,1	86 40,2	214 100	3,0	48 21,5	39 17,5	136 61,0	223 100	3,5
-Sadece Kendi İşinin Gerekliliğini Yapma	73 34,1	45 21	96 44,8	214 100	3,0	62 27,9	37 16,7	123 55,4	222 100	3,4
-Bireyi Aile Ve Çevresiyle Daha Bütüncül Yaklaşabilme Durumu	69 32,8	71 33,6	71 33,6	211 100	2,95	42 19,0	55 25,1	122 55,7	219 100	3,4
-İş Yükünün Fazla Olması	63 29,9	37 14,7	101 52,6	214 100	3,33	67 30,9	28 12,9	122 56,2	217 100	3,4
-Ekip Çalışmasına Uygunluğu	64 30,8	45 21,6	99 47,6	208 100	3,21	53 24,3	35 16,1	130 59,7	218 100	3,4
-Daha Verimli Çalışma Hissi Vermesi	75 34,9	40 26,4	99 38,7	214 100	3,0	61 28,0	43 19,7	114 52,3	218 100	3,3
-Entegre Sağlık Hizmeti Verilmesi	64 30,7	68 32,8	76 36,5	208 100	3,0	51 23,7	50 23,3	114 53,0	215 100	3,3
-Çalışma Alanının Fiziksel Olarak Yeterliliği	82 38,7	41 19,3	89 42,0	212 100	2,95	59 26,6	45 20,2	118 53,2	222 100	3,3
-Laboratuvar Hizmetlerinin Yeterliliği	80 37,8	47 22,2	85 40,0	212 100	2,93	67 36,0	44 19,8	111 50,0	222 100	3,3
-Hekimlerle Diğer Sağlık Çalışanlarının İletişiminin Yeterliliği	56 27	49 23,8	102 49,2	207 100	3,25	56 25,1	46 21	118 53,8	219 100	3,3
-Gerektiğinde İzin Alabilme Durumu	65 32,2	46 22,8	91 45,0	202 100	3,11	63 30,0	38 18,1	109 51,9	210 100	3,3
-Çalışma Arkadaşlarının Konularında Yeterliliği	41 19,4	48 22,6	123 58,0	212 100	3,48	28 12,7	39 17,6	155 69,8	222 100	3,3
-Gerektiğinde İzin Alabilme Durumu	65 32,2	46 22,8	91 45,0	202 100	3,11	63 30,0	38 18,1	109 51,9	210 100	3,3
-Hak Edilen Maaşı Alma Düşüncesi	114 54,3	33 15,7	63 30,0	210 100	2,46	51 23,2	54 20,5	124 56,4	220 100	3,3
-Araç-Gereçlerin Ve Gerekli Malzemelerin Yeterli Olması	62 29,7	31 14,8	116 55,5	209 100	3,34	66 29,8	30 13,5	126 56,8	222 100	3,2

-Bu Sistem De Meslektaşların Rakip Olarak Görülmesi	110 53,2	35 16,9	62 29,9	207 100	2,52	73 33,1	36 16,4	111 50,4	220 100	3,2
-Rahat Ve Özgürce Çalışabilme Fırsatı Vermesi	75 35,1	40 18,7	99 46,2	214 100	3,12	82 36,7	35 15,7	106 47,5	223 100	3,1
-Sistemin Ülkemiz İçin Uygun Olması	76 35,8	46 21,8	90 42,4	212 100	3,0	71 32,1	54 24,4	96 43,4	221 100	3,1
-Yetki Ve Sorumluluklarının Açık Olması	79 37,8	44 21,1	86 41,1	209 100	2,96	82 37,6	44 20,2	92 42,2	218 100	3,0
-Beklentilerin Ve Denetimlerin Adil Olması	92 43,9	53 25,2	65 30,9	210 100	2,74	74 33,8	62 28,3	85 37,9	219 100	3,0
-Maaşının Eğitim/Tecrübe Düzeyiyle Orantılı Olması	118 56,8	42 20,2	48 23,0	208 100	2,34	73 33,1	43 23,6	120 43,2	220 100	3,0
-Yapılan Değişikliklerin Yeterince Açık Olması	81 39,7	54 26,5	69 33,8	204 100	2,82	74 34,8	61 28,6	78 36,6	213 100	2,9
-İşinizin Yeni Şeyler Öğrenme Ve Kendimi Geliştirme Fırsatı Vermesi	98 45,3	52 24,1	66 30,6	216 100	2,74	57 39,1	42 18,8	94 42,2	223 100	2,9
-İşinizin Size Toplumda Saygınlık Kazandırması	87 40,2	49 22,7	80 37,1	216 100	2,95	88 39,7	44 19,8	90 40,5	222 100	2,9
-Hizmet- İçi Eğitimlerin Yeterince Verilmesi	94 45,2	46 22,1	68 32,7	208 100	2,67	81 37,5	49 22,7	86 39,8	216 100	2,9
-Personel Sayısının Yeterliliği	65 30,4	32 15	117 54,6	214 100	3,33	92 41,6	29 13,1	100 45,3	221 100	2,9
-Mesleki Gelişime İmkânının Olması	107 51,2	52 24,9	50 23,9	209 100	2,42	90 41,3	63 28,9	65 29,8	218 100	2,7

Tablo 3 incelendiğinde Sağlık ocağı sisteminde I. Basamak Sağlık Hizmeti verme ile ilgili 14 önermenin ortalamaları “3,05” AHS de ise “3,53” olarak bulunmuştur.

Çalışmada en yüksek değeri AHS’ de “Aşılama, Bebek ve Çocuk Takibi Yeterli ve Etkili Olması” (4,2) ve “Gebe, Lohusa, 14-49 Yaş Kadın Takibi Yeterli Ve Etkili Olması” (4) önermeleri almıştır. Üstü ve ark.(2011), Nesanır ve Erkman,(2010) araştırmasında özellikle performansa dayalı bu işlemlerde işlemlerde artış olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların en çok katıldıkları önermelerin bir diğeri de “Hak Edilen Maaşı Alma Düşüncesi” olmuştur. Çetinkaya ve ark.,(2012), Aktaş ve Çakır, (2012: 25) Alagöz ve ark.,(2010;357), Çiçeklioğlu ve ark.(2013) ve Baykan ve ark.(2014) özellikle hekimlerce belirtilen olumlu yöndeki en önemli değişikliğin elde edilen gelirin artması olduğunu ifade etmişlerdir.

I. Basamak sağlık hizmetlerinin nitelik ve sistematikliğini sorgulayan “Koruyucu Takibi Yeterli Ve Etkili Olması”, “Sorumlu Olunan Nüfusa Yeterince Hakim Olunması”, “Hasta Memnuniyetinin Yeterli Olması”, “Bireyi Aile Ve Çevresiyle Daha Bütüncül Yaklaşabilme”, Verilerin Daha Kontrollü Kayıt Yapılması”, “Sistemin Sorgulana bilirliği” önemleri anlamlı olarak AHS’de daha yüksek bulunmuştur. Alagöz ve ark.,(2010;357) Mutlupoyraz,(2010) 2008 ve 2009 yılında sağlık ocakları ve AH’yi karşılaştırdığı araştırmaları bu çalışmanın bulgularını desteklemektedir.

Çetinkaya ve ark., (2012), Aktaş ve Çakır, (2012: 25) Sağlık Personeli; çalışma verimliliği, halkın sağlık hizmetlerine hızlı erişimi, ekip çalışmasına uygunluğu, hizmette süreklilik, verilen kayıt altına alınması, ücret tatmini, koruyucu sağlık hizmetleri sunumu, poliklinik hizmetleri sunumu açısından sağlık ocağına göre ASM'leri daha başarılı bulduklarını belirtmiş olup AHS'nin devam etmesini istemektedir. Diğer taraftan ASM'lerin bina yeterliliği, personel yeterliliği, laboratuvar hizmetleri, açısından iyileştirmelere gidilmesi gerektiği ifade etmişlerdir.

Araştırmada yapılan çapraz karşılaştırmalarda, doktorlar göreceli olarak sağlık ocağı sistemine göre ASM'ler için daha olumlu fikir beyan etmişlerdir. Ebeler aşılama, bebek ve çocuk, gebe, lohusa, 14-49 yaş kadın takibi yeterli ve etkili bulduklarını, koruyucu sağlık hizmetleri açısından nitelikli hizmet verdiğini, Çiçeklioğlu ve ark. (2013), rahat ve özgürce çalışabilme fırsatı bulabildiklerini, sağlık ocağında hizmet- içi eğitimlerin yeterince verildiğini ifade etmişlerdir. Alagöz ve ark., (2010: 355), çalışanlarının AHS'ne bakış açıları değerlendirildiğinde, doktorlar AHS'ni Türkiye'ye uygun 1. Basamak sağlık hizmeti olarak değerlendirirken, ebe ve hemşirelere göre 1. basamak sağlık sistemi olmadığını düşündüklerini tespit etmişlerdir.

Hemşireler sağlık ocağı çalışmasının ekip çalışmasına uygun olduğunu ifade etmişlerdir. Acil Tıp Teknisyenleri (ATT) sağlık ocağında mesleki gelişme imkânının olmadığını ve sağlık ocağında diğer çalışanlarla ortak çalışmalar yapabildiğini belirtmişlerdir.

Bu verilere göre Sağlık Ocağı sistemini herkesin kendi görev tanımlamalarına göre cevapladığını söyleyebiliriz. Doktorlar koruyucu hizmetlerde bütüncül yaklaşımın olmadığını ifade ederken, ebeler ise o dönemde koruyucu hizmetlerin bireysel uygulamalarını kendileri yaptıkları için gebe, bebek, aşı gibi uygulamaları yeterli bulmaktalar. Hemşireler ise sağlık ocaklarında tedavi alanında görev yaptıklarından ve ocak çalışmalarında hemşire sayısının yeterli olmasından iş bölümü yapabildiklerinden ekip çalışmasının uygun olduğunu ifade etmiş oldukları söylenebilir.

Bu veriler ışığında koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli işlevlerinin başında gelen ana çocuk sağlığı hizmetlerinin sağlık Ocakları sistemine göre AHS de çok daha etkili ve verimli yapıldığını söyleyebiliriz. Yine araştırmada ortaya çıkan diğer bir unsurda kayıt sisteminin eskiye göre daha iyi yapıldığı ve işlem ve işlevlerin bu yeni sistemde sorgulana bilirliğinin artmasıdır (Alagöz ve ark., 2010: 357). Diğer taraftan aile Hekimliği Sisteminde personel sayısının az bulunması sistemin tam manasıyla oturmadığını ve ASM'lerin çoğunun sınıf olarak A Grubu olmadıklarından kaynaklandığını söyleyebiliriz. Çünkü A Sınıfı ASM'lerde tam veya yarı zamanlı birden fazla eleman istihdam etme zorunluluğunu yerine getirmesi gerekmektedir.

Sağlık bakanlığının (2010: 24) tüm sağlık çalışanlarını kapsayan "Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması"nda birinci basamak sağlık çalışanları Hasta memnuniyetinde, Aile hekimliği ve SDP bileşenlerine ait konularda en iyi görüş bildiren üçüncü grup olmuştur. Bununla beraber çalışmaya katılanların yarısı aile hekimliği uygulamasında yer almaktan memnun görünmektedirler.

Uygulanan doğru sağlık politikalarının sonucu olarak sağlık personelinin veriminin arttığı, sağlık hizmetlerinin niteliğinde beklenenin aksine düşüş değil bir artış olduğu gözlenmektedir (Üstü ve ark. 2011:59).

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın sonucunda araştırmaya katılanların verdikleri cevaplar ile;

- Katılımcıların %66'sı Aile Hekimliği Sisteminin ilk uygulamasından bu yana çalışmaktadır %63,4'ü Aile Sağlığı Merkezinde çalışmadan önce sağlık ocağında çalışmışlardır. Bu durum her iki sistemi katılımcıların değerlendirme olanaklarının bulunduğunu göstermektedir.
- Sağlık çalışanlarının Aile Hekimliği Sistemine geçmeden önce I. Basamak hizmetlerinde çalışmış olduklarından dolayı Sağlık Ocağı Sistemine göre Koruyucu sağlık hizmetlerinin amaçlarına daha uygun bulduklarını,
- AHS'de çalışmaktan memnun olduklarını,
- Özellikle aşılama, bebek ve çocuk gebe, lohusa, 14-49 yaş kadın eski sisteme göre çok daha etkili ve yeterli olduğu,
- Maaşların, kayıtların, sistemin sorgulanmasının eski sisteme göre daha iyi olduğu,
- AHS'de sorumlu olunan nüfusa daha hakim olunduğu,
- AH'nin daha iyi sorgulanabildiği
- Sisteme geçişte önceliğin maaşlardaki artışın ve merkezde çalışma isteği etkili olduğu,
- Hasta memnuniyetinin arttığı,
- Sağlık ocağı sisteme göre Araç-Gereçlerin ve Gerekli Malzemelerin ve Personel sayısının Yetersiz olduğu,
- Hekimler dışındaki çalışanların mesleki gelişme imkânının olmadığı,
- Aile sağlığı elemanı olarak adlandırılmaktan ebelerin rahatsız olduğu neticelerine ulaşılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

• Aile hekimliği uygulaması 2010 yılı sonunda tüm ülkede yaygınlaşmıştır. Şüphesiz yeni bir uygulama ve çalışma şekli, hem hekimler ve diğer sağlık personeli açısından, hem denetleme ile sorumlu sağlık otoriteleri açısından hem de hastalar açısından yeni ve değişik sorunları beraberinde getirecektir(Aktaş ve Çakır, 2012; 28).Aile Hekimliği Sistemi farkı bir disiplindir. Bu yeni başlangıç taranabilir, önlenabilir ve tanısı konulmuş hastalıkların ve komplikasyonların azaltılmasında çok yönlü, bütüncül, sürekli bakımı sağlayabilecek bir hekim yaklaşımını zorunlu kılmakta ve 'hastalık yoktur hasta vardır' prensibiyle birey merkezli, kademeli bir sağlık sunumunu içermektedir. Aile Hekimliği disiplini teorik bir yaklaşımdan ziyade bu özellikleri ile uygulanabilir, pratik bir model olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu model ülkemizde başta çok eleştiri almışsa da başarıyla uygulanmaya konulduğunu ve sistem oturdukça daha da anlaşılabilir sorunlar giderilerek koruyucu sağlık hizmetlerindeki istendik neticelerine ulaşılacağı göstermektedir.

• Aile hekimliği sistemine geçişte doktorlar dışında diğer çalışan sağlık personeline yeterli bilgilendirmeler yapılmamıştır. Sağlık ocağında hemşirenin, ebenin ve hekim dışındaki personelin yaptığı tüm girişimleri bugün Aile Sağlığı Elemanı adı altında herhangi bir sağlık meslek gurubundan bir sağlık çalışanı "Aile Sağlığı Elemanı" olarak yapmak durumunda kalmıştır. Bu durum eğitimi almamış kişilerde stres, hizmet alıcılar açısından risk oluşturmaktadır. Nasıl "Aile Hekimliği Sistemi" farklı bir disiplin ise "Aile Sağlığı Elemanı" olarak kişilerinde bu disiplin içinde eğitimi almaları gerekmektedir. Bu sebepten dolayı eğitim sistemimiz içinde Sertifika Programları oluşturulmalıdır. Sertifika programları bugün içinde bu konudaki farklı düşünceleri ve iş tanımlarını ortadan kaldıracaktır. Eski sistemde ebelerin yaptığı bir takım görevlerin eğitimi almamış sağlık meslek grupları içinde eğitici nitelikte olacaktır ve de doktorlar dışındaki sağlık çalışanları için mesleki gelişme imkânları sunmuş olunacaktır.

- Ülkemiz için daha uygun görünen AHS de eleman sıkıntısının giderilmesine yönelik yapılacak bir takım ek uygulamalar ile daha istendik sonuçlar alınacağı düşünülebilir.

KAYNAKLAR

AİLE HEKİMLİĞİ, <http://ailehekimligi.gov.tr/> (05.05.2013).

AKDAĞ, R. (2011), “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu” 2003-2011. TÜRKİYE SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI. Sağlık Bakanlığı. Yayını. Ankara. SS. 377

AKTAŞ, E. Ö., Çakır, G. (2012), “Aile Hekimlerinin, Aile Hekimliği Uygulaması Hakkındaki Görüşleri: Bir Anket Çalışması”, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İzmir, Ege Tıp Dergisi, 2012, Cilt 51, Sayı 1, ss,21-29

ALAGÖZ, U. Ö., TENGİLİMOĞLU, D., ÜNALAN. D, (2010), “Hekimliği Sistemine Geçiş: Kayseri İli Develi İlçesi Örneği”, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı CİLT 1ss:345-359.

BAYKAN, Z., Çetinkaya, F., Naçar, M., & Kaya, A., (2014),“Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler”, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi,

ÇETİNKAYA F., Baykan, Z., Naçar, M., Öksüzkaya, A., (2012),“Kayseri İlindeki Aile Hekimlerinin Aile Hekimliği Sistemi İle İlgili Düşünceleri ve Uygulamaları”, 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2-6 Ekim 2012 – Bursa

ÇİÇEKLİOĞLU, M.,Öcek Z., Yüce, Özdemir R., Türk M., Taner Ş., (2013),“Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü?”Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Ankara

GÜRBÜZ, S., ŞAHİN, F. (2014). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri Felsefe-Yöntem-Analiz, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

MUTLUPOYRAZ, F. (2010), “Adana’daki Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri Ve Bu Kurumlarda Çalışan Hekimlerin İş Doyumunun Saptanması”, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana.

NESANIR, N.,& Erkman, N. (2010), “Aile Hekimliği Uygulamasına Geçen İlk 11 İlin Sağlık Göstergeleri Üzerinden Bu Sürece Bir Bakış”, TAF Preventive Medicine Bulletin, 9(5).

NUNALLY, J.C. (1978), Psychometric Theory (Second Edition), New York, McGrawHill, ss,701

RESMİ GAZETE. (2005),Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik. Sayı:25867, Yayın tarihi: 06.07.2005, Resmi Gazete, Ankara [http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2\(08.05.2013\).](http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2(08.05.2013).)

SAĞLIK BAKANLIĞI,(2003), Sağlıkta Dönüşüm. T.C. Sağlık Bakanlığı yayını, Ankara.

SAĞLIK BAKANLIĞI,(2004), Sağlıkta Dönüşüm Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı yayını, Ankara.

SAĞLIK BAKANLIĞI, (2011),Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Ankara: Mavi Ofset, 2004.ss,105,Ankara.

SAĞLIK BAKANLIĞI,(2007), 21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfızısıhha Merkezi, Hıfızısıhha Mektebi, Ankara.

SAĞLIK BAKANLIĞI,(2010),Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara,

SAĞLIK PLATFORMU, (SP). <http://www.saglikplatformu.com>. (04.05.2013)

SÜLKÜ, S., N. (2011), “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı Ve Sağlık Harcamaları”, T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayın No:2011/414, ss:103, Ankara.

TUSAK, TÜRKİYE SAĞLIK KURUMU, SB. www.tusak.gov.tr (05.05.2013).

ÜSTÜ, Y., Uğurlu, M., Örnek, M., &Sanisoğlu, S. Y. (2011,)“2002-2008 Yılları Arasında Erzurum Bölgesinde Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”, Balkan MedicalJournal, 28(1).

YILDIRIM, H.H. (2010),“Sağlık ve Siyaset Yazıları: Avrupa Birliği Yolunda Türkiye –Aile Hekimliği Açısından Değerlendirmeler.” ABSAĞLIK. <http://www.absaglik.com>.

HALKLA İLİŞKİLER FAALİYETLERİNE HASTALARIN BAKIŞ AÇISI:

BİR KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ

Dr. Mustafa Kemal KÖRDEVE

Gedik Üniversitesi Meslek Yüksekokulu

kemal.kordeve@gedik.edu.tr

Özet

Hastaneler sağlık hizmeti ile beraber birçok hizmeti de aynı anda sunan kuruluşlardır. Ülkemizde sağlık hizmetleri devlet tarafından finanse edildiğinden hastalar daha çok kamu hastanelerini tercih etmektedirler. Bu nedenle bu çalışmada kamu hastanelerinden hizmet alan hastaların halkla ilişkilere bakış açısı ve bu bakış açısının kurum imajının oluşmasına etkileri incelenmiştir. Bu amaçla İstanbul ilinde faaliyet gösteren bir kamu hastanesinden hizmet alan hastalar üzerinde anket yöntemi ile alan araştırması yapılmıştır. Araştırmanın hastalar üzerinde yapılması, hastaların kamu hastaneleri halkla ilişkiler faaliyetlerine bakış açısını değerlendirme imkanı sağlamıştır.

Anket soruları iki bölümden oluşmakta olup, dokuz sorudan oluşan birinci bölümde katılımcılara ait demografik faktörlere, 26 sorudan oluşan ve 5'li Likert ölçeklendirmesi kullanılan ikinci bölümde ise halkla ilişkilere yönelik sorular sorulmuştur. Anket soruları araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak oluşturulmuştur. Anket soruları 3 aylık sürede hastaneye gelen hastalar üzerinde yapılmıştır. Anket gönüllülük esasına göre yapılmış olup ankete toplam 130 kişi katılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programına girilerek çalıştırılmıştır. Anahtar Kelimeler: Halkla ilişkiler, Kurum İmajı, Hastane, Sağlık Kuruluşu

PUBLIC RELATIONS PERSPECTİVE OF PATİENTS: EXAMPLE OF A PUBLIC HOSPİTAL

Abstract

Hospitals are orgainzations that provide to health services with many services Patients have prefered Public hospitals due to health services are financed by government our country. In this survey investigated that perspective of patients provided by puclic hospitals and it the effects of the formation of corporate image. For this purpose, research was conducted with survey method on the patients that services provided by public hospitals. The survey has provided the opportunity to evaluation Public relation perspective of patients provided by puclic hospitals.

The survey questions consist of two parts, It is located nine questions the whose demographic factors on the participants first section. The second section is located thirty questions that used five-point Likert scale and it was asked for Public relation. The survey questions were developed by the researcher with scanning literatüre. The survey questions were performed on patientsthat come 3 months in the hospital. 130 people participated in the survey that is essential reading. The obtained data were entered with running into SPSS 22.0 software package. Keywords: Public Relations, Corporate İmage, Hospital, Health Institution

GİRİŞ

Organizasyonların hem çalışanları hem de müşterileri ile iletişim kurmasında önemli bir paya sahip olan halkla ilişkiler kavramı geçmişten günümüze bu önemini sürekli korumuştur. Halkla ilişkiler, teknolojik imkânların artması özellikle de internetin buluşu ve yaygınlaşmasıyla daha önemli bir yere gelmiştir. Müşteri memnuniyetine önem veren işletmeler bir vitrin konumunda olan halkla ilişkiler bölümüne daha da bir önem vermişlerdir. Özellikle küreselleşmeyle beraber sanal ortamda hizmet vermeye başlayan işletmeler müşteri memnuniyetini hususunda daha dikkatli davranmak istemekte ve buna paralel olarak da halkla ilişkiler birimini sürekli canlı tutmak istemektedirler.

Halkla ilişkiler hizmet sunumu yapan organizasyonlarda ayrı bir öneme sahiptir. Halkın memnuniyetinin en üst düzeye çıkartılabilmesi ve hizmette kalitenin sağlanabilmesi için halkla ilişkiler faaliyetlerinin doğru bir biçimde uygulanması gerekmektedir (Sezgin ve Bulut). Özellikle hizmetlerin özelliklerinden kaynaklanan nedenlerle ve tüketicilerde sürekli yüz yüze olunması nedeniyle hizmet sunucuları beklentileri karşılamakta daha fazla efor sarf etmektedirler. Hastane organizasyonları ise hizmet sunumu yapan organizasyonlar içinde hemen hemen en önemli yere sahiptir. Çünkü burada mevzu memnuniyetten öte insan sağlığıdır. Dolayısıyla hastane organizasyonları insan sağlığını kurtarmaya çalışırken memnuniyeti de sağlamaya çalışmaktadırlar. Hastalığın tedavisinde ve sağlığın korunmasında hekimlerin ve yardımcı personelin gösterdiği performansın halkla ilişkiler birimince de desteklenmesi gerekir ki aynı zamanda hasta ve hasta yakını memnuniyeti yakalanabilsin. Bir diğer deyişle kaliteli hizmet veren sağlık personeli tercih edilebilirliği artıracaktır ama hastaneye ilk girişte ve sonrasında iyi organize olamamış bir halkla ilişkiler birimi daha sağlık hizmetini sunamadan hasta ve hasta yakınının hizmet alımından vazgeçmesine neden olabilir. Bu nedenle kompleks ve aynı zamanda matriks bir yapıya sahip olan hastane organizasyonlarının halkla ilişkiler hizmeti daha da bir önem arz etmektedir.

Halkla İlişkilerin Tanımı

Halkla ilişkiler, bir kurumun itibarını korumasına ve devamlılığını sağlamaya yardımcı olan en önemli kavramlardan biridir. Varlığını devam ettirmek isteyen her kurum hitap ettiği kesimin desteğini almak zorundadır (Metin ve Altınok, 2002).

Halkla ilişkiler kavramı üzerine çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. İngilizce de Public Relations olarak tanımlanan halkla ilişkilere farklı yazarlarca çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Halkla ilişkiler konusunda önde gelen bilim adamlarından James E. Gruning ve Todd Hunt'a göre halkla ilişkiler, organizasyon ile müşterileri arasındaki iletişim yönetimidir. Amerika Halkla İlişkiler Derneği ise halkla ilişkileri, organizasyon ve müşterileri arasındaki uyumu sağlayan bir yönetim fonksiyonu olarak tanımlamaktadır. (Linda, 2011 çvrn: kördeve). Diğer bir ifadeye göre de bir yönetim fonksiyonu olarak halkla ilişkiler kamuoyunun tutumlarını değerlendirip, politika ve prosedürlerini kamuoyunun çıkarlarıyla tanımlayan bir kavramdır (Fidan, 2008).

Asna ise halkla ilişkileri özetle; kuruluş ile hedef kitle arasında dürüst ve sağlam bağlar kurarak, karşılıklı yarar sağlayan ilişkiler sürdürme yolundaki planlı çabaları kapsayan bir yöneticilik sanatıdır şeklinde tanımlamıştır (Asna, 2012:23). Bazı yazarlarca halkla ilişkiler pazarlama ile eş anlamlı olarak da değerlendirilmektedir (Karaçor ve Arkan, 2014). Bununla beraber halkla ilişkiler daha çok kurum imajı ve müşteri memnuniyeti üzerinde yoğunlaşırken, pazarlama daha çok pazar ve karlılık üzerinde yoğunlaşmaktadır.

Hastaneler açısından halkla ilişkiler denildiğinde, bir toplumdaki hastaların işinin kolaylaştırılması ve hastane imajının geliştirilmesi kastedilir (Kumar, Abijith ve Jacob, 2015 çvrn: kördeve). Halkla ilişkiler, kurum kültürünün yayılmasına, kurum imajı oluşturma ve kurum mesajlarını hedef kitleye aktarmaya yardımcı olan çabalar olduğundan (İşler, Çiftçi, Yarangümelioğlu, 2013), hastanelerde de aynı katkıyı yapması beklenebilir.

Halkla İlişkiler Tarihsel Gelişimi

Halkla ilişkilerin tarihsel süreci ile ilgili net bir şey söylenemese de literatürde 19. Yüzyılın sonu 20. Yüzyılın başı olarak kabul edilmektedir (Taşdelen, 2014). Edward L. Bernays, bugün işletmeler için çok önemli bir yere sahip olan halkla ilişkilerin babası olarak kabul edilmektedir (Linda, 2011). Günümüze gelindiğinde ise artık halkla ilişkiler kendi başına bir bilim olarak incelenmektedir. Halkla ilişkilerde iletişim yüz yüze olabileceği gibi kitle iletişim araçları aracılığı ile de gerçekleşmeye başlamıştır (Akkaya, 2013). Özellikle kamu kuruluşları, yerel yönetimler ve sivil toplum örgütleri internet kullanımından daha aktif faydalanmaktadırlar (Tarhan, 2014). Diğer bir ifadeyle halkla ilişkiler aktiviteleri için internet efektif bir şekilde kullanılmaktadır. Artık organizasyonlar halkla ilişkileri profesyonel bir şekilde yürütmeye çalışmakta ve uzman çalışanlar istihdam etmektedir.

Hastanelerde Halkla İlişkiler

Halkla ilişkiler birimi, kuruluş hakkında olumlu haberler yayınlanarak hedef kitlelerde pozitif bir algı oluşturur(Tarhan, 2014). Hastaneler hizmet sunan işletmeler olup diğer kurumlardan farklı olarak hiçbir ayırım gözetmeksizin toplumun tüm bireylerine hitap eden özel ya da kamu kuruluşlarıdır. Diğer hizmet sunucularından ayrılan en önemli özelliği belirli bir gruba hitap eden değil herkese hitap etmesidir. Ayrıca hastanelerde öncelik kar elde etmek değil sağlığın iyileştirilmesini sağlamaktır.

Hastanelerde halkla ilişkiler neden önemlidir.

- Hastaneler sadece bir alanda hizmet vermemekte olup farklı hizmetlerin bir bütün oluşturduğu kompleks yapılardır.
- Kamu kaynaklarının kısıtlanması ve finansman ihtiyacı.(Ayhan ve Canöz, 2006)
- Sağlıkta genel olarak terminoloji Latince'dir ve yönlendirmeye ihtiyaç vardır.
- Hastaneye giden hasta ve hasta yakınları genel anlamda stres, gerginlik ve huzursuzluk altında olduğundan sağlıklı karar veremeyebilir(Tengilimoğlu, 2001:28). Hasta ve yakınlarına karar vermede yardımcı olacak iyi bir halkla ilişkiler birimine ihtiyaç kaçınılmazdır.
- Sağlık ihtiyacı hastaya göre farklılık arz etmekte olup tüketiciye tam anlamda neyi istediğini/isteyeceğini bilmemektedir. Dolayısıyla doğru yönlendirilmeye ihtiyacı vardır.
- Amaç sağlığa kavuşmak olduğundan sadece hastanın değil yakınlarını da ilgilendirir.
- Ölümcül ve acil vakaların olmaması veya minimum seviyeye indirilmesi hızlı ve etkili düşünceleri gerektirmektedir. Hasta veya yakının da bu kararı verebilmesi çok zordur.

Hastanelerde Halkla İlişkiler Biriminin Başlıca Görevleri;

- İş görenler için çalışmaktan mutluluk duyulan bir 'çalışma ortamı' yaratılması (Yurdakul, Coşkun ve Öksüz, 2007)
- Müşteri sadakatinin sağlanması (Yurdakul, Coşkun ve Öksüz, 2007)
- Hastanenin kamusal hizmetlerini halka anlatmak, amaçları, uygulamadaki aksaklıkları ve başarıları halka iletmek (Ertekin, 1971)

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org
(KÖRDEVE,M,K)

- Hastanenin genel halkla ilişkiler programını hastane yönetimi ile işbirliği içinde yapmak ve uygulamak (Ertekin, 1971)

Sağlık hizmeti sunumu yapan kuruluşlarda halkla ilişkiler biriminin diğer hizmet sunucularına göre daha profesyonel çalışması gerekmektedir. Çünkü sağlık hizmeti sunumunda hizmeti satın alacak olan kişi veya kişiler bedenlen ve ruhen kendini iyi hissetmeyen ve anlık kararlarında hata yapabilecek olan kişilerdir. Neyi nasıl yapacağını bilemeyen ve panik halinde olan hasta ve hasta yakınlarının detaylı ve doğru bir şekilde bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bu da ancak iyi organize olmuş alanında profesyonel bir halkla ilişkiler bölümüyle başarılabilir. Toplumda iyi bir imaj oluşturmak adına halkla ilişkiler önem arzeder(Karaçor ve Arkan, 2014). İyi organize olmuş bir halkla ilişkiler birimi kurumun imajına katkı sağlayacaktır.

Sağlık hizmeti satın alacak kişinin memnuniyetin sağlanmasında sadece hekim değil tüm sağlık personeli rol almaktadır. Dolayısıyla hastanın ilk girişte karşılaştığı güler yüz ve hasta kayıt işlemlerinden taburcu işlemlerine kadar her aşamada titiz bir çalışma gerekmektedir. Böylece hem hastanın sağlığına kavuşmasına yardım edilirken hem de hasta memnuniyeti sağlanmış olacaktır.

Kurum İmajı

Halkla ilişkilerle yakından ilgili olan bir kavram da kurum imajıdır. Kurum imajı, kurumun sunmaya veya göstermeye çalıştığı imajı ile tüketicilerin bundan almış olduğu mesajların ilişkilendirilmesidir (Bal, 2011). Kurumun görsel, işitsel ve davranışsal boyutlarını içeren kurum imajı, müşteriler, çalışanlar ve rakiplerle ilişki kurulmasında kolaylıklar sağlamaktadır (Gemlik ve Sıgı, 2007). Kurum imajını çalışanların nasıl gördüğü, kurum imajın paylaşılması işletmenin ayakta kalmasını sağlayacaktır (Küçük ve Bayuk, 2007). Kurum imajı son yıllarda sağlık işletmeleri için de önemli bir yere sahiptir. Her ne kadar kamu hastaneleri için özel hastaneler gibi rekabet ortamı olmasa da hasta memnuniyetinin ve sadakatının sağlanmasında kurum imajı önemli bir paya sahiptir. Bu nedenle halkla ilişkiler faaliyetleri ile kurum imajı birbirine yakından ilgilidir.

ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ

Bu çalışma İstanbul ilinde faaliyet gösteren bir kamu hastanesine gelen hastalar üzerinde anket yöntemi ile yapılmıştır. Araştırma, kamu hastanelerinde tedavi gören hastaların, halkla ilişkiler yaklaşımlarını (bakış açılarını) değerlendirmek üzere yapılan nicel bir araştırmadır. Halkla ilişkilere etki eden başlıca faktörler bağımsız değişken olarak belirlenerek, gruplar arasındaki benzerlik ve farklılıklar ölçülmeye çalışılmıştır.

İki bölümden oluşan araştırmada anket yöntemi uygulanmıştır. Anket soruları Taşdelen'in (2014) çalışmasında kullandığı sorular temel alınarak ve araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak oluşturulmuştur. Dokuz sorudan oluşan birinci bölümde demografik faktörlere ve bu hastaneye kaç kez gelindiğine dair sorular sorulmuştur. Yirmi altı sorudan oluşan ve 5'li Likert ölçeklendirmesi kullanılan ikinci bölümde ise halkla ilişkiler faaliyetlerine yönelik sorular sorulmuştur. Katılımcılara "Bu bölümde halkla ilişkilerle ilgili sorular yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Lütfen aşağıdaki soruların, size göre en uygun olanını, cevap kutucuğuna (X) işareti koyarak işaretleyiniz." denilerek, katılımcıların cevaplarını 'Kesinlikle Katılıyorum (5)' seçeneğinden 'Hiç Katılmıyorum (1)' seçeneğine doğru vermeleri istenmiştir. Anketler, "SPSS Statistics 22.0" programında analiz edilerek değerlendirilmiştir.

ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı kamu hastanelerinden hizmet satın alan hasta ve hasta yakınlarının halkla ilişkiler faaliyetlerine bakış açılarını değerlendirerek iyi bir kurumsal imajın oluşmasına katkı sağlamaktır. Ayrıca hastalar açısından sağlık hizmetlerinde halkla ilişkiler faaliyetlerinin önemini araştırarak kurumsallığın sağlanmasına katkı sağlamaktır. Bu amaçla araştırmada halkla ilişkilere etki eden başlıca faktörler bağımsız değişken olarak belirlenerek, gruplar arasındaki benzerlik ve farklılıklar ölçülmeye çalışılmıştır.

Araştırmanın Modeli

Araştırma hastaların halkla ilişkilerin işleyiş biçimine bakış açılarını değerlendirmek için yapılan nicel bir araştırmadır. Halkla ilişkiler faaliyetlerine etki eden değişkenler bağımsız değişken olarak değerlendirilerek gruplar arasındaki benzerlik ve farklılıklar ölçülmeye çalışılmıştır.

Araştırmanın evren ve örneklemi

Araştırma evreni İstanbul ilinde bir kamu hastanesinden hizmet satın almakta olan hastalardan oluşmaktadır. Bu amaçla söz konusu sağlık kuruluşundan 1 aylık zaman dilimi içerisinde hizmet alımı yapan hastalar üzerinde araştırma yapılmıştır. Araştırmaya katılım zorunlu olmayıp toplam 130 kişi katılmıştır. Araştırmada 89 kadın ve 41 erkek olmak üzere toplam 130 kişinin anketi değerlendirilmiştir (n=130). Katılımcılara ait demografik bilgiler Tablo 1’de verilmiştir

Tablo 1. Katılımcılara ait özellikler

Bağımsız Değişkenler	Gruplar	Kategoriler	Frekans	Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Yaşınız	18-27	21	16,2	16,2	16,2
	28-37	48	36,9	36,9	53,1
	38-47	46	35,4	35,4	88,5
	48-57	12	9,2	9,2	97,7
	58 yaş ve üzeri	3	2,3	2,3	100,0
Cinsiyetiniz	Bay	41	31,5	31,5	31,5
	Bayan	89	68,5	68,5	100,0
Eğitim durumunuz	İlköğretim	27	20,8	20,8	20,8
	Ortaöğretim (Lise)	47	36,2	36,2	56,9
	Ön lisans	23	17,7	17,7	74,6
	Lisans	22	16,9	16,9	91,5
	Yüksek lisans ve üzeri	11	8,5	8,5	100,0
Medeni durumunuz	Evli	101	77,7	77,7	77,7
	Bekar	29	22,3	22,3	100,0
Çocuk Sayısı	0	37	28,5	28,5	28,5
	1	22	16,9	16,9	45,4
	2	45	34,6	34,6	80,0
	3 ve üzeri çocuk	26	20,0	20,0	100,0
Aylık geliriniz	1300-2000	67	51,5	51,9	51,9
	2001-2700	26	20,0	20,2	72,1
	2701-3400	10	7,7	7,8	79,8
	3401-4100	9	6,9	7,0	86,8
	4101 ve üzeri	17	13,1	13,2	100,0
Sosyal güvenceniz	Bağ-Kur	12	9,2	9,2	9,2
	SSK	101	77,7	77,7	86,9
	Emekli Sandığı	13	10,0	10,0	96,9

	Özel sigorta	2	1,5	1,5	98,5
	Herhangi bir sosyal güvencem yok	2	1,5	1,5	100,0
Bu sağlık kuruluşuna kaçınıcı kez geliyorsunuz?	1	4	3,1	3,1	3,1
	2	11	8,5	8,5	11,5
	3	8	6,2	6,2	17,7
	4	3	2,3	2,3	20,0
	5	6	4,6	4,6	24,6
	6 ve üzeri	98	75,4	75,4	100,0
Bu sağlık kuruluşuna hangi sıklıkla geliyorsunuz?	İlk defa geliyorum	5	3,8	3,8	3,8
	3 ayda bir	81	62,3	62,3	66,2
	6 ayda bir	28	21,5	21,5	87,7
	Yılda bir	10	7,7	7,7	95,4
	2 yılda bir	6	4,6	4,6	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

Tablo 2. Sorulara ilişkin ölçek

Soru Bölümleri	Değişken Türü	Soru Sayısı	Ölçek
Demografik Bilgiler	Bağımsız	9	Nominal-Ordinal
Halkla İlişkiler Yaklaşımları Ölçeği	Bağımlı	26	5'li Likert

Tabloda görüldüğü üzere araştırmada, 9 bağımsız ve 26 bağımlı olmak üzere toplam 41 sorudan oluşan bir ölçek kullanılmıştır. Katılımcılara “Bu bölümde halkla ilişkilerle ilgili sorular yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Lütfen aşağıdaki soruların, size göre en uygun olanını, cevap kutucuğuna (X) işareti koyarak işaretleyiniz.” denilerek; “KESİNLİKLE KATILIYORUM=5”, “KATILIYORUM=4”, “BİRAZ KATILIYORUM=3”, “KATILMIYORUM=2”, “HİÇ KATILMIYORUM=1” şeklinde Likert ölçeklendirmesi yapılmıştır. Olumsuz yönlü soru sorulmamıştır. Analizler, % 5 anlamlılık düzeyi (p) ve %95 güven aralığı (q) düzeyine göre açıklanmıştır. Anketi oluşturan her bir sorunun madde analizi yapılarak ve anketin bütününe katkısı araştırılarak ortaya konulmuştur. Soru-Bütün istatistiklerine göre Cronbach’s Alfa katsayılarında ilgili soru çıkarıldıktan sonraki değişimler arasında önemli bir farklılık gözlenmediğinden bütün soruların ölçekte yer alması gerektiği değerlendirilerek soru çıkarılmamıştır. Cronbach's Alpha modeline göre ölçek ,947 düzeyinde güvenilir bulunmuş olup, literatüre göre “Yüksek Derecede Güvenilir”dir.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmada kurumsal imajın oluşmasında birçok faktörün etkili olacağı varsayılarak aşağıdaki hipotezler geliştirilmiştir.

H1: Kamu hastanelerinin hastalara yönelik halkla ilişkiler faaliyetlerinin, hastalar tarafından olumlu algılanması kurum imajını güçlendirir.

H2: Kamu hastanelerinin hastalara yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri ile kurumsal imaj arasında ilişki vardır

H3: Kamu hastanelerinde görsel içerikli halkla ilişkiler faaliyetleri ile kurumsal imaj arasında ilişki vardır.

H4: Kamu hastanelerinde hastalara yönelik yönlendirme faaliyetleri ile kurumsal imaj arasında ilişki vardır

H5: Kamu hastanelerinde hastalara yönelik sanal içerikli faaliyetler ile kurumsal imaj arasında ilişki vardır

BULGULAR

Öncelikle anket modelimiz faktör analizine uygundur ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testiyle ispatlanmıştır. KMO değeri 0,891 olup, literatüre göre mükemmel bir değerdir ve model faktör analizi yapmak için uygundur. Zaten KMO değerinin 0,50'nin üzerinde olması bekleniyordu.

Değişkenlerin birbiriyle korelasyon gösterip göstermediğini sınavan Barlett's test anlamlılığı da ($p=0,000$; $p<0,10$) faktör analizi yapmanın uygun olduğunu göstermektedir

Faktör analizine uygunluğunun bir başka kanıtı olarak Anti-imaj korelasyon katsayılarına ait köşegen değerleri .50'den büyük bulunmuş ve faktör analizinden soru çıkarılmamıştır. Zira bu araştırmada elde edilen Anti-imaj korelasyon matrisinde yer alan köşegen değerleri 0,776 (14.Hastanenin web sitesinden her türlü tahlil sonuçlarımı alabilmekteyim.) ile 0,945 (21.Hastanede kullanılan yönlendirme dili yalın ve sadedir.) arasında değişmektedir.

Metot olarak Principal Components (Temel Bileşenler) seçilmiş ve öz değeri (Eigenvalues) 1'den büyük olan faktörler dikkate alınmıştır.

Öz değeri 1'in üzerinde 6 tane faktör bulunmuş ve kümülatif toplamda bu ölçek, ölçülmeye çalışılan özelliğin % 72,801'ini açıklayabilmektedir. İlk dört faktör birlikte toplam varyansın %55,448'ini açıklamaktadır. Zaten kümülatif varyansın 0,50'den aşağıya düşmemesi gerekiyordu.

Eğer toplam varyansın açıklanmasında % 72,801 oranında bir bilgi yeterli görülmeseydi, ankete yeni sorular ve faktörler ekleyerek çalışmanın tekrarlanması düşünebilirdi.

Kategorik bağımsız değişken grupları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı One-Way Anova Test ile araştırılmıştır. Aynı sonuçlar Anova testinin non-parametrik karşılığı Kruskal-Wallis Test ile de ispatlanmıştır.

Ancak, ikiden fazla kategori bulunan bağımsız değişken grupları arasındaki farklılığın hangi gruplar arasında bulunduğu Post HocTests ile belirlendiğinden, One-WayAnova Test sonuçları değerlendirilmiştir. Varyansları homejen olan kategoriler Tukey test ile homojen olmayan gruplar ise Tamhane's T2 test ile değerlendirilmiştir.

Grup ortalamaları arasında farklılık bulunan sorular One-WayAnova Test sonuçlarına göre anlamlılık değeri (Sig.) 0,05'in altında bulunan sorulardır. Diğer sorularda yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Okunabilirliği arttırmak ve daha uygun bir yapı ortaya çıkarmak için varimax metoduyla rotasyon yapılmıştır. Maddeler içindeki faktör yükleri 0,467-0,864 arasında değişmektedir.

Keşfedici/Açımlayıcı faktör analizi (KFA/AFA) ile 6 faktör bulunmuş ve faktör bileşenleri arasındaki ortak yapı gözlemlenmiştir. Neticede hastaların halkla ilişkiler yaklaşımları, bulunan faktör bileşenleri arasındaki ortak yapılar göre isimlendirilmiştir. Bulunan faktörler, faktör bileşenleri ve istatistik değerleri aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 3. Alt faktörler

FA CT	FA KT	E	VE	RİL	EN	İSİ	FA CT	FA KT	ÖR	OR	TA	K	ALA	SO	RU	ARI	TM	ETİ	FA CT	FA KT	ÖR	OR	TA	K	ALA	SO	RU	ARI	TM	ETİ
----------	----------	---	----	-----	----	-----	----------	----------	----	----	----	---	-----	----	----	-----	----	-----	----------	----------	----	----	----	---	-----	----	----	-----	----	-----

		BİLEŞENLER (Rotated Component Matrix_a)					
1	Kurumsal İmaj	35) Bu hastaneyi çevreme tavsiye ederim.	0,814	0,829	3,56		
		31) Bu sağlık kuruluşu yeterli teknik donanıma sahiptir.	0,804	0,739	3,64		
		34) İhtiyaç halinde yine bu hastaneye gelirim.	0,755	0,794	3,77	3,634	0,914
		33) Bu hastane beklentilerimi karşılıyor.	0,747	0,784	3,53		
		32) Bu sağlık kuruluşunda doğru tanı konulmakta ve doğru tedavi uygulanmaktadır.	0,701	0,676	3,68		
2	Durumsal İmaj	28) Hastane personeli hasta ve yakınlarına karşı yeteri kadar ilgilidir.	0,797	0,768	3,28		
		25) Hastane personeli problem çözümünde güven vermektedir.	0,78	0,799	3,44		
		26) Hastane personeli yeterli bilgi ve deneyime sahiptir.	0,701	0,71	3,49		
		27) İhtiyaç duyulan personele zamanında ve kolay ulaşılabilir.	0,669	0,753	3,34	3,338	0,902
		24) Hastane personeli hasta problemlerini çözmede anlayışlı ve güler yüzlüdür.	0,667	0,824	3,33		
		29) Hastane tanıtımı ile ilgili yeteri kadar dergi ve broşür vardır.	0,542	0,531	3,02		
		30) Hastane personeli tedavim süresince hangi işlemlerin yapılacağını detaylı bir şekilde anlatmaktadır.	0,51	0,677	3,48		
3	Sanal İmaj	14) Hastanenin web sitesinden her türlü tahlil sonuçlarımı alabilmekteyim.	0,864	0,827	3,2		
		13) Bu hastanenin, kullanımı kolay ve görsel bir web sitesi var.	0,826	0,797	3,21	3,251	0,828
		15) Hastanenin internet randevu ve telefon randevu sistemi doğru ve verimli çalışmaktadır.	0,633	0,696	3,34		
4	Yönlendirme İmajı	23) Hastane hizmetleri verilirken aksama ve karmaşıklık yaşanmamaktadır.	0,779	0,784	3,07		
		22) Hastane hizmetleri randevu saatine göre zamanında ve aksatılmadan verilmektedir.	0,768	0,734	3,15	3,285	0,817
		20) Hastanede yönlendirme tabelaları yeterli düzeyde konulmuş olup gideceğim yeri kolayca bulabiliyorum.	0,629	0,685	3,48		

		21) Hastanede kullanılan yönlendirme dili yalın ve sadedir.	0,467	0,603	3,44		
		11) Bu Hastaneye ilk girişte danışma ve hasta yönlendirme (halkla ilişkiler) gerekli bilgiyi vermektedir.	0,792	0,727	3,69		
		10) Bu Hastaneye ilk girişte güler yüz ve sıcak karşılama ile karşılanıyorum.	0,721	0,673	3,54		
5	Algısal İmaj	16) Bu hastanede dilek, şikâyet ve önerilerimi rahat bir şekilde iletebilmekteyim	0,599	0,654	2,96	3,354	0,823
		12) Halkla ilişkiler birimi hasta ve hasta yakınlarına yönelik görevini yeterli düzeyde yapmaktadır.	0,51	0,73	3,4		
		17) Bu hastanede, hastane içi yerleşim planı iyi tasarlanmıştır.	0,456	0,674	3,18		
6	Görsel İmaj	18) Hastanenin dekor, ışıklandırma, araç gereçleri görsel açıdan iyi tasarlanmıştır.	0,592	0,717	3,55	3,504	0,769
		19) Hastane personelinin kurumsal giyim tarzını şık ve zarif buluyorum.	0,591	0,744	3,45		

Halkla ilişkilere etki eden 6 faktör arasında en yüksek aritmetik ortalamaya kurumsal imaj faktörü (3,634) sahiptir. Kategorik bağımsız değişken grupları arasındaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı One-WayAnova Test ile araştırılmıştır. Aynı sonuçlar Anova testinin non-parametrik karşılığı Kruskal-Wallis Test ile de ispatlanmıştır. Ancak, ikiden fazla kategori bulunan bağımsız değişken grupları arasındaki farklılığın hangi gruplar arasında bulunduğu Post HocTests ile belirlendiğinden, One-WayAnova Test sonuçları değerlendirilmiştir. Varyansları homejen olan kategoriler Tukey test ile homojen olmayan gruplar ise Tamhane's T2 test ile değerlendirilmiştir. Grup ortalamaları arasında farklılık bulunan sorular One-WayAnova Test sonuçlarına göre anlamlılık değeri (Sig.) 0,05'in altında bulunan sorulardır. Diğer sorularda yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 4. Eğitim durumuna göre gruplar arasındaki anlamlı farklılıklar (Anova Testine göre)

Faktörler	Eğitim Durumu	N	Ort.	Std. Sapma	F	p	FARKLIKLAR
Sanal imaj faktörü	İlköğretim	26	3,38	,955	3,071	,019	Ortaöğretim>Lisans
	Ortaöğretim (Lise)	47	3,53	1,032			
	Ön lisans	23	3,28	1,076			
	Lisans	22	2,76	1,024			
	Yüksek lisans ve üzeri	11	2,67	1,220			
	Total	129	3,25	1,074			
Yönlendirme imaj faktörü	İlköğretim	26	3,20	1,044	2,470	,048	Ortaöğretim>Lisans
	Ortaöğretim (Lise)	47	3,51	,922			
	Ön lisans	23	3,43	1,006			
	Lisans	22	2,74	1,013			
	Yüksek lisans ve üzeri	11	3,30	1,048			
	Total	129	3,28	1,011			
Algısal imaj faktörü	İlköğretim	27	3,38	,902	5,633	,000	Ortaöğretim>Lisans
	Ortaöğretim (Lise)	47	3,65	,790			Ortaöğretim>Yüksek Lisans
	Ön lisans	23	3,56	,649			Önlisans>Lisans

Lisans	22	2,79	,951
Yüksek lisans ve üzeri	11	2,73	1,136
Total	130	3,35	,912

P değeri <0,005 olduğu için gelir ile sanal imaj, yönlendirme imajı ve algısal imaj faktörleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Diğer bir ifadeyle eğitim durumu, sanal imaj, yönlendirme imajı ve algısal imaj faktörlerini etkilemektedir.

Tablo 5. Gelir durumuna göre gruplar arasındaki anlamlı farklılıklar (Anova Testine göre)

Faktörler	Gelir Durumu	N	Ort.	Std. Sapma	F	p	FARKLIKLAR
Sanal imaj faktörü	1300-2000	66	3,45	1,031	2,977	,022	2701-3400 > 3401-4100
	2001-2700	26	3,04	1,252			
	2701-3400	10	3,73	1,098			
	3401-4100	9	2,67	,667			
	4101 ve üzeri	17	2,78	,857			
	Total	128	3,25	1,077			
Algısal imaj faktörü	1300-2000	67	3,56	,774	3,695	,007	1300-2000 > 4101 ve üzeri
	2001-2700	26	3,08	1,082			
	2701-3400	10	3,76	,759			
	3401-4100	9	3,07	,866			
	4101 ve üzeri	17	2,86	,997			
	Total	129	3,35	,916			
Görsel imaj faktörü	1300-2000	67	3,71	,989	2,540	,043	1300-2000 > 4101 ve üzeri 2701-3400 > 4101 ve üzeri
	2001-2700	26	3,25	1,219			
	2701-3400	10	3,85	,784			
	3401-4100	9	3,28	,870			
	4101 ve üzeri	17	3,00	,952			
	Total	129	3,50	1,039			

Tablo incelendiğinde; P değeri <0,005 olduğu için gelir ile sanal imaj, algısal imaj ve görsel imaj faktörleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Diğer bir ifadeyle gelir durumundaki değişiklik sanal, algısal ve görsel imaj faktörlerini etkilemektedir.

Tablo 6. Hastaneye geliş sıklığına göre gruplar arasındaki anlamlı farklılıklar (Anova Testine göre)

Faktörler	Sağlık kuruluşuna gelme sıklığı	N	Ort.	Std. Sapma	F	p	FARKLIKLAR (Tukey ve LSD testlerine göre)
Kurumsal imaj faktörü	İlk defa geliyorum	5	3,84	1,236	5,832	,000	İlk defa geliyorum > Yılda bir
	3 ayda bir	81	3,77	,920			İlk defa geliyorum > 2 yılda bir
	6 ayda bir	27	3,81	,699			3 ayda bir > Yılda bir
	Yılda bir	10	2,66	1,347			3 ayda bir > 2 yılda bir
	2 yılda bir	6	2,43	1,209			6 ayda bir > Yılda bir
	Total	129	3,63	1,012			6 ayda bir > 2 yılda bir
Durumsal imaj faktörü	İlk defa geliyorum	5	3,97	1,188	3,421	,011	İlk defa geliyorum > Yılda bir
	3 ayda bir	81	3,40	,873			İlk defa geliyorum > 2 yılda bir
	6 ayda bir	28	3,44	,743			3 ayda bir > 2 yılda bir
	Yılda bir	10	2,86	1,094			3 ayda bir > 2 yılda bir
	2 yılda bir	6	2,36	1,021			6 ayda bir > 2 yılda bir
	Total	130	3,34	,916			
Sanal imaj faktörü	İlk defa geliyorum	5	4,07	,796	6,432	,000	İlk defa geliyorum > Yılda bir
	3 ayda bir	80	3,37	,981			İlk defa geliyorum > 2 yılda bir
	6 ayda bir	28	3,32	1,016			3 ayda bir > Yılda bir

	Yılda bir	10	2,67	,969			3 ayda bir > 2 yılda bir
	2 yılda bir	6	1,56	1,205			6 ayda bir > 2 yılda bir
	Total	129	3,25	1,074			
Yönlendirme	İlk defa geliyorum	5	4,00	1,104			İlk defa geliyorum > Yılda bir
imaj faktörü	3 ayda bir	80	3,37	,916			İlk defa geliyorum > 2 yılda bir
	6 ayda bir	28	3,54	,785	7,903	,000	3 ayda bir > Yılda bir
	Yılda bir	10	2,43	1,297			3 ayda bir > 2 yılda bir
	2 yılda bir	6	1,75	,524			6 ayda bir > Yılda bir
	Total	129	3,28	1,011			6 ayda bir > 2 yılda bir
Algısal imaj	İlk defa geliyorum	5	4,00	,721			İlk defa geliyorum > Yılda bir
faktörü	3 ayda bir	81	3,38	,871			İlk defa geliyorum > 2 yılda bir
	6 ayda bir	28	3,54	,961	3,438	,011	3 ayda bir > 2 yılda bir
	Yılda bir	10	2,90	,713			6 ayda bir > Yılda bir
	2 yılda bir	6	2,40	,938			6 ayda bir > 2 yılda bir
	Total	130	3,35	,912			
Görsel imaj	İlk defa geliyorum	5	3,90	1,140			İlk defa geliyorum > Yılda bir
faktörü	3 ayda bir	81	3,58	,957			İlk defa geliyorum > 2 yılda bir
	6 ayda bir	28	3,79	,630	5,494	,000	3 ayda bir > Yılda bir
	Yılda bir	10	2,70	1,398			3 ayda bir > 2 yılda bir
	2 yılda bir	6	2,17	1,472			6 ayda bir > Yılda bir
	Total	130	3,50	1,035			6 ayda bir > 2 yılda bir

P değeri <0,005 olduğu için geliş sıklığı ile kurumsal imaj, durumsal imaj, sanal imaj, yönlendirme imajı, algısal imaj ve görsel imaj faktörleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Diğer bir ifadeyle sağlık kuruluşuna geliş sıklığı tüm imaj faktörlerini etkilemektedir.

Elde edilen değişkenler arasındaki ilişkiler korelasyon ve regresyon testleri ile analize tabi tutularak hipotezlerin yorumlanmasında yararlanılmıştır. Faktörler arasındaki ilişkilerin anlamlı olup olmadığına ilişkin korelasyon tablosu aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 7. Korelasyon tablosu

Korelasyon		1- Kurumsal imaj faktörü	2- Durumsal imaj faktörü	3- Sanal imaj faktörü	4- Yönlendirme imajı faktörü	5- Algısal imaj faktörü	6- Görsel imaj faktörü
1-Kurumsal imaj faktörü	Pearson Correlation	1	,671**	,448**	,616**	,536**	,585**
	Sig. (2- tailed)		0	0	0	0	0
	N	129	129	128	128	129	129
2-Durumsal imaj faktörü	Pearson Correlation	,671**	1	,462**	,619**	,593**	,554**
	Sig. (2- tailed)	0		0	0	0	0
	N	129	130	129	129	130	130
3-Sanal imaj faktörü	Pearson Correlation	,448**	,462**	1	,452**	,665**	,482**
	Sig. (2- tailed)	0	0		0	0	0

	N	128	129	129	129	129	129
4-Yönlendirme imajı faktörü	Pearson Correlation	,616**	,619**	,452**	1	,525**	,652**
	Sig. (2-tailed)	0	0	0		0	0
	N	128	129	129	129	129	129
5-Algisal imaj faktörü	Pearson Correlation	,536**	,593**	,665**	,525**	1	,427**
	Sig. (2-tailed)	0	0	0	0		0
	N	129	130	129	129	130	130
6-Görsel imaj faktörü	Pearson Correlation	,585**	,554**	,482**	,652**	,427**	1
	Sig. (2-tailed)	0	0	0	0	0	
	N	129	130	129	129	130	130

** . Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı (2-tailed).

Faktörler arasındaki bütün ilişkiler, %1 düzeyinde anlamlılığa sahip olup, iki yıldız ile işaretlidirler. Buna göre, en yüksek ilişki ,671 düzeyinde kurumsal imaj ile durumsal imaj arasında gözlemlenmiştir. Sanal imaj ile algısal imaj arasında ,665 düzeyinde orta, pozitif yönlü, anlamlı ilişki saptanmıştır. Yönlendirme imajı ile görsel imaj arasında ,652 düzeyinde orta, pozitif yönlü, anlamlı ilişki saptanmıştır. Kurumsal imaj faktörü bağımlı değişken olarak belirlenip, diğer imaj faktörleri ile aralarındaki ilişki çoklu regresyon modeli ile test edilmiştir. Regresyon analizinde elde edilen bulgular durumsal imaj, yönlendirme imajı ve görsel imaj değerlerinin kurumsal imajı anlamlı düzeyde yordadığını, ancak sanal imaj ve algısal imaj tarafından anlamlı olarak yordanmadığını göstermiştir.

HİPOTEZLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yapılan analizler neticesinde elde edilen bulgular aşağıdaki şekilde değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

Tablo 8. Hipotezlere ait bulgular

HİPOTEZLER	KORELASYON	BULGULAR	SONUÇ
		REGRESYON (a, b)	
		R = 0,738 R ² = 0,545 F = 29,175 (p=0,000) Sabit = 2,486	
H1: Kamu hastanelerinin hastalara yönelik halkla ilişkiler faaliyetlerinin, hastalar tarafından olumlu algılanması kurum imajını güçlendirir. (ALGISAL İMAJ/KURUMSAL İMAJ)	r=0,536** p=0,000	İlişki anlamlı B=0,135 β=0,121 t=1,322 (p=0,188)	KABUL EDİLDİ (İlişki anlamlı olduğundan)

H2: Kamu hastanelerinin hastalara yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri ile kurumsal imaj arasında ilişki vardır. (DURUMSAL İMAJ/KURUMSAL İMAJ)	$r=0,671^{**}$ $p=0,000$	İlişki anlamlı	$B=0,284$ $\beta=0,360$ $t=4,166$ ($p=0,000$)	Yordamada anlamlı	KABUL EDİLDİ
H3: Hastalara yönelik görsel içerikli halkla ilişkiler faaliyetleri ile kurumsal imaj arasında ilişki vardır. (GÖRSEL İMAJ/KURUMSAL İMAJ)	$r=0,585^{**}$ $p=0,000$	İlişki anlamlı	$B=0,482$ $\beta=0,209$ $t=2,307$ ($p=0,023$)	Yordamada anlamlı	KABUL EDİLDİ
H4: Hastalara yönelik yönlendirme faaliyetleri ile kurumsal imaj arasında ilişki vardır (YÖNLENDİRME İMAJ/KURUMSAL İMAJ)	$r=0,616^{**}$ $p=0,000$	İlişki anlamlı	$B=0,239$ $\beta=0,192$ $t=2,120$ ($p=0,036$)	Yordamada anlamlı	KABUL EDİLDİ
H5: Kurumun web içerikleri, telefon ve randevu faaliyetleri ile kurumsal imaj arasında ilişki vardır (SANAL İMAJ/KURUMSAL İMAJ)	$r=0,448^{**}$ $p=0,000$	İlişki anlamlı	$B=0,028$ $\beta=0,018$ $t=0,210$ ($p=0,834$)	Yordamada anlamsız	KABUL EDİLDİ (İlişki anlamlı olduğundan)

a. Bağımlı Değişken: 1-Kurumsal imaj faktörü

b. Bağımsız Değişkenler (Constant), 6-Görsel imaj faktörü, 5-Algisal imaj faktörü, 2-Durumsal imaj faktörü, 3-Sanal imaj faktörü, 4-Yönlendirme imajı faktörü

Kurumsal imaj ile diğer alt faktör halkla ilişkiler imajı arasında %73,8 düzeyinde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($F= 29,175$ ve $p=,000$). Alt faktör imajlarının , kurumsal imaj üzerinde %5 anlamlılık seviyesinde ($p=,000$) aynı yönlü doğrusal bir etkisi vardır. Beta katsayıları karşılaştırıldığında algısal imaj ,121 düzeyinde, durumsal imaj ,360 düzeyinde, görsel imaj ,209 düzeyinde, yönlendirme imajı ,192 düzeyinde ve sanal imaj ise , 018 düzeyinde kurumsal imajı etkilemektedir. Diğer bir ifadeyle, Kamu hastanelerinin hastalara yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri, kurum imajını güçlendirir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Kamu hastanelerinden hizmet alan hastaların halkla ilişkiler faaliyetlerine bakış açısını değerlendirmek üzere yapılan bu çalışmada, hastaların imaj algısı ile iyi bir kurumsal imaj oluşmasına katkı sağlanmak istenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre; yapılan ankette 6 alt faktör bulunmuş ve bu alt faktörler arasındaki etki ve ilişki analiz edilmiştir.

Kurumsal imaj ile hastaların algısal imajı arasında %1 anlamlılığa göre $r= ,536$ düzeyinde orta, pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastaların algılarına yönelik yapılan halkla ilişkiler faaliyetleri kurum imajını güçlendirmektedir. Kamu hastanelerinde hastalara yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri ile kurumsal imaj arasında %1 anlamlılığa göre $r= ,671$ düzeyinde orta, pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hastalara yönelik görsel içerikli halkla ilişkiler faaliyetleri ile kurumsal imaj arasında %1 anlamlılığa göre $r= 585$ düzeyinde orta, pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hastalara yönelik yönlendirme faaliyetleri ile kurumsal imaj arasında %1 anlamlılığa göre $r= 616$ orta, pozitif yönlü, anlamlı ilişki saptanmıştır. Kurumun web içerikleri, telefon ve randevu faaliyetleri ile kurumsal imaj arasında %1 anlamlılığa göre $r= 448$ düzeyinde zayıf, pozitif yönlü, anlamlı ilişki saptanmıştır.

Taşdelen 37 kişi üzerinde yaptığı araştırmasında halkla ilişkiler faaliyetlerinin kurumsal imaj üzerindeki etkilerinde benzer sonuçlara ulaşmıştır(Taşdelen, 2014). Özen ve Kılıç da 2015 yılında yaptıkları araştırmada halkla ilişkiler faaliyetlerinin kurum imajını arasında pozitif bir ilişki bulmuştur(özen ve kılıç, 2015).

Yaşı ilerleyen hastalarda ilgi görme gereksinimi ve yardıma ihtiyaç hissetme daha fazla olabilmektedir. Belber'e göre yaş ilerledikçe halkla ilişkilere olan ilgi de artmaktadır(Belber,2015). Bayın ve Önder yaptığı araştırmada yaş ilerledikçe kurum imajı çalışma ortalamalarını daha yüksek bulmuşlardır(Bayın ve Önder, 2014). Bu da araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Canpolat yaptığı araştırmada, halkla ilişkiler ajanslarının sanal ortamı daha çok kullandığına dikkat çekmiştir(Canpolat, 2012). Sanal halkla ilişkiler faaliyetlerinin etkin kullanımı araştırmayı desteklemektedir.

Cinsiyete göre gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunamamıştır. Literatürde de benzer sonuçlara ulaşılmıştır(Özen ve Kılınç, 2015).

Kamu hastanelerinde özel hastaneleri kadar rekabet yaşanmamaktadır, ama hastanın memnuniyetinin sağlanması için halkla ilişkiler hizmetlerinin uzman kişilerce yürütülmesi önerilmektedir. Gohil ve Gohil yaptığı çalışmada halkla ilişkiler faaliyetlerinin hastane ve toplum arasında iletişimin sağlanması, güçlü bir hastane imajının ve kültürünün oluşması için gerekli olduğunu savunmuştur. (Gohil ve Gohil, 2016).

Uygulanacak halkla ilişkiler faaliyetlerinde hastaların algı ve beklentilerine daha fazla önem verilmelidir.

Daha çok özel hastanelerde halkla ilişkiler faaliyetleri olarak yazılı ve görsel tanıtıma önem verilmektedir (Yurdakul, Coşkun ve Öksüz, 2007). Kamu hastanelerinde de bu alanlara daha çok bütçe ayrılması önerilmektedir.

James ve Rajendran'a göre halkla ilişkiler faaliyetleri müşteri sadakatini olumlu etkilemektedir (James ve Rajendran, 2013). Dolayısıyla kamu hastanelerinde de müşteri sadakatini sağlamaya yönelik halkla ilişkiler aktiviteleri yapılmalıdır.

Yağcı ve Duman'ın yaptığı araştırmaya göre hastalar, kamu hastanelerinde hizmet kalitesinin özel hastanelere göre daha düşük bulmaktadırlar (Yağcı ve Duman, 2006). Bu nedenle hastaların kamu hastanelerine olan algısını olumlu etkilemek için halkla ilişkiler faaliyetlerinin daha etkili kullanılması önerilmektedir.

Kamu hastanelerine yönelik halkla ilişkiler faaliyetleri ile ilgili daha fazla araştırma yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Akkaya, M. A. (2013). Halk Kütüphanelerinde Halkla İlişkiler ve Narlıdere İlçe Halk Kütüphanesi Örneği. Türk Kütüphaneciliği 27(1), 168-179.

Asna, A. (2012). Kuramda ve Uygulamada Halkla İlişkiler. Ankara: Pozitif Yayınları.

Ayhan, B., Canöz, K.,. Hastaların Hastane Tercihinde Etkili Olan Halkla İlişkiler Faaliyetleri. Ulusal Halkla İlişkiler Sempozyumu Syf: 73, 27-28 nisan 2006.

Başok Yurdakul, N., Coşkun, G., Öksüz, B., (2007). Hastanelerde Halkla İlişkiler: İzmir İli Özel Hastaneler Örneğinde Halkla İlişkiler Birimlerinin Yapı, İşlev ve Uygulamalarına Yönelik Bir Araştırma. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi 2(1), 31-46

Bayın, G., Önder, Ö.R., (2014) Sağlık Kurumlarında İmaj Üzerine Bir Araştırma. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 11(27), 141-158.

Belber, B. G. (2015). Yaş ve Medeni Duruma Göre, “Özel Hastanelerin Yaptığı Tanıtımın”, Hastanenin Prestijine, Tanınırlığına ve Tercih Edilirliğine Etkisi: Nevşehir Uygulaması. International Journal of Social Sciences and Education Research 1 (2), 518-535.

Canöz, K. (2002). Halkla ilişkiler faaliyetlerinin başarıya etkisi: örnek kuruluş bayındır tıp merkezi. Selçuk üniversitesi iletişim fakültesi akademik dergisi 2(3), 125-137.

Canpolat, N. (2012). Halkla İlişkiler ve Reklam Ajanslarının Hizmet Alanları: Web Sitelerine Yönelik Bir İnceleme. Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 5(2), 95-106.

Ertekin, Y. (1971) Hastaneler ve Halkla İlişkileri. Amme İdaresi Dergisi 10 (2), .

Karaçor, S., Arkan, A. (2014). Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama: Sağlık Pazarlama Karmaşı Unsurlarının Hasta/Müşteri Açısından Önemi Üzerine Bir Araştırma. Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi 8(2), 90-118.

Linda M. Hagan (2011). Building The Case For Educating Business Leaders On The Importance Of Public Relations. American Journal of Business Education 4(8), 43-48

Metin, H., Altınok, M. (2002) Karşılaştırmalı Bir Yaklaşımla Kamu Yönetimi ve Özel Sektörde Halkla İlişkiler. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 3(1), 79-99

Özen, E., Kılınç, F. (2015). İşletmelerde Finansal Performansın Artmasında Halkla İlişkilerin Rolü ve Halkla İlişkiler Algısı. Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi 2(1), 147-170.

Sezgin, M., Bulut, B., (2013) Örgüt Kültürü ve Halkla İlişkiler. Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 3(2), 182-194.

Taşdelen, M. (2014). Özel Sağlık Kuruluşlarında İç Ve Dış Halkla İlişkiler Uygulamalarına Yönelik Bir Araştırma. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.

Gohil, D. P., Gohil, K. (2016). Public Relations in Hospital Administration and Planning. International Journal of Health Sciences and Research (IJHSR), 6(2), 384-387.

James, S., & Rajendran, L. (2013). Effect of public relation on customer loyalty with special reference to e-commerce portals. Journal of Multidisciplinary Research, 5(2), 87.

Küçük, F., Bayuk, M. N. (2007). Kriz Ortamında Bir Başarı Faktörü Olarak Çalışanların Kurum İmajı. Journal of Yaşar University, 2(7), 795-808.

Gemlik, N., Sığı, Ü. (2007). Kurum imajı analizi ve bir belediye üzerindeki uygulamanın değerlendirilmesi. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 6 (11), 267-282

Bal, M. (2011). Çalışan personelin kurumsal imaj oluşumuna etkisi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kumar, P. N., Abijith, A., & Jacob, A. P. (2015). Study on Role of Print Media in Public Relation Activities of a Hospital. International Journal of Health Sciences and Research (IJHSR), 5(5), 391-395.
Çvrn: Kördeve, M.K.

Tarhan, A. (2014). Medyayla İlişkilerde Kurumsal Web Sayfalarının Kullanımı: Halkla İlişkiler Odaklı Bir Değerlendirme. Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi 8(2), 61-89.

Fidan, M. (2008). Halkla İlişkiler Aracı Olarak İnternet ve Markaya Katkısı. Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi, 5(3), 153-160.

İşler, D.B., Çiftçi, M., Yarangümelioğlu, D., (2013). Halkla İlişkiler Aracı Olarak: Sosyal Medyanın Kullanımı Ve Yeni Stratejiler. Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi, 5(1), 174-186.

Yağcı, M. İ., Duman, T. (2006). Hizmet Kalitesi-Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması. Doğu Üniversitesi Dergisi, 7(2) 2006, 218-238.

TÜRKİYE'DEKİ ÖZEL HASTANELER İÇİN KÜRESEL PAZARA GİRİŞ STRATEJİLERİ ÜZERİNE BİR MODEL ÖNERİSİ

Prof. Dr. Esin CAN

Yıldız Teknik Üniversitesi İşletme Bölümü

esincan@yildiz.edu.tr

Seyit EROĞLU

Yıldız Teknik Üniversitesi İşletme Bölümü

erogluseyit@hotmail.com

Özet

Dünya'da ve Türkiye'de sağlık sektörü her yıl giderek büyürken, uygulanan yeni sağlık politikaları nedeniyle özel hastanelerin önemi de son yıllarda giderek artmıştır. Özellikle gelişmiş ve ekonomileri güçlü ülkelerde nüfusun gittikçe yaşlanması sağlık harcamalarının artmasına ve sağlık turizmi adı altında küresel bir sektörün gelişmesine katkıda bulunmuştur. Bu sebeple küreselleşme olgusu içinde sağlık sektörünün payının gün geçtikçe arttığı söylenebilir. Bu payda özel hastanelerin rolü her geçen gün büyük oranda yükselmekte ve ülkemizde her geçen gün sayıları artan özel hastaneler için küreselleşme eğilimi büyük önem taşır hale gelmektedir.

Bu çalışma; ülkemiz özel hastaneleri için, küreselleşme stratejilerini kurgularken kullanabilecekleri, bilimsel gerçeklerle çizilmiş bir model önerisini içermektedir. Bu bağlamda; başarılı karar almaya yönelik farklı yaklaşımları bir araya getiren bir model oluşturularak, küresel pazarda var olmak adına hangi stratejilerin uygulanabileceğine dair tamamlayıcı bilgilere ve örneklerle de yer verilmiştir.

Türkiye'deki özel hastaneler küresel dünyaya adım atma doğrultusunda karar verdiklerinde hem kendi etki alanlarını genişletecekler hem de hizmet götördükleri ülkelerin sağlık sektöründeki ihtiyaçlarını karşılayarak küresel sağlık ekonomisinde istedikleri paya sahip olma ihtimallerini güçlendirebileceklerdir.

Anahtar Sözcükler: Özel Hastaneler, Küreselleşme, Küresel Sağlık Sektörü, Pazara Giriş Stratejileri

A MODEL PROPOSAL ABOUT GLOBAL MARKET ENTRY STRATEGIES FOR PRIVATE HOSPITALS IN TURKEY

Abstract

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org
(CAN,E/EROĞLU,S)

While health sector grows every year both in Turkey and in the world, the importance of private hospitals has also increased in recent years because of applied new health policies. Particularly in the developed and economically strong countries, gradually aging population has contributed to the increase in health spending and development of global sector whose name is health tourism. Therefore, it can be said that the share of health sector is increasing day by day in the phenomenon of globalization. The role of private hospitals scales up each passing day in this share and globalization trend for increasing number of private hospitals becomes also crucial in Turkey.

This work incorporates a model proposal drawn with scientific facts and this model can be utilized when Turkish private hospitals set their globalization strategies. In this context, complementary information and examples about which strategies could be implemented are given in order to exist in the market by creating a model that combines different approaches to ensure successful decisions.

When private hospitals in Turkey decide to take steps towards global world, they will not only expand their impact areas but also increase the possibilities to have the desired share in global health economy by meeting the needs of the countries they served.

Key Words: Private Hospitals, Globalization, Global Health Sector, Market Entry Strategies

GİRİŞ

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sağlık sektörü öncelikli ve büyüyen sektörlerden birisidir. Özellikle 1980’li yıllarla beraber liberal politikaları uygulamaya başlayan ülkemizde özel sermaye sağlık alanında da yatırımlar yapmaya başlamıştır. 1999 yılında toplam 4.985 milyon TL olarak gerçekleşen sağlık harcamalarındaki özel sektör payı 1.937 milyon TL iken, 2014 yılında toplam 94.750 milyon TL harcama içindeki payı 21.368 milyon TL’ye ulaşmıştır (TÜİK, 2016). Bu rakamlar doğrultusunda görüleceği üzere devam eden devlet yatırımlarının yanında özel sektör de sürekli olarak sağlık alanında yatırımların destekleyicisi rolünü sürdürmüştür. Söz konusu yatırımlar neticesinde sağlık sektörü pazarı sürekli büyümüş, bu durum büyüyen pazarda hem büyük ölçekli hem de küçük ölçekli hastaneler için farklı küreselleşme eğilimlerini de beraberinde getirmiştir.

Sektörü ne olursa olsun firmalar küreselleşme eğilimine girdiklerinde belirli bir süreçten geçerler ve doğru yolu izledikleri takdirde uzun vadeli ve sürdürülebilir bir başarı yakalayabilirler. Özel hastaneler de diğer firmalar gibi aynı süreçten geçeceklerinden dolayı önce pazar analizi yapmalı ve bu doğrultuda müşteri ihtiyaçlarını, rakipleri, uluslararası altyapıyı, politik ve ekonomik trendler ile uluslararası ticaret tarifelerini anlamaları gerekmektedir. Pazar analizinin yanı sıra Türkiye’de sahip oldukları sürdürülebilir rekabetçi avantajlarını belirlemeli ve tüm bunlardan sonra daha doğru şekilde uluslararası hedeflerini atamalıdır. Sonrasında bu hedeflere uygun pazar, ülke ve bölge seçimi yapmaları ve pazara giriş yöntemini belirlemeleri gerekmektedir. Hedeflenen pazarın seçimi ve bu pazara giriş yönetimi birbirini etkileyen süreçler olduğundan döngüsel şekilde ilerlemektedir. Bu kararları takiben pazarlama karması ve firmanın uluslararası yönetimini sağlayacak yapı oluşturulmalıdır (Lynch, 2016). Bu süreç Şekil 1 yardımıyla aşağıda gösterilmiştir.



Şekil 1. Küresel Strateji Oluşturma Modeli

Kaynak: Lynch, 2016

Firmaların pazara giriş yöntemlerini belirlemelerine ilişkin Richard Lynch'in Küresel Strateji Oluşturma Modeli asıl belirleyici unsurun girilecek pazar olduğunu ifade etmektedir (Lynch, 2016). Bu bakış açısı endüstri ve kurumsal temelli yaklaşımların daha etkili olduğunu ifade ederek girilecek pazardaki rekabetin ve kuralların firmanın pazara giriş şeklini belirleyeceğini göstermiştir. Girilecek pazarların giriş yöntemini belirlemesine ilişkin yapılan bir başka çalışmada ise gelişmekte olan ülkelerde kurumsal çerçeve gelişmemişse ortak girişim kurma daha etkili sonuç verirken güçlü kurumsal çerçevenin olduğu pazarlarda satın almalar tüm kaynaklara ulaşmaya imkan tanıdığından daha çok önem arz etmektedir (Meyer ve diğ., 2009).

Dunning'in Eklektik Teorisi'nde ise firmaların pazara giriş şekillerinde asıl belirleyici unsurun sahip oldukları avantajlar olduğu ifade edilmekte olup bu bakış açısı daha çok kaynak temelli yaklaşıma yakındır. Bu avantajlar mülkiyet, içselleştirme ve yerleşim avantajları olup Dunning'in çalışmasına bu avantajlara istinaden kısaca OLI Model de denilmektedir. Bu avantajların farklı kombinasyonlarına göre farklı pazara giriş yöntemleri uygulanmalıdır (Dunning, 1980).

Dunning'in çalışmasında temel olarak üç çeşit pazara giriş türü dikkate alınmıştır: lisanslama, ihracat ve doğrudan yabancı yatırım. Lisanslama yapacak şirketlerin sadece mülkiyet avantajlarını kullanma kararı bulunmaktadır çünkü doğrudan pazara girmemekte ve mülkiyet avantajını kendi organizasyon yapıları içinde değerlendirmemektedirler. İhracat kararı alan şirketlerin sadece lokasyon avantajları eksikken hem mülkiyet avantajları hem de içselleştirme avantajları bulunmaktadır. Doğrudan yabancı ülkeye yatırım yapma kararı alan şirket ise Dunning'in çalışmasına göre tüm bu üç avantaja da sahip olan şirkettir (Dunning, 1980).

Bunlara ek olarak literatürde uluslararasılaşma modelleri olarak Uppsala Model (U-Model) ile Yenilikçi Uluslararasılaşma Modeli (I-Model) de bulunmaktadır. Uppsala Model Johanson, Weidersheim-Paul ve Vahlne tarafından geliştirilmiş olup firmaların adım adım dış pazarlarda gelişeceğini savunur. Şirket önce iç pazarda deneyim kazanır ve sonrasında bu deneyimi kültürel ve coğrafi olarak kendisine yakın olan pazara aktarır. Pazara ilişkin bilginin artmasına bağlı olarak verilen kararlar değişir. Uppsala Model'e göre uluslararasılaşma dört adımda sırasıyla artarak gelişir: ihracat aktiviteleri, temsilcilik ile ihracat, yurtdışında satış iştiraki kurulması ve yurtdışında üretim yapılması (Johanson ve Vahlne, 1977; Johanson ve Weidersheim-Paul, 1975).

Yenilikle ilgili uluslararasılaşma modeline göre ise uluslararasılaşma yöneticilerin davranış ve tavırlarındaki değişime bağlı olarak gerçekleşir. Bu modele göre yeniliğin benimsenmesi, öğrenme ve inovasyon kritik önem taşır. Bilkey, Tesar ve Czinkota'ya göre firmaları uluslararasılaşmaya iten dışsal faktörler olurken (Bilkey ve Tesar, 1977; Czinkota ve Tesar, 1982) Çavuşgil ve Reid'e göre ise içsel faktörler daha erken aşamalarda ihracata firmaları yönlendirir (Çavuşgil, 1980; Reid, 1981).

1800'lerden beri özel hastanelere sahip olan ve bu doğrultuda halen dış pazarlarda farklı pazara giriş stratejileri uygulayan ABD'li hastane zincirlerinin başarılı uygulamaları, Türkiye'deki özel hastaneler için örnek oluşturacak bir perspektif çizmektedir. Söz konusu başarılı uygulamaların ardından gelecek bölümde firma başarısı veya başarısızlığını etkileyen ve literatürde yer alan üç temel yaklaşım olan endüstri, kaynak ve kurumsal temelli yaklaşımdan yararlanarak oluşturulan özel hastaneler için Küresel Pazara Giriş Karar Modeli bulunmaktadır.

Girilmesine Karar Verilen Pazarlarda Uygulanabilecek Stratejiler

Küreselleşen dünyada sağlık sektörünün bu gidişat haricinde durması imkansızdır. ABD gibi büyük pazarlarda da doğal olarak farklı ölçekte özel hastaneler zamanla oluşmuştur. Büyük pazarlarda küreselleşme eğilimi büyük ölçekli firmalar için henüz bulundukları pazarda fırsat bulunduğundan yavaş hareket etmelerine sebep olur. Küçük ölçekli olanlar da benzer şekilde hem pazar büyüklüğü hem de kaynak yetersizliğinden nadiren küreselleşme eğilimi gösterir.

ABD'li hastane zincirleri 1800'lü yıllara dayanan geçmişleri sebebiyle zaman içinde kendi ülkelerinin dışında da faaliyet gösterir duruma gelmişlerdir. Bu hastanelerin pazara giriş stratejileri ortaklıklar, yönetim sözleşmesi ve ortak girişim olarak üç farklı şekilde uygulanmıştır.

Lisans Anlaşmaları

ABD'nin önemli hastane zincirlerinden Johns Hopkins Medicine International'ın ABD dışında sekiz ülkede yapmış olduğu ortaklıklar ve bu ortaklıklar neticesinde vermiş olduğu servisler Tablo 2'de gösterilmiştir. Görüldüğü gibi bu ortaklıklar nezdinde kalite ve uluslararası sertifikasyon hazırlıklarından ileri düzey medikal tesis kurulumuna geniş bir portföyde program ve danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır (International Collaborations: Johns Hopkins Medicine International, 2016).

Tablo 2. Johns Hopkins Medicine International'ın Ortaklık Yaptığı Kuruluş ve Servisler

Ülke	Ortaklık Yapılan Kuruluş	Ortaklık Bünyesinde Verilen Servisler
Brezilya	Hospital Moinhos de Vento	Klinik Güçlendirme Çalışmaları

				Hemşirelik Uygulamaları Gelişimi ve Hasta Güvenliği Araştırmada İşbirliği
Şili	ClinicaLasCondes			JCI Akreditasyon Hazırlığı Danışmanlık: Mimari Değerlendirme, Radyoloji, Hastane Davranış Kuralları, 10 Senelik Tesis Planlama Çok Disiplinli Kanser Merkezi Kurulumu Ortak Konferanslar Düzenleme Servis Mükemmeliyet, Radyoloji, Enfeksiyon Kontrol Eğitimleri
Hindistan	HCL Healthcare			Bilgi Transferi, Eğitim ve Klinik Servis Projeleri Protokol Gelişimi, Kalite Gelişimi ve Hasta Güvenliği
Japonya	Tokyo Midtown Medical Center			Kalite, Hasta Güvenliği ve Enfeksiyon Kontrol Program Gelişimi Mimari Tasarım Gelişimi Medikal Merkez Operasyon Gelişimi Teknoloji Gelişimi JCI Akreditasyon Hazırlığı
Lübnan	Clemenceau Medical Center			JCI Akreditasyon Hazırlığı Hastane Mimari Tasarımı Enfeksiyon Kontrol Eğitimi Kapsamlı Kadın Klinik Danışmanlığı
Panama	Hospital Punta Pasifica			Klinik Program Gelişimi Hemşire Gelişimi Kalite ve Hasta Güvenliği Programı JCI Akreditasyon Hazırlığı

		Uluslararası Hasta Refakati
Peru	PasificoSalud	Klinik ve Hasta Servisi Programları Kalite Gelişim Süreçleri Çok Disiplinli Kanser Programı Gelişimi
Türkiye	Anadolu Medical Center	Mimari ve Mühendislik Tasarım JCI Akreditasyon Hazırlığı Bilgi Sistemleri Danışmanlığı Medikal Ekipman Satınalımı Danışmanlığı Radyolojist İşe Alım Danışmanlığı Hemşirelik Gelişim Programı Klinik Program Gelişimi

Kaynak: International Collaborations: Johns Hopkins Medicine International, 2016

Türkiye’de Anadolu Sağlık Merkezi ile kurulan ortaklıkta da mimari ve mühendislik tasarımın değerlendirilmesinden süreçlere ilişkin danışmanlığa ve operasyonel kadroların işe alımı ve gelişim programlarının yapılmasına kadar pek çok ortak proje yürütülmektedir. Görüldüğü üzere Johns Hopkins Türkiye’de ve diğer ülkelerde bu tip ortaklıklarda kendi adının kullanılmasını dayatmamıştır ve söz konusu ortaklık bu bakımdan franchising niteliği taşımamaktadır. Ancak kendi süreçlerini bir danışmanlık bedeli karşılığında anlaşma yaptığı yurtdışındaki kuruluşlara tahsis etmektedir. Bu sayede çok kaynak harcamadan ve riskini azaltarak kendi ülkesinde kazanmış olduğu itibarıyla pek çok ülkede sağlık adına çalışmalar yürütebilmektedir.

Lisans anlaşmalarını kullanan bir diğer önemli ABD’li hastane zinciri Partners Harvard Medical International (PHMI) olup stratejik planlama, altyapı, tesisleşme, klinik ve eğitim programları tasarımı ve kalite gelişim programları gibi konularda danışmanlık hizmeti vermektedir. PHMI’nin bağlantıları olduğu okullar Tablo 3’te belirtilmiştir. Bu okulların araştırma faaliyetleri ile ders programlarının güncel kalması noktasında çalışmalar yapılmaktadır.

Tablo 3. Partners Harvard MedicineInternational’ın Bağlantılı Olduğu Okullar

Ülke	Okul Adı
Almanya	Ludwig MaximiliansUniversity
Almanya	Dresden University of Technology

Güney Kore	Asan Medical Center
Japonya	Tokyo MedicalandDentalUniversity
Suudi Arabistan	AlfaisalUniversity

Kaynak: Partners Harvard Medical International, 2016

PHMI ise 2003 yılından itibaren Dubai Healthcare City'nin kurulmasında önemli rol oynamıştır. Projede üstün kalitede ve hasta odaklı yapısıyla medikal hizmetler ve tedaviler için turistlerin ülkeye çekilmesi amaçlanmaktadır. Stratejik ortaklıklar vasıtasıyla sağlık, eğitim ve araştırma, ilaç, medikal ekipman ve yaşam merkezleri konularında hizmet verilmektedir. Söz konusu projenin kuralları ve düzenlemeleri PHMI tarafından tasarlanmıştır ("Dubai Healthcare City", 2016).

PHMI aynı zamanda Hintli WockhardtHospitals'ın JCI akreditasyonu almasına yardımcı olmuştur. PHMI'nın son projeleri Libya'da diyabet tedavisinin gelişimi, Suudi Arabistan'da yeni bir sağlık okulu kurulması ve Pakistan'da hemşirelik ve eczacılık okullarının kurulmasıdır ("Partners Harvard Medical International", 2016).

Yönetim Sözleşmesi

Johns Hopkins Medicine International yönetim sözleşmesi stratejisini sadece Birleşik Arap Emirlikleri'nde uygulamıştır. Burada iki hastane üzerinden bu strateji gerçekleştirilmektedir. Al Ain'deTawam ve Abu Dhabi kentinde de Al Rahba hastanelerinin yönetimi Johns Hopkins profesyonelleri tarafından gerçekleştirilmektedir. TawamHospital ile 2006 yılında sözleşme imzalanmış ve hemşire eğitiminden süreçlerin geliştirilmesine pek çok düzenleme yapılmaktadır. Benzer şekilde Al RahbaHospital ile de 2008'de yönetim sözleşmesi imzalanmış ve tesis planlamadan idari ve klinik rotasyona birçok sayıda servis Johns Hopkins tarafından verilmektedir.

Birleşik Arap Emirlikleri'ndeki bu iki yatırımda da sermaye riskine girilmeden bilgi aktarımı ve süreçlerin yeniden tasarlanması gibi danışmanlık projeleri verilerek bilgi transferi gerçekleştirilmiştir. Böylece sermaye riskine girmeden Johns Hopkins yayılmasını sürdürmüştür. Sermaye yoğun yeşil alan yatırımı yapmaktan kaçınarak bu ülkede sadece bilgi birikiminin sunulması amaçlanmıştır. İki hastanenin de mülkiyeti Abu Dhabi hükümetine aittir ("International Collaborations: Johns Hopkins Medicine International", 2016).

Ortak Girişim (JointVenture)

Johns Hopkins Singapur, Singapur hükümeti ile yapılan anlaşma sonucu ülkede açılan ilk özel hastanedir. 2000 yılında açılan hastane Johns Hopkins açısından da yurtdışında ortak girişim sonucu kurulan ilk hastane olması bakımından önem taşımaktadır. Singapur'da kurulması coğrafik bir avantaj sağlamakta ve hastane özellikle kanser alanında önemli bir bölgesel

alternatif olarak bulunmaktadır. Her yıl 1400 civarında kanser hastası özellikle Asya-Pasifik ve Ortadoğu bölgelerinden hastaneye gelmektedir (“Johns Hopkins Singapore”, 2016).

Suudi Arabistan’da dünyadaki dev enerji şirketlerinden Aramco ile kurulan birliktelik ile Johns Hopkins Aramco Healthcare kendine has bir yapı ile 2014’te kurulmuştur. Her ne kadar söz konusu ortak girişimde bir enerji şirketinin varlığı ilk etapta garip dursa da aslında girişimin hedef kitlesini yani Aramco şirketinin çalışanlarını ve onların ailesini göstermektedir. Bu girişimden 360.000 kişinin faydalanması planlanmaktadır. Söz konusu anlaşma 10 senelik olup Johns Hopkins uluslararası genişleme planlarını bir üst seviyeye çıkarmaktadır (“Johns Hopkins Aramco Healthcare”, 2016).

Johns Hopkins ve PHMI haricinde bir diğer ABD’li önemli hastane zinciri de Cleveland Clinic olup yurtdışı stratejileri ortak girişim kurma üzerinedir. Bu doğrultuda ilk yurtdışı açılışını Kanada’da 2006 yılında yaşam merkezi açarak gerçekleştirmiştir. Bu yatırımda CopelandGroup ile ortaklık yapılmış olup Toronto Finans Bölgesi’nde daha ziyade yönetici sağlık programları sunulmaya çalışılmıştır (“Cleveland ClinicCanada”, 2016).

Cleveland Clinic Abu Dhabi 2006 yılında Abu Dabi Emirliği ile imzalanan anlaşma neticesinde kurulmuştur. Söz konusu kuruluş 2015’te faaliyete geçmiş olup Cleveland Clinic ve Abu Dabi Emirliği Yatırım Şirketi Mubadala ortaklıkta paya sahiptir. 364 yataklı bu lüks hastane bölge ülkelerine dünyanın en iyi sağlık hizmetini uzaklara gitmeden sunmayı amaçlamaktadır. (“Cleveland Clinic Abu Dhabi”, 2016). Görüldüğü gibi Cleveland Clinic de ülkesi dışına çok fazla doğrudan finansal yatırım yapmadan ancak en değerli kaynağı olan sağlık profesyonellerini gelir gücü yüksek olan bölgelere götürerek uluslararası faaliyetlerini sürdürmektedir.

YÖNTEM

Giriş bölümünde de değinildiği gibi endüstri, kaynak ve kurumsal temelli yaklaşımlar açısından kurgulanan Küresel Pazara Giriş Karar Modeli’nde öncelikle yaklaşımların kısaca tanımlanması gerekmektedir.

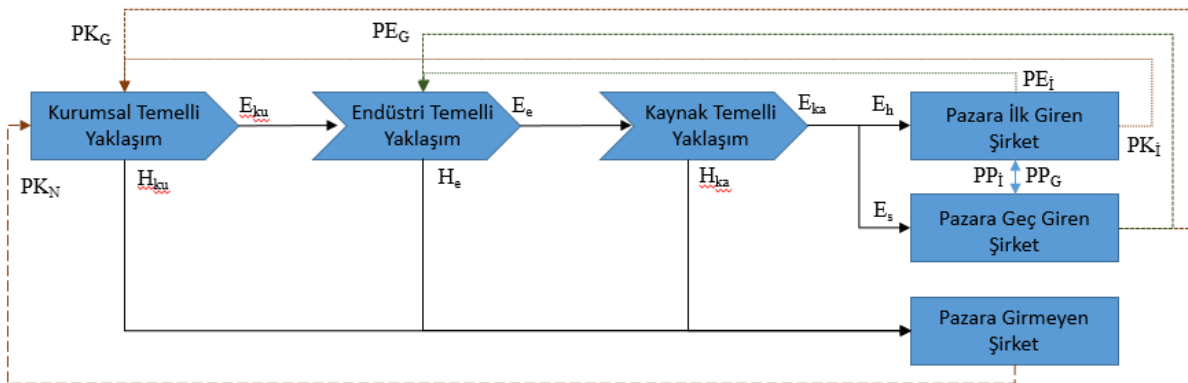
Endüstri temelli yaklaşımın temel varsayımı; firma performansını büyük ölçüde endüstrideki rekabet seviyesinin belirlediği yönündedir (Peng, 2009). Endüstrideki rekabet seviyesinin anlaşılması firmaların karar ve davranışlarının ne şekilde olacağını etkiler. Yöneticiler rekabeti genelde daha dar kapsamda doğrudan rekabette bulundukları firmalar olarak nitelendirirler de Michael Porter’ın 5 Güç Modeli aslında rekabetin diğer dört rekabetçi unsuru da içerdiğini göstermiştir: müşteriler, tedarikçiler, sektöre yeni girecekler ve ikame ürünler (Porter, 2008). Söz konusu bu beş güç neticesinde rekabetçi yoğunluğu anlaşılan endüstride artan rekabet karlılığı azaltacak ve endüstrinin yatırımcılar için çekiciliğini kaybetmesine sebep olacaktır. Endüstri temelli yaklaşıma ek olarak dünyada firmaların başarı veya başarısızlığının belirlenmesinde iki perspektif daha sunulmuştur: kaynak temelli yaklaşım ve kurumsal temelli yaklaşım (Peng&Peng, 2014). Endüstri temelli yaklaşım, bir endüstride ortalama bir firmanın nasıl rekabet ettiğini açıklamaya çalışırken firmaların dış çevrelerindeki fırsat ve tehditlere

odaklanmaktadır. Kaynak temelli yaklaşım ise bir endüstride bazı firmaların diğerlerinden ayrılmayı nasıl başardığına ışık tutmayı amaçlarken firmaların iç çevrelerine yönelerek güçlü ve zayıf yanlarına yoğunlaşır. Kaynak temelli yaklaşıma göre firmaların performans seviyeleri arasındaki farklılıkların sebebi o firmalara has kaynak ve yeteneklerdir. Kaynak temelli yaklaşımda kaynak ve yetenekler somut ve soyut olmak üzere iki ana başlıkta incelenmektedir. Firmaların finansal, fiziksel, teknolojik ve organizasyonel kaynak ve yetenekleri somut; insan kaynağı, inovasyon ve firma itibarı ile ilgili kaynak ve yetenekleri ise soyut olarak sınıflandırılır. Bir firmanın başarısı bu kaynak ve yeteneklerin kattığı değere, nadirliklerine, rakipler tarafından taklit edilmelerinin zorluğuna, maliyetine ve firmanın politika ve prosedürlerinin bu kaynak ve yeteneklerden yararlanmayı desteklemek üzere organize edilmesine bağlıdır (Peng, 2009). Yabancı firmalar kendi ana ülkeleri dışında yabancı olmanın yükümlülüğünü taşırlar. Bu bakımdan her firma için yurtdışında başarılı olmak zordur ve başarılı olanlar kaynak temelli yaklaşıma göre bunu ellerindeki doğru içsel kaynaklara ve yeteneklere borçludur (Peng&Peng, 2014).

1990'lar itibariyle popülerleşen kurumsal temelli yaklaşıma göre ise firmaların stratejileri ve performans düzeyleri kurumsal güçlerin etkisiyle belirlenmektedir. Diğer bir deyişle firmaların oyunu nasıl oynayacaklarının belirleyicisi, o oyunun resmi ve gayri resmi kurallarıdır. Resmi kurallar, firmaların tabi olduğu ve / veya onları etkileyen kanunlar ve düzenlemeler olup yasal dayanakları olan bu kuralların ihlali halinde firmalar resmi yaptırımlar ile karşılaşabilmektedirler. Gayri resmi kurallar ise yazılı olmayan kurallardır ve grup normları ile içselleştirilmiş inançları kapsar. Bu norm ve inançlar, kültür ve etikten beslenmektedir (Peng, 2009).

Küresel Pazara Giriş Karar Modeli

Küresel Pazara Giriş Karar Modeli literatürdeki şirketlerin ne şekilde davranacağına ilişkin çalışmalar üzerine tasarlanmıştır. Endüstri, kaynak ve kurumsal temellere dayandırılan Küresel Pazara Giriş Karar Modeli Şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 2. Küresel Pazara Giriş Karar Modeli

- H_{ku}: Kurumsal temelli yaklaşım sonucunda ilgili yurtdışı pazarına girilmemesi

Şekil 2'deki modele göre; öncelikle kurumsal temelli yaklaşım uyarınca girilecek pazardaki düzenleyici kurallara bakılmalıdır. Sağlık sektörü çok kritik ve hata kabul etmeyen bir sektör olması sebebiyle dünyanın her yerinde kuralları sıkıdır. Bu sebeple bazı ülkeler teknolojik yetkinlik veya yetişmiş insan gücü açısından eksiklikler sebebiyle denetleyemeyecekleri firmaların sektöre girmesini istemeyebilirler. Benzer şekilde sadece devletin sağlık hizmeti vermesi gerektiği gibi kabuller de özellikle bu sektör için bazı ülkeleri girilemeyecek pazar konumuna itebilir. Ayrıca Türk özel hastaneleri gidecekleri ülkenin sağlık sektöründeki uygulamalarının etik açıdan istenilen seviyede olmamasından veya ülkedeki çalışma kültürü ile Türk özel hastaneleri arasındaki uyumsuzluğun oldukça yüksek olması sebebiyle o ülkede faaliyette bulunmak istemeyebilir (normatif durum). Rakiplerden bazıları önceden hedefteki ülkelere yatırım yapıp buna ilişkin geri dönüşten memnun kalmadığında özel hastane yöneticileri söz konusu pazara girmeyi tercih etmeyebilirler (bilişsel durum). Böyle durumlarda pazar uygunluğu olmadığı takdirde özel hastane ilgili pazara giremez (H_{ku}).

- E_{ku} : Kurumsal temelli yaklaşım sonucunda ilgili yurtdışı pazarına girilmesine ilişkin endüstri temelli yaklaşıma göre karar verme fazına geçilmesi
- H_e : Endüstri temelli yaklaşım sonucunda ilgili yurtdışı pazarına girilmemesi

Özel hastane kurumsal temelli yaklaşıma göre girebileceği pazarlarda (E_{ku}) endüstri temelli yaklaşıma göre karar vermelidir. Bu bakımdan öncelikle endüstrideki rekabeti değerlendirmelidir. Ayrıca hastaneye tedarik sağlayıcıların pazarlık gücünü ölçmeli ve hizmet sağlayacağı hastaların başka kurumlardan da aynı hizmeti hangi şartlarla alacağını öğrenmelidir. Sunduğu hizmetin alternatifinin olup olmaması veya pazara giriş engellerinin neler olduğu endüstri temelli yaklaşımda etkileyici unsurlardandır. Tüm bu beş bileşen neticesinde özel hastane pazara giriş uygunluğu görmediği takdirde aksiyon almamalıdır (H_e).

- E_e : Endüstri temelli yaklaşım sonucunda ilgili yurtdışı pazarına girilmesine ilişkin kaynak temelli yaklaşıma göre karar verme fazına geçilmesi
- H_{ka} : Kaynak temelli yaklaşım sonucunda ilgili yurtdışı pazarına girilmemesi

Kurumsal temelli bileşenler açısından pazara girmenin uygun olduğu ve endüstriyel rekabet açısından ortamın da pazara girişi desteklediği şartlarda (E_e) özel hastane artık kendi kaynaklarına ve yeteneklerine bakmalıdır. Bu noktada VRIO Analizi kaynak ve yetenekler açısından sorulması gereken sorulara işaret eder. Özel hastane sunduğu hizmetlerin, işgücünün ve kaynaklarının değerini, nadirliğini, taklit edilebilirliğini ve organize olup olmadığını sorgulamalıdır. Gideceği pazara istenen değeri ve nadirliği sunamayacak, hizmetleri rahatlıkla taklit edilebilir olan ve o ülkede organizasyonda güçlük çekecek özel hastaneler pazara giriş kararı almamalıdır (H_{ka}).

- E_{ka} : Kaynak temelli yaklaşım sonucunda ilgili yurtdışı pazarına ne zaman girilmesine ilişkin karar verme fazına geçilmesi
- E_h : İlgili yurtdışı pazarına ilk giren şirket olma kararının verilmesi
- E_s : İlgili yurtdışı pazarına geç giren şirketlerden olma kararının verilmesi

Kaynak ve yetenekler açısından da pazara girmesi uygun olan özel hastanelerde (E_{ka}) artık pazara giriş aşamasında rakiplere oranla hangi koşullarda olunduğudur. Endüstri temelli yaklaşım pazara girip girmeme kararı verilmesine ek olarak pazara ne zaman girilmesi gerektiği noktasında da etkilidir. Mevcut şartlarda pazardaki rekabet düşük seviyede ve ilgili özel hastane hemen kaynak ve yetenekleri ile pazara girebilecek ise (E_h) pazara ilk giren şirketlerden olacaktır. Şayet mevcut endüstride rekabet yoğun veya ilgili özel hastane birtakım kaynak ve yetenek eksiklerini zaman içerisinde kapatma ve sektörün dinamiklerinin oturmasını beklediği durumda ise (E_s) pazara geç giren şirketlerden olmayı tercih etmektedir.

- PK_i : Pazara ilk giren şirketlerin ilgili yurtdışı pazara ilişkin kurumsal temelli yaklaşımı etkilemesi
- PK_G : Pazara geç giren şirketlerin ilgili yurtdışı pazara ilişkin kurumsal temelli yaklaşımı etkilemesi
- PK_N : Pazara girmeyen şirketlerin ilgili yurtdışı pazara ilişkin kurumsal temelli yaklaşımı etkilemesi

Pazara ilk giren şirketler kurumsal temelli yaklaşımı etkilemektedir (PK_i) çünkü belirlenen düzenleyici kurallar ilk giren şirketler tarafından test edilmektedir. Uygun olan kural ve yasalar devam ederken değişmesi gerekenler ise yeni haliyle pazardaki tüm oyuncular tarafından test edilecektir. Pazara ilk girenler kurumsal temelli yaklaşımın normatif ve bilişsel bileşenlerini de etkileyeceklerdir. Bu değişen ortama giren pazara geç giren şirketler pazarın oturmuş ve düzenli yapısını almasını sağlarlar (PK_G). Pazara girmeyen özel hastaneler de aldıkları girmeme kararlarıyla hem düzenleyici yasaları desteklemekte hem de normatif ve bilişsel olarak bir kamuoyu oluşturmaktadırlar (PK_N).

- PE_i : Pazara ilk giren şirketlerin ilgili yurtdışı pazara ilişkin endüstri temelli yaklaşımı etkilemesi
- PE_G : Pazara geç giren şirketlerin ilgili yurtdışı pazara ilişkin endüstri temelli yaklaşımı etkilemesi

Benzer şekilde pazara ilk giren şirketler pazardaki rekabet konusunda belirleyici olurken pek çok konuda endüstriyel standartların ilk belirleyicisi olurlar (PE_i). Ancak yeni oluşan özel hastanecilik sektöründe tedarikçi bulmak veya insanları özel hastaneye gitmeleri yönünde ikna etmek pazara ilk girenlerin görevi olacaktır. Pazara geç girenler ile beraber sektördeki rekabet ve pazara giriş engelleri artacak, alıcıların ve satıcıların alternatifleri çoğalacak ve sunulan hizmetin ikamesi daha kolay bulunacaktır (PE_G).

- PP_i : Pazara ilk giren şirketlerin ilgili yurtdışı pazarında pazara geç girecek şirketleri etkilemesi
- PP_G : Pazara geç giren şirketlerin ilgili yurtdışı pazarında pazara ilk giren şirketleri etkilemesi

Pazara ilk giren şirketler hem kurumsal temelli bileşenleri hem de endüstrinin dinamiklerini etkilemekte aynı zamanda bu etkilerinin neticesi olarak da pazara geç girenleri tesir etmektedirler (PP_i). Test edilen düzenleyici ortam ve değişen endüstri şartları sonrasında pazara geç giren özel hastaneler de yasaların son haline gelmesini sağlarken hem pazara giriş şartlarını zorlaştıracaklar hem de müşterilerin ve tedarikçilerin güçlerini arttırmalarını sağlayarak pazara ilk girenleri dolaylı olarak da olsa etkilemiş olacaklardır (PP_G).

Küresel Pazara Giriş Karar Modeli görüldüğü üzere karar vericinin birçok önemli bileşeni bir arada görmesini sağlayacak şekilde basit, anlaşılır ve çok yönlü olarak düzenlenmiştir. Modelde yer alan değişkenler ortaya konulup analizler yapıldığında, karar verici daha net karar vererek

pazara hangi strateji ile girmesi gerektiği konusunda ayrıntılı kombinasyonlara sahip olabilecektir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık sektörü giderek büyümeye devam etmektedir. Son 15 yılda Türkiye'deki toplam sağlık harcaması 19 kat artarken özel sektör sağlık harcaması da yaklaşık 10 kat artmıştır. Sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasıla içindeki payı da %5-6 seviyelerinde gerçekleşmiştir. Büyüyen pazar farklı ölçekteki hastaneler için farklı küreselleşme eğilimlerini beraberinde getirecek olup tüm firmalar Küresel Strateji Oluşturma Modeli'ne göre hareket ederler.

Girilmesine karar verilen pazarlarda uygulanabilecek stratejilere ilişkin ise tamamlayıcı bilgi ve örnekler sunulmuştur. Örnekler neticesinde özel hastaneler için pazara girişte uygulanacak stratejiler lisans anlaşmaları, yönetim sözleşmesi ve ortak girişim (jointventure) olarak belirlenmiştir.

Küreselleşme kararı alan özel hastaneler endüstri, kaynak ve kurumsal temelli yaklaşımları içeren Küresel Pazara Giriş Karar Modeli'ne göre dış pazarlara girip girmemeyi ve o pazara ne zaman girilmesi gerektiğine dair karar verebilecektir.

Türkiye'deki özel hastaneler bilimsel gerçekler neticesinde çizilen bu çalışma doğrultusunda hareket ettikleri takdirde hem nüfuz alanları artacak hem de büyüyen küresel sağlık ekonomisinden istedikleri paya sahip olabileceklerdir.

KAYNAKÇA

Bilkey, W. J. ve Tesar, G. (1977). Theexportbehavior of smaller-sized Wisconsin manufacturingfirms. *Journal of International Business Studies*, 8(1), 93-98.

Can, E. (2015). Uluslararası İşletmecilik. İstanbul: Beta Basım A.Ş.

Cavusgil, S. T. (1980). On theinternationalizationprocess of firms. *Europeanresearch*, 8(6), 273-281.

Cleveland Clinic (2016). *Cleveland ClinicOverview*. 19.04.2016 tarihinde <http://my.clevelandclinic.org/about-cleveland-clinic/overview> adresinden alınmıştır.

Czinkota, M. R. ve Tesar, G. (1982). *Exportmanagement: An internationalcontext*. PraegerPublishers.

Dunning, J. H. (1980). Toward an eclectictheory of internationalproduction: Someempiricaltests. *Journal of International Business Studies*, 11(1), 9-31.

Johanson, J. ve Vahlne, J. E. (1977). Theinternationalizationprocess of thefirm - a model of knowledge development and increasing foreign market commitments. *Journal of International Business Studies*, 8(1), 23-32.

Johanson, J. ve Wiedersheim-Paul, F. (1975). Theinternationalization of thefirm - fourswedishcases 1. *Journal of Management Studies*, 12(3), 305-323.

Johns Hopkins Medicine International (2016). *Johns Hopkins Aramco Healthcare*. 18.04.2016 tarihinde http://www.hopkinsmedicine.org/international/international_affiliations/middle_east/johns_hopkins_aramco_healthcare.html adresinden alınmıştır.

Johns Hopkins Medicine International (2016). *Jonhs Hopkins Singapore*. 18.04.2016 tarihinde http://www.hopkinsmedicine.org/international/international_affiliations/asia_pacific/singapore_international_medical_centre.html adresinden alınmıştır.

Johns Hopkins Medicine International (2016). *International Collaborations: Johns Hopkins Medicine International*. 17.04.2016 tarihinde http://www.hopkinsmedicine.org/international/international_affiliations/adresinden alınmıştır.

Johns Hopkins Medicine International (2016). *Overview*. 17.04.2016 tarihinde <http://www.hopkinsmedicine.org/about/downloads/jhm-overview.pdf> adresinden alınmıştır.

Meyer, K. E., Estrin, S., Bhaumik, S. K. ve Peng, M. W. (2009). Institutions, resources, andentrystrategies in emergingeconomies. *Strategic Management Journal*, 30(1), 61-80.

Lynch, R. (2016). *How do youbuild a globalstrategy?* | *Global Strategy*. 16.06.2016 tarihinde <http://www.global-strategy.net/how-do-you-build-a-global-strategy/> adresinden alınmıştır.

Peng, M. (2009). *Global Strategic Management*. South-Western Cengage Learning.

Peng, M. ve Peng, M. (2014). *Global Business*. Mason, OH: Cengage Learning/South Western.

Porter, M. (2008). *TheFiveCompetitiveForcesThatShapeStrategy*. 02.06.2016 tarihinde <https://hbr.org/2008/01/the-five-competitive-forces-that-shape-strategy>adresinden alınmıştır.

Prnewswire.com (2016). *Cleveland ClinicCanada*. 19.04.2016 tarihinde <http://www.prnewswire.com/newsx-releases/cleveland-clinic-establishes-cleveland-clinic-canada-55384097.html> adresinden alınmıştır.

Reid, S. D. (1981). Thedecision-makerandexportentryandexpansion. *Journal of International Business Studies*, 12(2), 101-112.

TÜİK (2016). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri*. 31.05.2016 tarihinde http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 adresinden alınmıştır.

Wikipedia(2016). *Cleveland Clinic Abu Dhabi*. 19.04.2016 tarihinde https://en.wikipedia.org/wiki/Cleveland_Clinic_Abu_Dhabi adresinden alınmıştır.

Wikipedia (2016). *Dubai Healthcare City*. 19.04.2016 tarihinde https://en.wikipedia.org/wiki/Dubai_Healthcare_Cityadresinden alınmıştır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 2 Sayı/Issue : 3 Yıl/Year : 2016 ISSN -2149-6161

Wikipedia (2016). *Partners Harvard Medical International*. 19.04.2016 tarihinde https://en.wikipedia.org/wiki/Partners_Harvard_Medical_International adresinden alınmıştır.

HASTANE BİLGİ YÖNETİM SİSTEMİNİN KULLANILABİLİRLİĞİNİ BELİRLEMEYE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

A RESEARCH TO DETERMINE THE AVAILABILITY OF HOSPITAL INFORMATION MANAGEMENT SYSTEM: A TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL IN ANKARA

Arş. Gör. Dr.Dilek Uslu

Gazi Üniversitesi

duslu@gazi.edu.tr

Arş. Gör.Şükrü Anıl Toygar

Gazi Üniversitesi

aniltoygar@hotmail.com

Arş. Gör. Dr.Fatma Mansur

Gazi Üniversitesi

fatma.mansur@gmail.com

Özet

Bu çalışmada Ankara’da hizmet veren bir eğitim ve araştırma hastanesinde kullanılan hastane bilgi yönetim sisteminin kullanılabilirliğini değerlendirmek amacıyla Yazılım Kullanılabilirliği Ölçeği (Software Usability Measurement Inventory-SUMI) kullanılmıştır. Ölçekte kullanılabilirliğe yönelik dokuz faktör yer almaktadır. Araştırmada katılımcıların demografik özelliklerine de yer verilmiştir. Pilot uygulamada Cronbach alfa katsayısı 0,92 olan anketin verilerinin değerlendirilmesinde ise aritmetik ortalama, standart sapma ve t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) yapılmıştır. Memnuniyet ve kullanım kolaylığı faktörleri en yüksek puan ortalamasına sahip olup, en düşük ortalama yardımcı olmak faktörüne aittir. Güvenlik faktörü ile yaş faktörü arasında ve kullanım kolaylığı ile iş tecrübesi değişkeni arasında istatistikî olarak anlamlı farklılık bulunduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi, Kullanılabilirlik, Kullanılabilirlik Faktörleri, Kullanılabilirlik testi.

Abstract

In this study, Software Usability Measurement Inventory is used to measure the usability of a hospital information management system used in a training and research hospital in Ankara. There are 9 factors aimed at usability in measurement. Demographic features of the patients are also included in the study. mean, standard deviation, t-test and one way variance analysis (Anova) are carried out to evaluate the data, Cronbach Alfa reliability co-efficient of which is found to be as high as 0,92 in pilot scheme. While satisfaction and ease of use aspects have the highest mean, being helpful has the lowest mean. A statistically meaningful difference is determined between safety and age factor and between ease of use and work experience.

Key Words: Hospital Management Information System, Usability, Usability Factors, Usability Test.

GİRİŞ

Son yıllarda tüm dünyada sağlık alanında dönüşüm yaşanmaktadır. Sağlık alanında yaşanan bu dönüşümün merkezinde yer alan kavramlardan biriside bilişim teknolojileridir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından oluşturulan Dünya Sağlık Bildirgesi’nde sağlık kuruluşlarının “uygun bir teknoloji ve enformasyon sistemine sahip olması” ilkesi yer almaktadır Uygun bir teknoloji ve

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(USLU,D/TOYGAR,Ş,A/MANSUR,F)

enformasyon sistemine sahip olmakla sağlık sektöründe zaman kayıplarının önlenmesi, harcamaların düşürülmesi ve sistem maliyetlerinin azaltılması, bu sayede de sağlık sektörü hizmet kalitesinin artırılması hedeflenmektedir (Bal vd., 2012: 35-36)

Sağlık sektörü gibi hayati öneme sahip bir sektörde bu sistemlerinin kullanımının hatasız olması gerekmektedir. Çünkü sağlık sektöründe kullanılacak bilişim teknolojilerinde oluşabilecek sistemsel, yazılımsal ya da kullanıcı kaynaklı hatalar telafisi mümkün olmayan sonuçlara yol açabilmektedir. Bu nedenle sağlık bilgi teknolojilerinin güvenilirliğini sağlamak amacıyla sağlık teknolojilerini tanımlamak, sınıflandırmak ve olası hataları önlemeye yardımcı olabilmek için kullanılabilirlik analizlerinin yapılması gerekmektedir (Yılmaz ve Demirkan, 2012: 20).

Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

Hastane bilgi yönetim sistemi, hastanenin günlük işlerinin etkin ve verimli yürütülmesini sağlaması, hastanenin karar ve kontrol mekanizmasını yönlendirecek olması nedeniyle hastanenin her düzeyinde çalışanların katılımını gerektiren ve uzun bir dönemi kesintisiz içine alan teknolojik ve sosyolojik bir süreçtir (Akkoç, 2009: 34).

Sağlık kurumlarında kullanılmakta olan hastane bilgi yönetim sistemleri, sorunları en az seviyeye indirmek, etkinlik ve verimliliği en üst düzeye çıkarmak, elde edilen bilgileri doğru şekilde saklamak ve bu bilgilerin bölümler arası paylaşımını gerçekleştirmek amacıyla insan sağlığı için önemli hususlarda riski minimum seviyede tutmak amacıyla geliştirilmiş sistemlerdir.

Bilgi sistemleri kullanıldıkları yerlerin özelliklerine göre adlandırılmaktadır. Bilgi sistemleri; *organizasyonlarda yönetim kademelerine, fonksiyonel alanlara ve yönetime destek sağlama biçimlerine* göre farklı niteliklerde sınıflandırılmaktadırlar. Bu nedenle hastanelerde kullanıldıklarında *hastane bilgi sistemi* adını alırken hastane yönetimini ilgilendiren boyutlarda ele alındığı zaman *hastane bilgi yönetim sistemleri* adını almaktadır. Ülkemizde kullanılan hastane bilgi sistemi bileşenleri; *hasta kayıt kabul, hasta yatış/taburcu, hasta takip, hasta sevk, merkezi yatış, acil servis, insan kaynakları, gönüllü çalışma, sağlık kurulu, satın alma/malzeme, genel muhasebe, telefonla randevu sistemi, laboratuvar ve eczaneden oluşmaktadır* (Ömürbek ve Altın, 2009: 217). Bu sistemler tıbbi, idari ve mali alanlarda kullanılmakla birlikte klinik araştırmalara da yardımcı olurlar.

1. Kullanılabilirlik

Kullanılabilirliğin en yaygın kullanılan tanımı Uluslararası Standartlar Organizasyonu'na (ISO) aittir. ISO'ya göre kullanılabilirlik; "belirli bir bağlamda belirli bir kullanıcı grubunun bir ürünü kullanarak belirli amaçları etkili, verimli ve memnuniyet içerisinde gerçekleştirme seviyesi" olarak tanımlamıştır (ISO/DIS 9241-11, 1994, Akt: Özdemir, Atasoy ve Somyürek, 2007: 61). ISO'nun bu tanımına göre kullanılabilirlik; etkinlik, verimlilik ve memnuniyet olmak üzere üç temel özellikten oluşmaktadır. *Etkinlik*; kullanıcıların amaçlarını ve görevlerini doğru ve tam olarak tamamlama düzeyleri, *Verimlilik*; amaçlara ve görevlere ulaşırken harcanan kaynakları, zamanı ve çabayı, *Memnuniyet* ise kullanıcıların sistem kullanımı ile ilgili pozitif tutumları ve rahatlıkları ile ölçülmektedir.

Nielsen (1993) ise kullanılabilirliği "*kullanıcının bir ürün veya sistemle olan etkileşimini etkileyen faktörlerin bir kombinasyonu*" olarak tanımlamıştır. Ayrıca kullanılabilirlik, bir

uygulamada belirlenen işlerin hedef kitle olarak belirlenen kullanıcılar tarafından, gerekli eğitimin ve teknik desteğin verilmesinin ardından, uygun çevre koşullarında kolaylıkla ve etkili biçimde kullanılabilmesi olarak tanımlanabilmektedir (Evcil ve İslim, 2012: 2).

Üretilen ürünlerin kullanıcıların bilişsel yapısı ve genel kullanım tutumları ile uyumlu olması gerekmektedir ki, kullanıcıların beklenti ve ihtiyaçlarına uygun bir şekilde ürünler tasarlanabilsin. Ayrıca kullanılabilirlikte diğer bir amaç kullanılan ürünün etkinliğini, verimliliğini ve memnuniyet derecesini artırmaktır.

2. Kullanılabilirlik Değerlendirme Yöntemleri

Kullanılabilirlik değerlendirme yöntemleri problemlerinin belirlemesinde sadece bir yardımcı araç olmayıp aynı zamanda bu problemlerin çözümü için geliştirilen bir yoldur. Bu yöntemler hem tasarım değişikliklerine yol açmakta hem de bu değişikliklerin değerlendirilmesini sağlamaktadır (Kılıç ve Güngör, 2006: 1).

Literatürde bir sistemin kullanılabilirliğini değerlendirmek için kullanılan çok sayıda yöntem ve teknik mevcut olup bunlar temel olarak; *Kullanılabilirlik Testleri*, *İnceleme Yöntemleri* ve *Sorgulama Yöntemleri* şeklinde üç kategoriye ayrılmaktadır (Kılıç ve Güngör, 2006: 1; Ateş ve Karacan, 2010:34; Gürses, 2006:18).

- **Kullanılabilirlik Testleri:** Kullanılabilirlik testlerinde işlem süresince gerçek kullanıcıları temsil eden kullanıcıların sistem ile etkileşimleri detaylı olarak incelenerek, kullanıcıların performanslarına ilişkin veriler ve sistemde yaşadıkları problemler tespit edilmeye çalışılmaktadır. Test sırasında veri toplama amacıyla; video kaydı, ekran görüntüsü yakalama, işlem kütüğü analizi, sesli düşünme protokolü gibi çeşitli tekniklerden de yararlanılmaktadır.
- **İnceleme Yöntemleri:** Bu yöntemde ürün ve sistem arayüzleri kullanılabilirlik mühendisleri olarak da adlandırılan uzmanlar tarafından standart kullanılabilirlik ilkeleri doğrultusunda değerlendirilmektedir.
- **Sorgulama Yöntemleri:** Sorgulamaya dayalı değerlendirme yöntemleri, sistemin gerçek kullanıcılarından veri elde etmek amacıyla uzmanlar tarafından yürütülen çalışmalardır. Bunlardan bazıları; *Alan Gözlemi*, *Görüşme* ve *Odak Grupları*, *Anketler* ve *Bağlamsal Sorgulama* şeklindedir. *Alan Gözlemi*'nde, uzmanlar kullanıcıları gerçek işlem süreçleri sırasında yerinde gözlemekte ve kullanıcıların sistemi ne şekilde kullandığına dair bilgiler elde etmeye çalışmaktadırlar. *Görüşme* ve *Odak Grupları*'nda ise kullanıcıların arayüzle ilgili yaşadıkları problemler, tercihleri, önerileri gibi çeşitli konularda doğrudan bilgi edinilmektedir. Sorgulama yöntemleri kategorisinde yer alan *anketler* kullanılabilirlik değerlendirmelerinde yaygınlıkla kullanılan önemli araçlardır. Kullanılabilirlik anketleri, sistem tasarımcıları tarafından hazırlanabildiği gibi, yazılım ve arayüz değerlendirmeleri amacıyla geliştirilen standart anketler de olabilmektedir. Literatürde geçerlilik ve güvenilirlikleri kanıtlanmış olan "The Questionnaire for User Interaction Satisfaction (QUIZ)", "WebSite Analysis and Measurement Inventory (WAMMI)", "Software Usability Measurement Inventory (SUMI)" gibi pek çok anket sistemlerin kullanılabilirlik tespiti için kullanılmaktadır (Harper ve Norman, 1998; Claridge ve Kirakowski, 2011; Kirakowski, 1994). Geçerlilik ve güvenilirlikleri kanıtlanan bu anketler dışında geliştirilen farklı anketler ile de sistemlerin kullanılabilirlik analizleri yapılmaktadır. Mevcut anketlerin farklı dillere çevrimlerinde test sorularının geçerlilik ve geçerlilikleri de değişmektedir (Yılmaz ve Demirkan 2010:24).

Teknolojinin kullanılabilirliğini sorgulama yöntemi ile ölçmek için birçok kriter bulunmaktadır. Ancak araştırma kapsamında kullanılacak olan SUMI (Software Usability Measurement Inventory) kullanılabilirliğe dair 9 boyutu kapsamaktadır. Bu boyutlar *etkin*

kullanılabilirlik, öğrenilebilirlik, yardımcı olma, anlaşılabilirlik, güvenlik, bireyselleştirebilme, tasarım, memnuniyet ve kullanım kolaylığıdır (Kılıç ve Güngör, 2006: 2; Yılmaz ve Demirkan, 2012: 24).

- a. **Etkin kullanılabilirlik**, sistemin en verimli şekilde kullanılabilmesi ve sistemin işleri kolaylaştırması ve bu işlemleri güvenli bir şekilde veri kaybı olmadan gerçekleştirmesidir.
- b. **Öğrenilebilirlik**, kullanıcıların programı kullanmayı ne kadar kolay öğrenebildiklerinin derecesidir.
- c. **Yardımcı olmak**, kavramı ise yazılımda yardım menüsünün olup olmadığıyla ilgilidir.
- d. **Anlaşılabilirlik** faktörü, yazılım menülerinin ve fonksiyonlarının kullanıcıların anlayabileceği şekilde tasarlanması, yazılımın sağladığı bilgileri anlayarak, çıkarımlar yapabilmesi ve özellikle yazılımda meydana gelen hatalar sonucunda ortaya çıkan hata mesajlarının kullanıcılar tarafından anlaşılabilmesi olarak tanımlanmaktadır.
- e. **Güvenlik** faktörü, veri kaybının gerçekleşmemesi ya da böyle bir durum karşısında verilerin yedekleri vasıtasıyla geri döndürülebilmesi, verilerin kurumdaki kuruma ya da bölümden bölüme gönderilirken güvenli bir şekilde kriptolu olarak gönderilmesidir.
- f. **Bireyselleştirebilme** faktörü, yazılımın işleyiş fonksiyonları değiştirilmeden, font, renk, görsel öğeler ve arka plan rengini değiştirebilme olarak nitelendirilmektedir.
- g. **Tasarım** faktörü, yazılımın menü renklerini, kullanılan yazı tipi ve büyüklüğünü ayrıca yazılımda kullanılan dilin açık ve etkili olmasını ifade etmektedir.
- h. **Memnuniyet** faktörü, kullanıcıların yazılımdan memnun kalması, yazılımı kullandığında işleri daha hızlı ve etkili yapabilmesi, yazılımın çalışma hızından ve doğruluğundan memnun olması ve yazılımı kullanırken kendini gergin hissetmemesi şeklinde tanımlanmaktadır.
- i. **Kullanım kolaylığı** yazılımda menü organizasyonunun kullanım açısından kolaylık sağlayacak şekilde tasarlanmış olması, yazılımda kullanılan kısa yol tuşlarının kullanım kolaylığı sağlaması ve yazılımda giriş ve çıkış aygıtlarından veri alış verişi sağlanmasındaki kolaylıktır. Kullanım kolaylığının olması, verimliliği artıracak ve daha hatasız bir çalışma ortamı sunacaktır.

4. Kullanılabilirlik İle İlgili Yapılmış Çalışmalar

Bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanılabilirliği ile ilgili pek çok çalışma yurt içinde ve yurt dışında yapılmıştır fakat sağlık sektöründe kullanılan bilgi ve yönetim sistemlerinin kullanılabilirliği ile ilgili yeterli çalışmanın olmadığı görülmektedir. Özellikle yapılan çalışmalarda ise hastanelerde kullanılan bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılabilirlik yönünden değil de daha çok bu sistemlerin entegrasyonu, güvenilirliği, donanım ve sistem yapısına yönelik teknik çalışmalardan oluşmaktadır.

Ahmedi vd. (2011) yapmış oldukları “*Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanılabilirliğine Dayalı IsoMetric 9241*” adlı çalışmada hastane bilgi sistemlerinin kullanılabilirliğini İzoMetric 9241 Bölüm 10 kriterlerine göre değerlendirmişlerdir. Ankette kullanılabilirlik boyutları görevler

için uygunluk, kendini tanımlama, kontroledilebilirlik, kullanıcı beklentilerine uygunluk, hata toleransı, bireysellik ve öğrenmeye uygunluk olmak üzere yedi kriterden oluşmaktadır. En yüksek puanı kullanıcı beklentileri alırken, en düşük puanı ise bireysel uygunluk boyutu almıştır.

Hamborg vd., (2004) yapmış oldukları “*Hastane Bilgi Sistemlerinin Kullanılabilirlik Değerlendirilmesine Dayalı Anket*” adlı çalışmada ISO 9241 Bölüm 10 uluslararası standardı temel alan IsoMetrics adlı kullanılabilirlik anketini kullanmışlardır. Bu anket, bir hastane bilgi yönetim sisteminin kullanılabilirliğini değerlendirmek için uygulanmıştır. Anketin çevrim içi ve kağıt-kalem formatı ile eşdeğerliliği araştırılmıştır. Sonuçlar, farklı formatların konunun derecelendirmelerini etkilemediğini göstermiştir. Araştırmaya doktor, hemşire, sekreter ve diğer sağlık personeli olmak üzere 182 kişi katılmıştır. Kullanıcılar sistemin ergonomik kalitesini düşük bulmuşlardır IsoMetrics’in büyük kuruluşlardaki kullanılabilirlik taramalarını destekleyen hastane bilgi sistemleri alanında yazılım değerlendirme için güvenilir bir teknik olduğu sonucuna varılmıştır.

Gundak ve Çetin (2015) “*Hastane Bilgi Sistemlerinin SUMI Yöntemine Göre Kullanılabilirlik Düzeyinin Belirlenmesi: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Örneği*” adlı çalışmalarında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde kullanılan HBS yazılımını SUMI yöntemi kullanarak verimlilik, etki, yardımcılık, kontrol edilebilirlik ve öğrenilebilirlik boyutlarında analizini gerçekleştirmiştir. Araştırma sonucunda, hastane çalışanlarının hastane bilgi sistemini verimlilik, etki, yardımcılık, kontrol edilebilirlik ve öğrenilebilirlik açısından orta düzeyde buldukları sonucuna varılmıştır.

Karahoca vd., (2010) yapmış oldukları “*Mobil Acil Servis Yazılımı için Tablet PC Kullanılabilirlik Analizi*” adlı çalışmada Acıbadem hastanesinin acil servis bölümünde, Wi-Fi (telsiz ağ) teknolojisi destekli Tablet PC’ler üzerinde çalışabilecek bir yazılımın ilk sürümünün geliştirilmesi ve kullanılabilirlik analizlerinin, insan-bilgisayar etkileşimi literatürüne göre irdelenmesi ele alınmaktadır. Bu çalışma, ilk olarak gereksinim analizi ile başlamıştır. Ayrıca, organizasyonun gereksinimleri yanı sıra kullanıcı gereksinimleri de sistem ve gereksinim analizi sürecinde dikkate alınmıştır. Hızlı ilk örnek geliştirme sürecinin ardından, yeni teknolojiye ve yazılıma karşı, hem acil servis hem de hastane çalışanlarının reaksiyonları ve motivasyonları değerlendirilmiştir. Son kullanıcıların, verimli ve etkin bir biçimde sistemi öğrenip kullanabildikleri gözlenmiş ve başarı oranları da ölçülmüştür. Bu çalışmanın bulguları incelendiğinde ikinci değerlendirme evresinde yazılım kullanılabilirliğinin %82.46’ya eriştiği gözlemlenmiştir. Çalışmada motivasyonu yüksek kullanıcılar, Tablet PC üzerindeki yazılım ara yüzlerini hem algılamada hem de kullanmada daha yetkin olmuşlardır.

Kaufman vd. (2003) “*Gerçek Dünyada Kullanılabilirlik: Hastaların Evlerinde Tıbbi Bilgi Teknolojilerinin Değerlendirilmesi*” adlı yapmış oldukları çalışma diabet hastaları için geliştirilmiş sistemin kullanılabilirliğini tespit etmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Evde sistemi kullanan 25 diabet hastası üzerinde gerçekleştirilen bu çalışmada hastaların sistemi kullanmaya yönelik yeterlilik boyutları ve arayüzün uygunluğu açısından kullanılabilirlik düzeyleri tespit edilmeye çalışılmıştır. Çalışma sonucunda arayüz olarak sistem tasarımının iyi olduğu fakat kullanıcı profiline yönelik olarak psikomotor becerilere dayalı kullanım zorlukları yaşandığı görülmüştür.

diabet hastaları için evde kullanabilecekleri teletıp sisteminin kullanılabilirliği için 25 hastanın evde sistemi değerlendirmesine yöneliktir. Sistemin arayüz boyutları ile birlikte hastaların yeterlilik boyutları incelenmiş olup

Kushniruk ve Patel (2004) *“Sağlık Bilgi Sistemlerini Değerlendirmek İçin Bilişsel ve Kullanılabilir Mühendislik Metotları”* adlı yapmış oldukları çalışmada sağlık bilgi sistemi içerisinde gezinme yaparken son ekrana dönmenin kolay olup olmadığı ve kullanılan grafiklerin uygun olup olmadığı kısacası sistemin kullanılabilirliği sorularına yanıt aramışlardır. Kullanıcıların sistemi kullanırken gösterdikleri tepkiler kayıt altına alınmış olup verilerin analizi kullanıcılara ait bu ses ve video kayıtları üzerinden yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre sistemin daha kullanılabilir olması için önerilerde bulunmuşlardır.

Öz (2012) yapmış olduğu *“Aile Hekimliği Bilgi Sisteminin Kullanılabilirlik Testi”* doktora çalışmasında Türkiye’de popüler olarak kullanılan aile hekimliği bilgi sisteminin kullanılabilirlik değerlendirmesini yapılmıştır. Bu kapsamda çeşitli kullanılabilirlik değerlendirme teknikleri bir arada kullanılarak bazı önemli kullanılabilirlik problemleri tanımlanmış ve sistemi geliştirmek için önerilerde bulunulmuştur. Sistemde gözlenen temel kullanılabilirlik problemi ana ekrandaki bilgilerin karmaşık bir şekilde sunulması ve bundan dolayı kullanıcıların sıklıkla yanlış yönlendirilmesi ve kafalarının karışmasıdır. Bu problemi ortadan kaldırmak için, en sık kullanılan aile hekimliği işlemlerinin ana ekrana yerleştirilmesi ve geri kalan işlemlerin açıkça belirtilmiş gezinim yardımları ile yedek sayfalarda düzenlenmesi önerilmiştir.

Yılmaz ve Demirkan (2012) *“Hastane Yönetim ve Bilgi Sisteminin Kullanılabilirliğinin Değerlendirilmesi”* adlı çalışmalarında Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin yönetim ve bilgi sisteminin kullanılabilirliği, 68 doktor ve 30 hemşireye uygulanan kullanıcı anketleriyle ölçülmüştür. SUMI (Software Usability Measurement Inventory) temel alınarak geliştirilen anket, dokuz kullanılabilirlik faktörünü içermektedir. Araştırma bulguları doktor ve hemşirelerin hastane yönetim ve bilgi sisteminin genel kullanılabilirlik düzeyine karşı kararsız bir tutum içerisinde olduğunu göstermiştir.

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada Ankara’da hizmet veren bir eğitim ve araştırma hastanesinde kullanılmakta olan hastane bilgi yönetim sisteminin kullanılabilirliğinin, sistemi kullananlar tarafından kullanılabilirlik faktörlerine (*etkin kullanılabilirlik, öğrenilebilirlik, yardımcı olmak, anlaşılabilirlik, güvenlik, bireyselleştirebilme, tasarım, memnuniyet ve kullanım kolaylığı*) göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Diğer bir amaç ise kullanıcıların demografik özellikleri ile kullanılabilirlik faktörleri arasında farklılık olup olmadığının belirlenmesidir.

Araştırmanın problemi hastane çalışanlarının “Hastane bilgi yönetim sisteminin kullanılabilirliğini belirleyen kullanılabilirlik faktörleri nelerdir?”

Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Ankara’da faaliyet gösteren Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapan tıbbi ve idari personel oluşturmaktadır. Bu kapsamda toplam 141 personel araştırmaya katılmıştır.

Veri Toplama Aracı

Araştırmada hastane bilgi yönetim sisteminin kullanılabilirliğini ortaya koymak için literatürde yer alan kullanılabilirlik değerlendirme çalışmalardan derlenen Yılmaz ve Demirkan (2012)

tarafından oluşturulan kullanıcı anketinden yararlanılmıştır. 73 sorudan oluşan ankette 5 seçenekli (5=Kesinlikle Katılıyorum, 4=Katılıyorum, 3=Kararsızım, 2=Katılmıyorum, 1=Kesinlikle Katılmıyorum) likert ölçeği kullanılmıştır. Yılmaz ve Demirkan (2012) tarafından yapılan pilot uygulamada Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,92 olan anketin verilerinin değerlendirilmesinde SPSS paket programı kullanılmış olup ankete katılanların verdiği cevapların aritmetik ortalamaları alınmıştır. İfadeler kullanılabilirlik faktörlerine ayrılmış ve ilgili faktörlerin aritmetik ortalama ve standart sapmaları hesaplanarak kullanılabilirlik seviyeleri belirlenmiştir. Kullanıcılar arasında sistemin kullanılabilirliği ile ilgili olarak demografik açıdan anlamlı bir farklılık olup olmadığı ise t testi ve tek yönlü varyans analizi ile belirlenmiştir.

BULGULAR

Araştırmada kullanılan Teknoloji Kullanılabilirlik Ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0,91'dir. Güvenirlik katsayısının yüksek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin veriler Tablo-1'de verilmektedir.

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Özelliklerine Ait Veriler

Değişkenler	Gruplar	n	%
Yaş	22-31	41	29,1
	32-38	33	23,4
	39-45	34	24,1
	46+	33	23,4
Cinsiyet	Erkek	56	39,7
	Kadın	85	60,3
Medeni Durum	Evli	97	68,8
	Bekâr	44	31,2
Görev Türü	Tıbbi	61	43,3
	İdari	80	56,7
İş Tecrübesi	10'dan az	53	37,6
	11-15	36	25,5
	16-20	31	22
	21+	21	14,9

Katılımcıların demografik özellikleri incelendiğinde, katılımcıların %60,3'nün kadın, %68,8'inin evli, %29,1'nin 22-31 yaş arasında ve %56,7'sinin idari personel olduğu görülmektedir. Katılımcıların %37,6'sının iş tecrübesinin ise 10 yıldan az görülmektedir.

Tablo 2: Kullanılabilirlik Boyutlarına İlişkin Ortalamalar

Boyutlar	n	Ortalama	ss	Aralık Değeri
GENEL	141	3,30	0,590	Orta
Etkin Kullanılabilirlik	141	3,26	0,819	Orta
Öğrenebilirlik	141	3,31	0,624	Orta
Yardımcı Olmak	141	3,10	0,579	Orta
Anlaşılabilirlik	141	3,16	0,934	Orta
Güvenlik	141	3,29	0,687	Orta
Bireyselleştirebilme	141	3,11	0,418	Orta
Tasarım	141	3,39	0,604	Orta
Memnuniyet	141	3,64	0,785	Olumlu

Kullanım Kolaylığı	141	3,51	0,563	Olumlu
--------------------	-----	------	-------	--------

Tablo 2’de görüldüğü üzere sistemin kullanılabilirlik boyutlarına ilişkin analizler incelendiğinde tüm katılımcılar sistemin genel kullanılabilirlik düzeyini 3.30 ile *orta* düzeyde olduğunu değerlendirmişlerdir. Anketin genel ortalamasının 3 civarında olması çalışanların sistemin kullanılabilirliği ile ilgili olarak *kararsız* bir tutum içerisinde olduklarını göstermektedir. Bütün katılımcılar için kullanılabilirliği oluşturan faktörlerin aritmetik ortalamaları tek tek incelendiğinde *memnuniyet ve kullanım kolaylığı faktörlerinin olumlu* geri kalan faktörlerin ise *orta* düzeyde olduğu görülmektedir. Buna göre kullanıcılar yazılımın memnuniyet ve kullanım kolaylığı faktörlerinden *memnun* olmakla birlikte diğer faktörler açısından *kararsız* bir tavır sergilemektedirler.

Tablo 3: Yaşa Göre Kullanılabilirlik Farklılıkları

Boyutlar	Yaş	n	Ort	ss	F	p
<i>Etkin Kullanılabilirlik</i>	22-31	41	3,32	0,056	3,028	0,09
	32-38	33	3,48	0,452		
	39-45	34	3,11	0,863		
	46+	33	3,24	0,567		
<i>Öğrenilebilirlik</i>	22-31	41	3,45	0,429	3,237	0,47
	32-38	33	3,16	0,886		
	39-45	34	3,24	0,613		
	46+	33	3,38	0,593		
<i>Yardımcı Olma</i>	22-31	41	3,12	0,196	1,593	0,28
	32-38	33	3,39	0,394		
	39-45	34	3,28	0,296		
	46+	33	3,94	0,467		
<i>Anlaşılabilirlik</i>	22-31	41	3,16	0,861	2,127	1,10
	32-38	33	3,22	0,654		
	39-45	34	3,33	0,571		
	46+	33	3,16	0,717		
<i>Güvenlik</i>	22-31	41	3,64	0,981	4,263	0,04
	32-38	33	3,40	0,819		1>4
	39-45	34	3,35	0,352		
	46+	33	3,28	0,627		
<i>Bireyselleştirebilme</i>	22-31	41	3,12	0,689	7,625	0,06
	32-38	33	3,19	0,906		
	39-45	34	3,35	0,867		
	46+	33	3,25	0,615		
<i>Tasarım</i>	22-31	41	3,30	0,486	6,951	0,23
	32-38	33	3,29	0,637		
	39-45	34	3,19	0,984		
	46+	33	3,24	0,684		
<i>Memnuniyet</i>	22-31	41	3,61	0,804	3,154	0,09
	32-38	33	3,36	0,635		
	39-45	34	3,55	0,552		
	46+	33	3,46	0,487		
<i>Kullanım Kolaylığı</i>	22-31	41	3,62	0,652		
	32-38	33	3,56	0,907		
	39-45	34	3,61	0,529		

46+ 33 3,40 0,318 4,256 0,08

Araştırmaya katılan hastane personelinin HBYS kullanılabilirlik faktörlerine ilişkin puan ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) yapılmıştır. Tablo 3'te görüldüğü üzere, güvenlik boyutunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4,263$; $p=0,046<0,05$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Ortaya çıkan farkın 22-31 yaş grubundaki çalışanlarla 46 yaş ve üzeri çalışanlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tablo 4: Cinsiyete Göre Kullanılabilirlik Farklılıkları

Boyutlar	Cinsiyet	n	Ort	ss	t	p
Etkin Kullanılabilirlik	Kadın	85	3,49	0,694	1,241	0,08
	Erkek	56	3,34	0,845		
Öğrenilebilirlik	Kadın	85	3,15	0,661	0,817	0,09
	Erkek	56	3,24	0,542		
Yardımcı Olma	Kadın	85	3,22	0,642	1,345	0,10
	Erkek	56	3,28	0,284		
Anlaşılabilirlik	Kadın	85	3,27	0,485	1,429	0,08
	Erkek	56	3,33	0,684		
Güvenlik	Kadın	85	3,19	0,378	1,631	0,31
	Erkek	56	3,20	0,235		
Bireyselleştirebilme	Kadın	85	3,20	0,571	0,924	0,06
	Erkek	56	3,31	0,453		
Tasarım	Kadın	85	3,10	0,924	1,178	0,12
	Erkek	56	3,19	0,867		
Memnuniyet	Kadın	85	3,65	0,618	1,452	0,09
	Erkek	56	3,59	0,749		
Kullanım Kolaylığı	Kadın	85	3,54	0,765	1,927	0,18
	Erkek	56	3,50	0,691		

Tablo 4'te görüldüğü üzere araştırmaya katılan hastane personelinin HBYS kullanılabilirlik faktörleri puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 5: Medeni Duruma Göre Kullanılabilirlik Farklılıkları

Boyutlar	Medeni Durum	n	Ort	ss	t	p
Etkin Kullanılabilirlik	Evli	97	3,12	0,951	1,968	0,18
	Bekar	44	3,26	0,486		
Öğrenilebilirlik	Evli	97	3,15	0,753	0,996	0,09
	Bekar	44	3,27	0,751		
Yardımcı Olma	Evli	97	3,10	0,478	0,472	0,06
	Bekar	44	3,67	0,684		
Anlaşılabilirlik	Evli	97	3,47	0,963	0,859	0,27
	Bekar	44	3,46	0,718		
Güvenlik	Evli	97	3,27	0,562	0,877	0,07
	Bekar	44	3,41	0,719		
Bireyselleştirebilme	Evli	97	3,38	0,854	1,235	0,09
	Bekar	44	3,36	0,749		
Tasarım	Evli	97	3,41	0,840	1,473	0,08
	Bekar	44	3,41	0,840		

	Bekar	44	3,18	0,859		
Memnuniyet	Evli	97	3,59	0,707	1,658	0,09
	Bekar	44	3,64	0,694		
Kullanım Kolaylığı	Evli	97	3,51	0,752	0,732	0,17
	Bekar	44	3,64	0,593		

Tablo 5’te görüldüğü üzere araştırmaya katılan hastane personelinin HBYS kullanılabilirlik faktörleri puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6: Görev Yerine Göre Kullanılabilirlik Farklılıkları

Boyutlar	Görev	n	Ort	ss	t	p
Etkin Kullanılabilirlik	Tıbbi	61	3,45	0,419	1,224	0,08
	İdari	80	3,36	0,905		
Öğrenilebilirlik	Tıbbi	61	3,35	0,703	1,455	0,06
	İdari	80	3,24	0,843		
Yardımcı Olma	Tıbbi	61	3,39	0,965	1,526	0,29
	İdari	80	3,41	0,876		
Anlaşılabilirlik	Tıbbi	61	3,32	0,548	1,112	0,09
	İdari	80	3,41	0,985		
Güvenlik	Tıbbi	61	3,24	0,879	1,754	0,06
	İdari	80	3,35	0,924		
Bireyselleştirebilme	Tıbbi	61	3,14	0,851	1,027	0,08
	İdari	80	3,33	0,748		
Tasarım	Tıbbi	61	3,40	0,794	0,743	0,10
	İdari	80	3,38	0,693		
Memnuniyet	Tıbbi	61	3,51	0,587	0,957	0,09
	İdari	80	3,56	0,926		
Kullanım Kolaylığı	Tıbbi	61	3,61	0,742	1,213	0,10
	İdari	80	3,50	0,994		

Tablo 6’da görüldüğü üzere araştırmaya katılan hastane personelinin HBYS kullanılabilirlik faktörleri puan ortalamalarının yapılan görev yaptıkları birime göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 7: Hizmet Süresine Göre Kullanılabilirlik Farklılıkları

Boyutlar	Hizmet Süresi	n	Ort	ss	F	p	Fark
Etkin Kullanılabilirlik	10 yıldan az	53	3,10	0,856	4,258	0,21	
	11-15 yıl	36	3,24	0,263			
	16-20 yıl	31	3,29	0,495			
	21+	21	3,40	0,918			
Öğrenilebilirlik	10 yıldan az	53	3,27	0,749	7,845	0,09	
	11-15 yıl	36	3,14	0,637			
	16-20 yıl	31	3,30	0,429			
	21+	21	3,34	0,710			
Yardımcı Olma	10 yıldan az	53	3,17	0,842	6,295	0,30	
	11-15 yıl	36	3,35	0,923			
	16-20 yıl	31	3,41	0,974			
	21+	21	3,38	0,527			
Anlaşılabilirlik	10 yıldan az	53	3,10	0,544			

	11-15 yıl	36	3,21	0,728	5,541	0,07
	16-20 yıl	31	3,24	0,931		
	21+	21	3,31	0,748		
<i>Güvenlik</i>	10 yıldan az	53	3,22	0,815		
	11-15 yıl	36	3,41	0,792	7,774	0,13
	16-20 yıl	31	3,25	0,688		
	21+	21	3,40	0,712		
<i>Bireyselleştirebilme</i>	10 yıldan az	53	3,30	0,665		
	11-15 yıl	36	3,41	0,588	6,749	0,06
	16-20 yıl	31	3,42	0,927		
	21+	21	3,27	0,694		
<i>Tasarım</i>	10 yıldan az	53	3,14	0,921		
	11-15 yıl	36	3,20	0,874	3,624	0,07
	16-20 yıl	31	3,417	0,746		
	21+	21	3,210	0,652		
<i>Memnuniyet</i>	10 yıldan az	53	3,512	0,528		
	11-15 yıl	36	3,524	0,671	6,248	0,08
	16-20 yıl	31	3,610	0,918		
	21+	21	3,498	0,387		
<i>Kullanım Kolaylığı</i>	10 yıldan az	53	3,124	0,469		
	11-15 yıl	36	3,258	0,637	2,573	0,03 1>4
	16-20 yıl	31	3,396	0,573		
	21+	21	3,557	0,799		

Tablo 7’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan hastane personelinin HBYS kullanılabilirlik faktörlerine ilişkin puan ortalamalarının hizmet süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) yapılmıştır. Analiz sonucunda, **kullanım kolaylığı** boyutunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=2,573$; $p=0,037<0,05$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Ortaya çıkan farkın 10 yıl ve daha az iş tecrübesine sahip çalışanlar ile 21 yıl ve üzeri çalışanlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma Ankara’da hizmet veren bir eğitim ve araştırma hastanesinde kullanılan hastane yönetim bilgi sisteminin kullanılabilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan personelin %52,5’i 38 yaş ve altında, %60,3’ü kadın, %68,8’i evli, %56,7’i idari personel ve %37,6’sı da 10 yıldan daha az iş tecrübesine sahiptir. Bütün katılımcılar sistemin genel kullanılabilirlik düzeyini 3.30 ile *orta* düzeyde olduğunu değerlendirmişlerdir. Anketin genel ortalamasının 3 civarında olması çalışanların sistemin kullanılabilirliği ile ilgili olarak *kararsız* bir tutum içerisinde olduklarını göstermektedir. Bütün katılımcılar için kullanılabilirliği oluşturan faktörlerin aritmetik ortalamaları tek tek incelendiğinde *memnuniyet ve kullanım kolaylığı faktörlerinin olumlu* geri kalan faktörlerin ise *orta* düzeyde olduğu görülmektedir. Buna göre kullanıcılar yazılımın memnuniyet ve kullanım kolaylığı faktörlerinden *memnun* olmakla birlikte diğer faktörler açısından *kararsız* bir tavır sergilemektedirler.

Ayrıca *Güvenlik* faktörü ile yaş faktörü arasında ve *Kullanım Kolaylığı* ile iş tecrübesi değişkeni arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Bu da gösteriyor ki kullanılabilirlikte yaş ve iş tecrübesi önemli bir etkidir.

Hata yapma toleransının olmadığı sağlık kurum ve kuruluşlarında, insan sağlığına yön verecek etkili kararların alınmasına yardımcı olmak üzere tasarlanan hastane yönetim bilgi sistemleri ancak ve ancak kullanıcıların ihtiyaçlarına cevap verdiği sürece etkili bir sistem olabilmektedir. Bu sistemin etkin ve verimli kullanılabilmesi, bu sistemlerinin kullanılabilirliğinin yüksek seviyede olmasına bağlıdır. Bu sistemlerin kullanılabilirliğinin kullanıcılar tarafından belirlenmesi, son kullanıcıların bu teknolojileri kabul ve kullanımlarını da yakından etkilemektedir. Hastane yönetim bilgi sistemlerinin sağlık kurumuna entegrasyonunu etkileyen başlıca faktör kullanıcıların bu sistemleri kullanılabilir olarak görmesine bağlıdır. Bu nedenle daha yazılımın tasarım aşamasında kullanıcıların görüşlerinin alınarak, yazılımın tasarımının bu görüşlere dayalı olarak gerçekleştirilmesi yazılımların başarısı için önemli bir faktördür.

Yılmaz ve Demirkan (2012) tarafından gerçekleştirilen çalışmada sadece doktorlara ve hemşirelere yer verilmiştir. Bu çalışma ile hem idari hem de tıbbi personelin kullanılabilirliğe ait görüşleri alınmaya çalışılmıştır. Daha sonraki çalışmalar için devlet, üniversite ve vakıf hastaneleri hastane bilgi yönetim sistemi kullanılabilirlik karşılaştırılması yapılabilir.

Araştırmada SUMI kullanılabilirlik ölçeği kullanılmış olup daha sonraki çalışmalarda kullanılabilirlik değerlendirme yöntemlerinden alan gözlemi, görüşme ve odak grupları, kullanılabilirlik testi (*veri toplama amacıyla; video kaydı, ekran görüntüsü yakalama, işlem kütüğü analizi, sesli düşünme protokolü*) vb. teknikler de kullanılarak elde edilecek veriler bu ölçümlerle desteklenebilir.

KAYNAKÇA

- Ahmadi, M., Shahmoradi, L., Barabadi, M., ve Hoseini F. (2011). Usability Evaluation of Hospital Information Systems Based On IsoMetric 9241” Hakim, 13(4), 226-223. (Retrieved June 20, 2013) From <http://en.journals.sid.ir>
- Akkoç, L., (2009). Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)’nin Isparta’da Bulunan Sağlık Kuruluşları Üzerindeki Etkililiğinin Araştırılması, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Isparta.
- Ateş, V. ve Karacan, H. (2010). Abant İzzet Baysal Üniversitesi Web Sitesi Kullanılabilirlik Analizi, International Journal of Informatics Technologies, 2(2), 33-38.
- Bal, C. G., Serkan, A. D. A., & Çelik, A. (2012). Bilişim Sistemleri Başarı Modeli ve Aile Hekimliği Bilişim Sistemleri. Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 19(1), 35-46.
- Claridge N. and Kirakowski J., (2011). WAMMI Website Analysis and Measurement Inventory Questionnaire, (Retrieved May 20, 2013) From <http://www.wammi.com/samples/index.html>

Evci E. S. ve İslim Ö. F. (2012). Kullanılabilirlik Kavramı ve Kullanılabilirlik Ölçümleri, 6. International Computer&Instructional Technologies Symposium, 4-6 Ekim, Gaziantep University, Gaziantep.

Gundak, Ö. G. İ. ve Çetin, H. (2015). Hastane Bilgi Sistemlerinin SUMI Yöntemine Göre Kullanılabilirlik Düzeyinin Belirlenmesi: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 20(2), 315-331.

Gürses, E. A., (2006). “Kütüphane Web Sitelerinde Kullanılabilirlik ve Kullanıcı Merkezli Tasarım” Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bilgi ve Belge Yönetimi Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara.

Hamborg, K. C., Vehse, B., & Bludau, H. B. (2004). Questionnaire Based Usability Evaluation of Hospital Information Systems. Electronic Journal of Information Systems Evaluation, 7(1), 21-30.

Harper B. D., and Norman, K. L. (1998). Improving User Satisfaction: The Questionnaire for User Interaction Satisfaction Version 5.5”, Proceedings of Mid Atlantic Human Factors Conference, Virginia Beach, 224-228.

- Kaufman, D. R., Patel, V. L., Hilliman, C., Morin, P. C., Pevzner, J., Weinstock, R. S., & Starren, J. (2003). Usability in the Real World: Assessing Medical Information Technologies in Patients' Homes. *Journal of Biomedical Informatics*, 36(1), 45-60.
- Karahoca, A., Yalçın, Ş., Karahoca, D., Erdoğan, B., Çakmakçı, M. ve Gökçöl, O., Mobil Acil Servis Yazılımı için Tablet PC Kullanılabilirlik Analizi 15 Ağustos 2014 tarihinde <http://inet-tr.org.tr/inetconf10/bildiri/53.doc> adresinden alınmıştır.
- Kılıç E. ve Güngör, Z. (2006). Web Site Tasarımlarında Kullanılabilirlik Değerlendirme Yöntemlerinin Önemi Akademik Bilişim Konferansı 12 Mayıs 2014 tarihinde <http://ab.org.tr/ab06/bildiri/154.doc> adresinden alınmıştır.
- Kirakowski J. (1994). SUMI, Software Usability Measurement Inventory (Retrieved July 20, 2013) From <http://www.ucc.ie/hfrg/questionnaires/sumi/index.html>
- Ömürbek, N. ve Altın, F., (2009). Sağlık Bilişim Sistemlerinin Uygulanmasına İlişkin Bir Araştırma: İzmir Örneği, Süleyman Demirel Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı:19, 211-232.
- Öz, S., (2012). "Aile Hekimliği Bilgi Sisteminin Kullanılabilirlik Testi" ODTÜ-Tıp Bilişimi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Özdemir S., Atasoy, B. ve Somyürek, S.,(2007). Bilimsel Dergilerin İş Süreçleri Yönetimini Gerçekleştiren Bir Yazılımın Kullanılabilirlik Araştırması: Türkiye'deki İlk Örneğin İncelenmesi, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, Cilt. 27, Sayı. 2., 57-80.
- Yılmaz, M. ve Demirkan, A. E. (2012). Hastane Yönetim ve Bilgi Sisteminin Kullanılabilirliğinin Değerlendirilmesi, Bilişim Teknolojileri Dergisi, 5(3), 19-28.

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE MESLEKİ ÖRGÜTLENME TUTUMUNUN BELİRLENMESİ

DETERMINED OF PROFESSIONAL ORGANIZATION ATTITUDE OF NURSING STUDENTS

Yrd. Doç. Dr. Afitap ÖZDELİKARA ,

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği A.B.D./
Samsun,

afitapozdelikara@gmail.com

Yrd. Doç. Dr. Nuran MUMCU BOĞA,

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği A.B.D. /Samsun,

nurmum@mynet.com

Öğr. Gör. Dr. Seval AĞAÇDİKEN ALKAN,

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Esasları A.B.D. /Samsun,

seval_mavice@hotmail.com

*Bu çalışma 22-26 Nisan 2015 tarihinde Kayseri’de düzenlenen 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri kongresinde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Özet

Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinin mesleki örgütlenmeye ilişkin tutumlarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma evrenini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü 3. ve 4.sınıfta okuyan ve ‘Hemşirelikte Yönetim’ dersini alan öğrenciler oluşturmuştur. Araştırmada Kasım 2014-Mayıs 2015 tarihlerinde okula devam eden ve çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden öğrenciler örnekleme alınmıştır. Araştırmada 137 form geçerli sayılmıştır. Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyo-demografik ve mesleki örgütlenmeyi sorgulayan 19 soruluk veri formu ile toplanmıştır. Verilerin analizi SPSS 21 istatistiksel paket programında ortalama, yüzdelik ve ki kare hesaplamaları ile yapılmıştır. Öğrencilerin %14 ünün hemşire olarak çalıştığı, %56.9 unun dernekler hakkında bilgisi olduğu, %78 inin dernekler hakkında bilgi almak istediği, %59.9 unun derneklerin görevleri hakkında bilgisi olmadığı saptanmıştır. Araştırmanın sonucunda öğrencilerin mesleki örgütlenmeye gerek duydukları, örgütlenmenin gerekliliğine inandıkları ancak dernek faaliyetlerini yeterli bulmadıkları belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler : Hemşirelik Öğrencileri, Hemşirelik Dernekleri, Mesleki Örgütlenme.

Abstract

This study was carried as descriptively to determine the attitudes of nursing professional organizing. Research population was consisted of 3. and 4. year Ondokuz Mayıs University nursing students who studied “Nursing Management” course.- students attending school in November 2014 and May 2015and who agreed to participate in volunteer work, have been sampled. Without going to the sampling in the study. Attending school and who agreed to participate in volunteer work, students have been sampled. 137 forms are valid in the study. Data of the

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(ÖZDELİKARA,A/MUMCU BOĞA,N/AĞAÇDİKEN ALKAN,S)

study was gained by the form with 19 questions about the demographic data and Professional organizing. Data was analyzed by SPSS 21 statistical package program using average, percentages and chi-square calculations It was found that 59.9% of the participants was fourth year students. 14% of students worked as a nurse, 56.9% of the students had knowledge about the associations, 78 % of participants wanted to learn about associations, 59.9% had no knowledge about the mission of the associations'. As a result professional organizing is required and believed by participant students and they are stated that professional organization activity was not enough.

Key Words: Nursing Students, Nursing Societies, Professional Organization. .

GİRİŞ

Örgütlenme, kelime anlamı ile ortak bir amacı veya işi gerçekleştirmek için bir araya gelmiş kurumların veya kişilerin oluşturduğu birliktelik, teşekkül oluşturma anlamına gelmektedir. Gerek ülke bazında, gerekse küresel anlamda örgütsüz bir yapılanma ile gerçekçi ve amaca yönelik hiçbir etkinlik sağlanamayacağı açıktır (Ataman, 2006). Bir meslek örgütünün en önemli işlevi meslek sahibini sosyal ve manevi olarak destekleyerek, bir profesyonel olarak rolünü gerçekleştirmesini sağlamaktır. Örgütlerin meslek ile ilgili işlevi ise mesleğe kabul edilecek personelin kalite standartlarının, eğitim ve öğrenim standartlarının, profesyonel uygulama standartlarının, mesleğin dayandığı bilgi birikimini geliştirmeye yönelik araştırma standartlarının, kısacası meslek standartların oluşturulmasını ve güçlendirilmesini sağlayarak yerine getirilmektedir. Bahsedilen standartların yükselmesi ise bir başka işlevin; mesleğin güvenilirliğinin ve saygınlığının yükseltilmesinin yerine getirilmesini sağlamakla mümkün olacaktır. Meslek örgütlerinin toplum için yerine getirdiği işlevi ise; meslek uygulayıcısı, meslek ve mesleğin sosyal çevresi (ilgili diğer meslekler, üniversiteler, yerel toplum, hükümet vb.) arasında köprü işlevi görüp, bireyleri belli bir amaç etrafında bir araya getirerek bir iletişim ve etkileşim ortamı kurmak ve böylece toplumsal bağların kurulmasına yardımcı olmaktır (Merton,1958).

Bir meslek ancak kendine özgü değerleri, mesleğe bağlı, meslek bilinci oluşmuş ve gelişimi için bütünleşmiş üyeleri olduğu sürece profesyonel kimlik kazanabilmektedir (Yavuzylmaz, Topbaş, Çan, Çan ve Özgür 2007; Tözün, Çulhancı ve Ünsal, 2008). Meslek örgütlerinin, hemşirelik mesleğinin ve felsefesinin doğru olarak kavranması, mesleki bilimsel bilgi birikiminin artırılması, sertifika programlarının düzenlenmesi, nitelikli araştırmaların yapılması, yeni gelişen uygulamalardan meslek üyelerinin haberdar edilmesi, hemşirelik uygulamalarının ilke ve kurallarının oluşturulması, bunların uygulamaya konulması, mesleğin kendi eğitimi ve denetiminin sağlanması, etik ve yasal düzenlemelerin yapılması gibi rolleri vardır (Mancino, 2005).

Ülkemiz hemşireliğinin meslekleşme sürecinde yol alabilmesi ve mesleki rollerini yerine getirebilmesi için mesleki ölçüt alanlarına ilişkin gelişmelerin sağlanması ve sürdürülmesinin yanı sıra hemşireliğin ideolojisinin üyeleri tarafından kabul edilmesi ve mesleki kimlik geliştirilmesi son derece önemlidir (Korkmaz ve Görgülü 2010). Türkiye’de hemşirelik alanında 23 adet genel ve özel dal hemşirelik derneği bulunduğu bilinmektedir (Ünsal, Yıldırım ve Aymelek 2010).

Bir çok hemşirenin herhangi bir mesleki örgüte üye olmadığı gerçeği hemşireliğin etkin bir güç oluşturmamasını engellemektedir (Karadağ, 2002). Yapılan araştırmalarda meslek ölçütlerinden biri sayılan mesleki örgütlenmenin hemşirelik alanında oldukça yetersiz olduğu dikkati çekmektedir (Baykara, 2010). Özellikle mesleki alanda örgütlenme konusundaki bilgi yetersizliği, hemşirelerin bu alanda etkin olmasını ve bir bütünlük oluşturmalarını engellemektedir (Merih ve Aslan 2012).

Örgütlenme sadece meslek yaşamı ile başlamamalı, öğrencilik yıllarından itibaren bilincine varılan ve üzerinde dikkatle durulması gereken önemli noktalardan biri olmalıdır. Mesleki bilinci artırılmasında ve mesleki örgütlenmenin güçlenmesinde öğrencilik döneminden itibaren örgütlenme duyarlılığının

arttırılması ve mesleki örgütlenmenin tanınması ciddi katkı sağlayacaktır. (Ünsal ve ark. 2010; Şayık 2012).

Sanılanın aksine mesleki örgütlenme düşüncesi meslek üyesi olduğunda değil, meslek adaylığı söz konusu olduğunda başlamalıdır. Bu nedenle hemşireler kadar hemşirelik öğrencilerinin de mesleki örgütlenme biçimi son derece önemlidir.

YÖNTEM

Araştırmanın amacı ve türü: Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinin mesleki örgütlenmeye ilişkin tutumlarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örnekleme: Araştırmanın evrenini Kasım 2014-Mayıs 2015 tarihlerinde Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü 3. ve 4. sınıfta okuyan ve ‘Hemşirelikte Yönetim’ dersini alan öğrenciler oluşturmuştur. Örneklemin oluşturulmasında ise herhangi bir örneklem yöntemine gidilmemiş, araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden 137 öğrenci alınmıştır.

Verilerin toplanması: Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından literatür ışığında hazırlanan sosyodemografik ve mesleki örgütlenmeyi sorgulayan 19 soruluk veri formu ile toplanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanmasında öğrencilerin sınıflarında grup halinde bulundukları bir zamanda araştırma ile ilgili gerekli açıklamalar yapılmıştır. Formların doldurulması 10-20 dk arasında sürmüştür ve bu süre sonunda öğrencilerden formlar geri alınmıştır.

Araştırmanın etik yönü: Katılımcılara araştırmaya katılımın gönüllü olduğu vurgulanmış ve katılımcılardan sözlü, kurumdan yazılı izin alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi: Verilerin analizi SPSS 21 istatistik programında ortalama, yüzdelik ve ki kare hesaplamaları ile yapılmıştır.

Araştırmanın sınırlılığı: Çalışmanın yalnızca Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde yapılmış olması araştırmanın sınırlılığıdır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin %81 inin kadın, %53.3 ünün 18-21 yaş grubunda, %59.9 unun dördüncü sınıf öğrencisi olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %14 ünün hemşire olarak çalıştığı ve %97’sinin herhangi bir örgütlenme çalışmasında bulunmadıkları belirlenmiştir (Tablo 1).

Öğrencilerin mesleki örgütlenme bilgisine ait verilerin dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Buna göre; öğrencilerin %88.3’ü nün hemşirelikle ilgili bir derneğe üye olmadıkları, %56.9’u nun hemşirelik dernekleri hakkında bilgi sahibi olduğu, %77.9’unun dernekler hakkında bilgi almak istedikleri, %59.9’unun hemşirelik derneklerinin görev ve sorumluluklarını bilmedikleri ve %77.4’ünün öğrencilikte mesleki örgütlenmenin gerekli olduğunu düşündükleri belirlenmiştir (Tablo 2).

Öğrencilerin bulundukları sınıflara göre dernek üyeliğine ilişkin girişimlerine ait verilerin dağılımları Tablo 3’de gösterilmiştir. Hemşirelik dernekleri hakkında bilgiyi, eğitim gördükleri bölümden alanların %53.1’ini, dernek faaliyetlerinden bilgi alanların %92.9’unu ve sağlık çalışanları aracılığı ile bilgi alanların %93.3’ünü dördüncü sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Öğrencilerin sınıf değişkeni ile dernek faaliyetleri ve sağlık çalışanlarından bilgi edinme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). Mesleki gelişmeleri sosyal medyadan takip edenlerin %51.4’ünü, dergi ve gazete aracılığı ile takip edenlerin %89.7’sini, televizyon aracılığı ile takip edenlerin %89.5’ini ve mesleki

gelişmeleri okul aracılığı ile takip edenlerin %87.2'sini dördüncü sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Öğrencilerin sınıf değişkeni ile mesleki gelişmeleri takip etme araçları (sosyal medya, dergi ve gazete, televizyon, okul) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$).

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	111	81
Erkek	26	19
Yaş		
18-21	73	53.3
22-25	64	46.7
Sınıf		
Üçüncü sınıf	55	40.1
Dördüncü sınıf	82	59.9
Hemşire olarak çalışma durumu		
Evet	19	14
Hayır	118	86
Hemşirelikle ilgili herhangi bir örgütlenme çalışmasında bulunma durumu		
Evet	4	3
Hayır	133	97

Tablo 2. Öğrencilerin Mesleki Örgütlenme Bilgisine Ait Verilerin Dağılımı

Mesleki örgütlenme bilgisine ait veriler	N	%
Hemşirelikle ilgili bir derneğe üyelik durumu		
Evet	16	11.7
Hayır	121	88.3
Hemşirelik dernekleri hakkında bilgi sahibi olma durumu		
Evet	78	56.9
Hayır	69	43.1
Hemşirelik dernekleri hakkında bilgi almayı isteme durumu		
Evet	107	77.9
Hayır	30	22.1
Hemşirelik derneklerinin görev ve sorumluluklarını bilme durumu		

Evet		
Hayır	55	40.1
	82	59.9
Öğrencilikte mesleki örgütlenmenin gerekliliğini düşünme durumu		
Evet		
Hayır	106	77.4
	31	22.6

Tablo 3’de öğrencilerin hemşirelik derneklerine üye olmayı isteme durumlarına ilişkin veriler görülmektedir. Buna göre; hemşirelik derneklerine mesleki haklarının korunması için üye olmak isteyenlerinin %52.5’ini üçüncü sınıf öğrencileri oluşturmuş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Hemşirelik derneklerine meslektaşları ile birlik olabilmek için üye olmak isteyenlerin %63.6’sını, mesleki gelişmelerden haberdar olmak için üye olmak isteyenlerin %55.8’ini ve mesleki gelişimine katkı sağlamak amacıyla üye olmak isteyenlerin %55.1’ini dördüncü sınıf öğrencileri oluştururken, hemşirelik derneklerine üye olmak istemeyenlerin %90.9’unu da dördüncü sınıf öğrencileri oluşturmuştur ($p>0.05$).

Hemşirelik derneklerine üye olmaya engel durumlar incelendiğinde; nereden üye olacağını bilmeyenlerin %53.8’ini, dernek aidatları yüksek olduğu için üye olamayanların %87.5’ini, kişisel bir getirisi olmadığını düşünenlerin %94.7’sini, dernek çalışmalarının gereksiz olduğunu düşündüğü için üye olamayanların %92.3’ünü dördüncü sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Sınıf değişkeni ile dernek aidatlarının yüksek olması nedeniyle ve kişisel bir getirisi olmadığı düşüncesi nedeniyle üye olmama durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$) (Tablo 3).

Öğrencilerin hemşirelikte mevcut mesleki örgütlenmeye ilişkin görüşlerinin yer aldığı veriler Tablo 4’de verilmiştir. ‘Hemşirelik mesleği ile ilgili örgütlenme çalışmaları yeterlidir’ görüşü sorulduğunda öğrencilerin %30.7’si kararsız olduklarını bildirirken, %48.9’u ‘Hemşirelik mesleği ile ilgili faaliyetleri yeterli bulmuyorum’ görüşüne tamamen katıldıklarını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin %48.9’u mesleki örgütlerin hemşireliğe katkısı vardır görüşüne tamamen katılmış, %35.8’i derneklerin hemşireliğin mesleki ve özlük hakkını korumada yeterli olmadığı görüşüne tamamen katılmıştır. Öğrencilerin %34.3’ü meslekle ilgili her türlü yardım ve desteği derneklerden alabileceğimi düşünüyorum görüşüne biraz katılmış, %32.1’i ise kararsız olduklarını bildirmişlerdir (Tablo 4).

Tablo3. Öğrencilerin sınıflarına göre mesleki gelişim ve örgütlenmeye ilişkin verilerinin dağılımı

Mesleki Örgütlenme Özellikleri*	Bilgisine ait	3. sınıf	4. sınıf	X ² ve p değeri	
	N	%	N	%	
Hemşirelik dernekleri hakkında bilgilenme kaynağı(n:110)					
Eğitim alınan bölüm	38	46.9	43	53.1	X ² :0.198
					p=0.656
Dernek faaliyetleri*	1	7.1	13	92.9	-
Sağlık Çalışanları*	1	6.7	14	93.3	-

Mesleki gelişmeleri takip etme aracı (n:233)

Sosyal Medya	53	48.6	56	51.4	$X^2:15.952$ $p=0.000$
Dergi ve Gazete*	4	10.3	35	89.7	-
Televizyon*	4	10.5	34	89.5	-
Okul	6	12.8	41	87.2	$X^2:22.321$ $p=0.000$

Hemşirelik derneklerine üye olmayı isteme nedeni (n:333)

Hakların korunması	53	52.5	48	47.5	$X^2:24.315$ $p=0.000$
Meslektaşlar ile birlik olabilmek	24	36.4	42	63.6	$X^2:0.758$ $p=0.384$
Mesleki gelişmelerden haberdar olabilmek	34	44.2	43	55.8	$X^2:1.176$ $p=0.287$
Mesleğin gelişimine katkı	35	44.9	43	55.1	$X^2:1.683$ $p=0.194$
Hemşirelik derneklerine üye olmak istemiyorum*	1	9.1	10	90.9	-

Hemşirelik derneklerine üye olmaya engel durumu (n:144)

Nereden üye olacağını bilememe	37	46.3	43	53.8	$X^2:2.981$ $p=0.084$
Dernek aidatlarının yüksek olması**	4	12.5	28	87.5	-
Kişisel bir getirisinin olmadığı düşüncesi*	1	5.3	18	94.7	-
Dernek çalışmalarının gereksiz olduğu düşüncesi*	1	7.7	12	92.3	-

* Gözlem sayısı 5'den küçük olan gözeler için Kikare test sonucu verilemez (Güngör ve Bulut, 2008).

Tablo 4. Öğrencilerin Hemşirelikte Mevcut Mesleki Örgütlenmeye İlişkin Görüşleri

Sorular	Katılmıyorum	Kararsızım	Biraz Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Hemşirelik mesleği ile ilgili örgütlenme çalışmaları yeterlidir	%27	%30.7	%22.6	%19.7
2. Hemşirelik mesleği ile ilgili faaliyetleri yeterli bulmuyorum	%5.1	%15.3	%30.7	%48.9
3. Mesleki örgütlerin hemşirelik mesleğine katkısı vardır.	%2.2	%16.1	%32.8	%48.9
4. Dernekler hemşirelerin Mesleki ve özlük haklarını korumada yeterli değildir.	%9.5	%24.8	%29.9	%35.8
5. Mesleğimle ilgili her türlü bilgi ve yardımı derneklerden alabileceğimi düşünüyorum.	%10.2	%32.1	%34.3	%23.4

TARTIŞMA

Örgütler güçlerini meslek üyelerinden almaktadırlar. Günümüzde ulusal ve uluslar arası düzeyde çalışmalar yapan pek çok hemşirelik örgütü bulunmaktadır. Örgütlü hemşirelik bağımsızlığı ve otonomiye geliştirir. Hemşireliğin kendi eğitimi ve uygulaması üzerinde söz sahibi olması anlamına gelen ‘ Hemşirelik otonomisi’ ancak örgütlenmiş hemşireliğin gücünü arttırmakla mümkün olacaktır (Karadağ, 2002). Günümüzde sadece hemşireler için değil, hemşirelik öğrencilerinin de örgütlenmesine zemin hazırlayan dernek ve komisyonlar mevcuttur.

Araştırmamız öğrencilerin mesleki örgütlenme tutumunu ortaya koyabilmek amacıyla ilgili literatür ile tartışılmıştır. Buna göre; öğrencilerin %88.3’ünün hemşirelikle ilgili bir derneğe üye olmadıkları, %56.9’unun hemşirelik dernekleri hakkında bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir. Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir başka çalışmada öğrencilerin %56.1’inin hemşirelik derneklerinden haberdar olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Küçüköğlu, Çelebioğlu, Miroğlu, Çağlar ve Bağcı 2014).

Kiper ve Koştu’nun çalışmasında öğrencilerin %15.1’i örgütler hakkında bilgi sahibi olduğunu bildirirken, %67.9’u kısmen bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir (Kiper ve Koştu, 2006).

Bir başka çalışmada öğrencilerin sadece %15.6’sının dernekler hakkında daha önceden bilgi aldığı bildirilmiştir (Ünsal ve ark. 2010). Göğüş ve arkadaşlarının çalışmasında ise hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin %18’inin, dördüncü sınıf öğrencilerinin ise %41’inin hemşirelik örgütleri hakkında bilgi sahibi olduğu belirtilmiştir (Göğüş ve ark. 2015). Literatürde farklılıklar göze çarpmaktadır. Bu farklılıkların çalışılan örneklem grubu ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bizim çalışmamızda öğrencilerin üçüncü ve dördüncü sınıfta öğrenim görüyor olmaları ve ‘Hemşirelikte Yönetim’ dersini dolayısıyla da hemşirelik alanında örgütlenme ve örgütlenmeye ilişkin bilgileri almış olmalarının çalışmamızdaki hemşirelik dernekleri hakkında bilgi sahibi olan yüzdeliği arttırdığı düşünülmüştür.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin %77.9’u hemşirelik dernekleri hakkında bilgi almak istediklerini, %59.9’u hemşirelik derneklerinin görev ve sorumluluklarını bilmediklerini ve %77.4’ü öğrencilikte mesleki örgütlenmenin gerekli olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir. Bizim çalışmamıza benzer

bir şekilde Küçüköğlu ve arkadaşları da çalışmalarında öğrencilerin %76.7'sinin derneklerin görev ve sorumluluklarını bilmediklerini, %79.6'sının derneklerle ilgili bilgi almak istediklerinin bildirmiştir (Küçüköğlu ve ark. 2014). Bir başka çalışmada da öğrencilerin tamamının dernekler hakkında bilgi almayı istedikleri belirtilmiştir (Ünsal ve ark. 2010). Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir araştırmada öğrencilerin %90.6'sı örgütlenmenin gerekli olduğunu ifade etmişlerdir (Kiper ve Koştu 2010). Ne yazık ki meslek örgütlerine üye olma ve örgütsel hareket hemşireliğin zayıf olduğu noktalardan biridir (Karadağ, 2002). Hemşirelerin yalnızca %23.8'inin bir mesleki derneğe üye olduğunu bildiren araştırmalar mevcuttur (Korkmaz ve Görgülü 2010). Hayta ve arkadaşları hemşirelerin %75.4'ünün mesleki bir örgüte üye olmadığı ve %66.7'sinin de hiçbir örgüte üye olmayı düşünmediğini saptanmıştır (Hayta ve ark. 2009). Bir diğer çalışmada ebe ve hemşirelerin örgüt katılım oranı %37.3 olarak bildirilmiştir (Merih ve Aslan 2012). Dördüncü sınıf öğrencilerinin sadece %70'nin mesleki bir örgüte üye olmayı düşündükleri bildirilmiştir (Köse Ünal ve Ağçay 2015). Sert ve Çelik'in çalışmasında hemşire ve öğrencilerin; %90.7'sinin örgütlenmeyi gerekli gördüğü halde %80.7'sinin hiçbir derneğe üye olmadığı ve %52.9'unun herhangi bir dernek ismini bilmediği bildirilmiştir (Sert ve Çelik 2015). Korkut'un hemşirelerin mesleki derneklere ilişkin bilgi düzeylerini irdelediği çalışmasında hemşireler mesleki derneklere ilişkin soruları sınırı geçecek (%51.69) düzeyde bilmişlerdir (Korkut, 2005). Mesleki bilincin gelişmesinde mesleki örgütlenmenin sağlanması son derece önemlidir. Sert ve Çelik'in çalışmasında hemşire ve öğrencilerin %61.4'ü örgütlerin iyi tanıtılması ve meslek üyeleri arasında iletişim şeklinin kolaylaştırılmasının mesleki örgütlenme ve bilinci artırma konusunda önemli olacağını ifade etmişlerdir (Sert ve Çelik 2015). Öğrencilerin mesleki örgütlenme bilinci ile mezun olabilmeleri için, meslek sahibi olunduktan sonra değil, meslek adaylığı söz konusu olduğunda da mesleki örgütlenme başlamalıdır. Yapılan araştırmalar iş doyumunun mesleki örgüt katılımı olanlarda daha yüksek olduğunu göstermektedir (Merih ve Aslan 2012). Fakülte bünyesinde bu yıl başlatılan mesleki örgütlenme çalışmaları, öğrenci bazında mesleki dernek temsilciliğinin oluşturulması ve faaliyetlerinin gerçekleştirilmesinin öğrencilerin mesleki dernekler hakkında bilgi almayı isteme ve öğrencilikte örgütlenmenin gerekli olduğunu düşünme oranlarının yüksek bulunmasına neden olduğu düşünülmüştür.

Öğrencilerin sınıflarına göre dernek üyeliğine ilişkin girişimlerine ait verilerinin dağılımı Tablo 3'de verilmiştir. Buna göre hemşirelik dördüncü sınıfta okuyan öğrenciler dernek hakkındaki bilgileri, eğitim alınan bölüm aracılığı, dernek faaliyetleri aracılığı ile ve sağlık çalışanları aracılığı ile edinen çoğunluğu oluşturmuşlardır. Küçüköğlu ve arkadaşlarının çalışmasında dernekler hakkında bilgisi olan öğrencilerin çoğunluğunun bilgiyi okudukları bölümden aldıkları bildirilmiştir (Küçüköğlu ve ark. 2014). Gökğöz ve Karadaş'ın çalışmasında öğrencilerin %39.5'inin dernekler hakkındaki bilgiyi kitap ve dergilerden edindiğini belirtilmiştir (Gökğöz ve Karadaş 2015). Ünsal ve arkadaşlarının çalışmasında ise öğrencilerin çoğunluğu dernek hakkındaki bilgileri öğretim elemanlarından aldıklarını bildirmişlerdir (Ünsal ve ark. 2010). Kiper ve Koştu ise öğrencilerin %77.3'ünün bilgiyi konferans, seminer ve panellerden aldığını bildirmiştir (Kiper ve Koştu 2010). Mesleki gelişmeleri takip etme aracı olarak sosyal medya, dergi ve gazete, televizyon ve okul kaynaklarını kullanan öğrencilerin büyük kesimini de dördüncü sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Mesleki gelişmeleri takip etme araçları ile sınıf değişkeni arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Yapılan bir araştırmada hemşirelerin mesleki gelişmelerini ilk olarak hizmet içi eğitimlerden, ikincil olarak ise dergi, kitap ve internetten takip ettikleri bildirilmiştir (Kanber ve Gürlek 2014). Gözüm ve arkadaşları ise araştırmalarında hemşirelerin mesleki dergilerin daha çok takip edilebilmesi için tanıtımının yapılması ve kolay ulaşılabilir olmasının gerektiğini ifade ettiklerini bildirmiştir (Gözüm, Ünsal, Demirci, Birel ve Çamuşoğlu 2010). Görüldüğü gibi literatürde dernekler hakkındaki bilgi kaynakları ve mesleki gelişim takip araçlarının birbirinden farklı olduğu göze çarpmaktadır. Özellikle dördüncü sınıf öğrencilerinin yüksek olan ortalamaları bu sınıf öğrencilerinin dernekler hakkında bilgi ve mesleki gelişimi takip adına

daha çok arayış içinde oldukları biçiminde düşünülebilir. Ayrıca dördüncü sınıf öğrencilerinin intörlük uygulaması nedeniyle hastane ortamında daha uzun süre uygulamada bulunuyor olmaları, sağlık çalışanları ile daha çok etkileşimde bulunmaları, hastane içerisinde yürütülen dernek faaliyetlerini daha yakından takip etme olanaklarına sahip olmaları gibi etkenlerin öğrencilerin dernekler hakkındaki bilgi edinme kaynaklarını etkileyebileceği düşünülmüştür.

Son yıllarda özellikle sosyal medyanın sağlık alanına nüfuz etmesi mesleki gelişim takip etme araçlarının da rotasını değiştirmiştir. (Barry ve Hardiker 2012). ABD’de 43 eyalette 410 hemşire ile yapılan araştırmada hemşirelerin %93,41’inin sosyal medyayı aktif olarak kullandığı ve İnternet’te sağlık ile ilgili bir bilgiyi aradıklarını bildirilmiştir (Kung ve Oh 2014).

Ülkemizde yapılan 421 hemşireyi kapsayan bir çalışma, İnternet kullanan hemşirelerin oranının %78,9 olduğunu ve %70,2’sinin mesleki konularla ilgili olarak İnternet’i kullandığı bildirilmiştir (Kaya ve ark. 2008).

Dördüncü sınıf öğrencilerinin mezuniyete, dolayısıyla meslek adayı olmaktan çıkıp meslek üyesi olmalarına daha az zaman kalmasının ve yeni mezun hemşirelere yönelik bilgi ve becerinin kullanımı konusunda yaşadıkları kaygının dördüncü sınıf öğrencilerini daha çok mesleki gelişimi takip etmeye ittiği ve dolayısıyla mesleki gelişimi takip etme araçlarının bu grupta daha sıklıkla kullanıldığı söylenebilir.

Öğrencilerin hemşirelik derneklerine üye olmayı isteme durumları tablo 3’de gösterilmiştir. Buna göre; haklarının korunması için derneğe üye olmak isteyenlerin %52,5’ini üçüncü sınıf öğrencileri oluştururken, meslektaşlar ile birlik olmak, mesleki gelişmelerden haberdar olmak, mesleki gelişime katkı sağlamak için üye olmak isteyenlerle, derneğe üye olmak istemeyenlerin çoğunluğunu dördüncü sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Sınıf değişkeni ile hakların korunması nedeniyle üye olmayı isteme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada derneklerin hemşirelik mesleğine katkısı sorulmuş öğrenciler birinci sırada profesyonelleşmeyi sağladığını ikinci sırada ise hakların korunması noktasında yarar sağladığını bildirmişlerdir (Küçüköğlu ve ark. 2014). Yine hemşireler ile yapılan bir başka çalışmada hemşirelerin derneklerden beklentileri sorulmuş ve hemşireler ilk sırada haklarının korunmasını beklediklerini ifade etmişlerdir (Gözüm ve ark. 2010). Bir diğer çalışmada hemşirelik öğrencileri ilk sırada haklarını korumak için mesleki örgütlenmenin gerekli olduğunu vurgulamışlardır (Karadaş ve Gökgez 2015). Kavaslar ve arkadaşlarının çalışmasında da Öğrenciler “Örgütlenme çalışanların haklarının korunmasını ve geliştirilmesini sağlar” görüşüne %97 oranında katılım göstermişlerdir (Kavaslar, Akdeniz, Kara, Aygin ve Sert 2015). Literatürde de benzer bir şekilde öğrencilerin en çok haklarının korunması için derneğe üye olmak istedikleri görülmektedir. Bizim çalışmamızda bu oranın üçüncü sınıf öğrencilerinde daha fazla saptanmış olması, üçüncü sınıf öğrencilerinin müfredat programında yer alan Hemşirelikte Yönetim dersi bilgilerinin çok yeni olması ile ilişkilendirilmiştir. Hemşirelikte yönetim dersi müfredatı içerisinde dernekler, derneklerden beklentilere ilişkin konular anlatılmakta dolayısıyla hakların korunması adına derneklerin rollerinden bahsedilmektedir. Üçüncü sınıf öğrencilerinde bu bilgilerin henüz çok taze ve güncel olmasının sonucu bu yönde etkilediği düşünülmüştür.

Öğrencilerin hemşirelik derneklerine üye olamaya engel durumlara yönelik veri dağılımlarına baktığımızda dördüncü sınıf öğrencilerinin nereden üye olacağını bilememe, dernek aidatlarının yüksek olması, kişisel bir getirisinin olmadığı düşüncesi ve dernek çalışmalarının gereksiz olduğu düşüncesi nedeniyle üye olmayan çoğunluğu oluşturdukları belirlenmiştir. Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir başka çalışmada dördüncü sınıf öğrencilerinin %67,3’ünün zamanları olmadığı için örgütlere üye olmadıkları belirtilmiştir (Göğüş ve ark. 2015). 357 hemşirelik öğrencisi ile yapılan bir diğer çalışmada öğrencilerin %49,6’sının bilgi eksikliği nedeniyle üye olmadıkları belirlenmiştir (Gökgez ve Karadaş

2015). Pediatri hemşirelerinin katıldığı bir araştırmada hemşireler ilk sırada dernek faaliyetlerini bilmedikleri için derneğe üye olmadıklarını ifade etmişlerdir (Şayık, 2012). Hemşirelerle yapılan bir diğer çalışmada hemşirelerin %38.8'i dernekleri tanımadıkları ve faaliyetlerini bilmedikleri için üye olmadıklarını belirtmişlerdir (Gözüm ve ark. 2010). Literatüre bakıldığında öğrencilerin hemşirelik derneklerine üye olmaları önündeki engeller farklı farklıdır. Kavaslar ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin %98'i Hemşirelerin iyi örgütlenmesi hemşirelik uygulamalarını geliştirilmesini, yeniliklerin takip edilmesini ve bilgilerin yaygınlaştırılmasını sağlar ifadesine katıldıklarını belirtmişlerdir (Kavaslar ve ark.2015). Bu sonuçlar; her ne sebeple olursa olsun öğrencilerin örgütlenme konusuna yeterince önem vermediklerini düşündürmüştür (Ünsal ve ark. 2010). Bizim araştırmamızda dernek aidatlarının yüksek olması, kişisel bir getirisinin olmadığı düşüncesi ile sınıf değişkeni arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ve ortalamaların dördüncü sınıfta yüksek olduğu belirlenmiştir. Koç ve arkadaşları kaleme aldıkları makalesinde Y kuşağı olarak tanımladığı yeni mezun adayların yenilikçi, çeşitliliğe odaklı, ekip arkadaşlarına bağlı olduğundan bahsetmektedir. Y kuşağı bilgi ve becerilerini taze tutmak, kendini geliştirmek ve yaşamda yeni fırsatlara açık olmak ister. Y kuşağı teknoloji çağında yetişmiş olmanın getirdiği sosyal alışkanlıklar ile mali kazanca önem veren, ılımlı ve yenilikçi bir yapı oluşturma eğilimindedir (Yüksekbilgili 2013; Koç, Bardak ve Yılmaz 2014). Bu nedenle mezuniyet aşamasında olan dördüncü sınıf öğrencileri için kişisel donanım/kazanım elde etmek ve ekonomik durumda stabil hali korumak oldukça önemlidir. Bizim çalışmamızda dördüncü sınıf öğrencilerinin dernek aidatlarının yüksek olması ve kişisel bir getirisinin olmadığını düşünmesi nedeniyle derneklere üye olmaması bu durum ile ilişkilendirilebilir.

Öğrencilerin hemşirelikte mevcut mesleki örgütlenmeye ilişkin görüşleri tablo 4'de verilmiştir. Buna göre; Öğrencilerin çoğunluğunun hemşirelik mesleği ile ilgili örgütlenme çalışmalarının yeterliliği konusunda kararsız olduğu, derneklerin hemşirelerin özlük haklarını korumada yeterli olmadığı görüşüne tamamen katıldıkları, mesleğiyle ilgili her türlü yardımı dernekten alabileceğini düşünüyorum görüşüne biraz katıldıkları ve hemşirelik mesleği ile ilgili faaliyetleri yeterli bulmuyorum görüşüne tamamen katıldıkları belirlenmiştir. Buna karşın; öğrencilerin %48.9'u mesleki örgütlerin hemşirelik mesleğine katkısı vardır görüşüne tamamen katıldıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada dördüncü sınıf öğrencilerinin %82'sinin örgütlerin mesleğe faydalı olduğunu düşündükleri saptanmıştır. Öğrencilerin %61'i meslek örgütlerinin meslek üyelerini bir çatı altında topladığını belirtmiştir (Göğüş ve ark. 2015). Hemşire ve hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %43.3'ü mesleki bilinç oluşturmama nedeni olarak mesleğin getirmiş olduğu olumsuzlukları dile getirmiştir. Mesleki örgütlenme ve bilinci artırmaya yönelik öneriler arasından katılımcıların; %62.9'u çalışma koşullarının iyileştirilmesi gerektiğini, %61.4'ü ise örgütlerin iyi tanıtılması ve meslek üyeleri arasında iletişim şeklinin kolaylaştırılması görüşünü belirttiği saptanmıştır (Sert ve Çelik, 2015). Hemşirelerle yapılan bir çalışmada mesleki örgütlenmenin neden yeterince oluşturulamadığı sorulduğunda hemşireler ilk sırada mesleki bilinç-bağlılığın yeterince oluşturulamamasını sebep olarak göstermişler, mesleki bilincin yeterince oluşturulamama nedeni sorulduğunda ise ilk olarak mesleğin getirdiği zorluklar, ikincil olarak ta mesleki eğitimlerde hakların-ödevlerin, meslek felsefesinin, kavramlarının yeterince vurgulanmaması olduğunu belirtmişlerdir (Merih ve Aslan 2012). Aynı çalışmada mesleki bilinç ve örgütlenmenin artırılmasını sağlayacak en önemli önerilerinin de örgütlerin tanıtımının iyi yapılması ve iletişim şeklinin kolaylaştırılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Literatürdeki diğer çalışmalarında bizim çalışmamıza paralel sonuçlar göstermektedir. Mesleki derneklerin mesleğe olan katkısı yadsınamaz bir gerçektir. Ancak meslek üyelerinin ya da meslek adaylarının derneklerin katkısını daha somut biçimde görmeye ihtiyaçları vardır. Bu nedenle derneklerin tanıtımlarının yapılmasının yanı sıra dernek faaliyet ve çalışmalarının daha yaygın bir şekilde duyurulması, meslek üyelerinin ve adaylarının zaman zaman içinde

bulunabileceği zor durumlar karşısında mesleki derneklerin gücünü yanında hissetmeye ihtiyaçları vardır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmamız geneline bakıldığında; hemşirelik öğrencilerinin istendik düzeyde örgütlenme bilincinde olmadıkları, meslek adaylığı süresince bağlı olabilecekleri derneklere dair bilgilerinin sınırlı olduğu ancak bilgilenmeye dair açık oldukları ve örgütlenmenin gerekliliğine inandıkları belirlenmiştir. Özellikle dördüncü sınıf öğrencilerinin meslek üyeliğinin yaklaşması nedeniyle daha çok örgütlenme ve mesleki gelişimi takip etme arayışı içinde oldukları ancak bu grubunda bazı engeller nedeniyle cesaretlendirilmeleri gerektiği saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda; öğrencilerin hemşirelik eğitim müfredatı içerisinde ilgili ders ve konularda mesleki dernekler, mesleki derneklerin rol ve işlevleri konusunda daha detaylı bilgi verilmesi, derneklerin amaç ve faaliyet alanlarının ifade edilmesi ve üyeliğe giden yolda izlenmesi gereken yol haritasının belirtilmesi eğitim alanındaki meslektaşlarımız için önerebileceğimiz noktalar arasındadır.

Uzun vadede hemşirelerin mesleki örgütlenmesini sağlamak için ise; hemşirelerin göreve başlamadan önce resmi prosedürü tamamlamaları için Türk Hemşireler Derneği'ne üyelik şartının aranması gerekliliğine inanılmaktadır.

KAYNAKLAR

- Ataman, P. (2006). Mesleki örgütlenme. Türkiye 9. Gıda Kongresi, 24-26 Mayıs, Bolu.
- Baykara, Z.G. (2010). Hemşirelik Bakımında Hemşirenin Mesleki Özerkliğinin Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Göğüş, F., Özgen, H.N., Özbek, B. (2015). Ankara Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Mesleki Örgütlenme Bilincinin Değerlendirilmesi. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 22-26 Nisan, Kayseri.
- Gözüm, S., Ünsal, A., Demirci, P., Birel Ş., Çamuşoğlu S. (2000) Hemşirelerin mesleki örgütler ve dergilere ilişkin görüşleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(2):19-28.
- Güngör, M., Bulut, Y. (2008). Ki-Kare Testi Üzerine. Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları, 1:84-89.
- Hayta, G., Kıvrak, A., Baybek, H. (2009). Hemşirelerin mesleki örgütlenme konusundaki düşüncelerinin belirlenmesi. 8. Ulusal ve Uluslar Arası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Kitabı, 4-6 Haziran, Ankara. (sf.71).
- Karadağ, A. (2002). Meslek olarak hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2): 55-62.

Gökgöz, G., Karadaş, A. (2015). Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleki Örgütlenme Konusundaki Görüşleri. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Bildiri Kitabı, 22-24 Nisan, Kayseri. (sf.287) .

Kanber, N.A., Gürlek, Ö. (2014). Hemşirelerin uygulanan hizmet içi eğitim programından beklentileri ve bu program ile ilgili düşünceleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(3): 52-28.

Kaya, N., Aştı, T., Kaya, H., Kaçar, G.Y. (2008). Hemşirelerin bilgisayar kullanımına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 16(62):83-89.

Kiper, S., Koştı, N. (2010) .Denizli sağlık yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin mesleki örgütlenme konusundaki görüşleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 5(14):1-14.

Koç, S., Bardak, A., ve Yılmaz, K. (2014). Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin iş yerinden beklentilerinin belirlenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 11 (3): 43-50.

Korkmaz, F., Görgülü, S. (2010). Hemşirelerin, meslek ölçütleri bağlamında hemşireliğe ilişkin görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 1-17.

Korkut, H. (2005). Hemşirelerin mesleki dernekleri ve dernekler kanununa ilişkin bilgileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Ünal, A.K., Ağçay, B.Ç. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin kariyer algıları ve beklentilerinin belirlenmesine yönelik bir çalışma. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Bildiri Kitabı, 22-24 Nisan, Kayseri.(sf.2).

Köse Ünal A, Ağçay, B.Ç. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin kariyer algıları ve beklentilerinin belirlenmesine yönelik bir çalışma. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Bildiri Kitabı, 22-24 Nisan, Kayseri.(sf.2).

Kung, Y.M, Oh, S. (2014). Characteristics of Nurses Who Use Social Media. Computers Informatics,Nursing, 32(2): 64-72.

Küçükoglu, S., Çelebioğlu, A., Miroğlu, A., Çağlar, G., Bağcı N. (2014). Hemşirelik öğrencilerinin mesleki dernekler hakkındaki farkındalıklarının belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 3(1):9-14.

Mancino, D.J. (2005). Professional associations. Professional Nursing: Concepts&Challenges. 4th Ed. Elsevier Saunders. USA.

Merih, D.Y., Aslan, H. (2012). Hemşire ve ebelerin mesleki biliç -örgütlenmeye yönelik görüşlerinin ve iş doyumlarının belirlenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 9(3): 40-46.

Merton, R.K. (1958). The Functions of the Professional Association . The American Journal of Nursing, 58(1); 50-54.

Kavaslar, İ., Akdeniz, C., Kara, B., Aygin, D., Sert, H. (2015). Türkiye'deki hemşirelik öğrencilerinin mesleki örgütlenme konusundaki bilgi, görüş ve düşünceleri. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 22-24 Nisan, Kayseri. (sf.386). Alfabetik Sıralama

Sert A., Çelik Y. (2015). Hemşire ve hemşirelik öğrencilerinin mesleki bilinç ve örgütlenme hakkında bilgi düzeylerinin belirlenmesi. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Özet Bildiri Kitabı, 22-24 Nisan, Kayseri. (sf.105).

Şayık, D. (2012). Çocuk kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki dernekler hakkında bilgilendirilmelerinin, örgüte üye olma durumlarına etkisi. Yayınlanmamış Yüksekisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Tözün, M., Çulhancı, A., Ünsal, A. (2008). Aile hekimliği sisteminde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin iş doyumunu. TAF Preventive Medicine Bulletin, 7(5): 377-384.

Ünsal, A., Yıldırım, T., Aymelek, N. (2010). Öğrencilere verilen eğitimin hemşirelik derneklerine ilişkin bilgi düzeylerine etkisi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3(2): 25-34.

Yavuzylmaz, A., Topbaş, M., Çan, E., Çan, G., Özgür, Ş. (2007). Trabzon il merkezindeki sağlık ocakları çalışanlarında tükenmişlik sendromu ile iş doyumunu düzeyleri ve ilişkili faktörler. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(1): 50.

Yüksekbilgili, Z. (2013). Türk tipi y kuşağı. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 45(12): 342-353.

HASTANE İŞLETMELERİNDE DIŞ KAYNAK KULLANIMI – MALİYET İLİŞKİSİ: LİTERATÜR TARAMASI

Arş. Gör.Burcu NAZLIOĞLU

Gazi Üniversitesi

bnazlioglu@gmail.com

Arş. Gör.Cemre Eda YAR

Gazi Üniversitesi

ceyar@gazi.edu.tr

Özet

Kavramsal geçmişi 18. yüzyıla kadar dayanmasına rağmen, sağlık sektöründe kendisine çok daha sonraları yer bulan dış kaynak kullanımı, günümüzde her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de oldukça geniş bir etkiye sahip hale gelmiştir.

Dış kaynak kullanımı, işletmenin temel yeteneklerinden olmayan faaliyetlerini, alanında uzman ve etkili bir hizmet sağlayıcıya devretmesidir, bir diğer ifadeyle, fonksiyon ya da hizmeti satın alan işletme ile bu hizmeti sunan işletme arasında uzun dönemli bir işbirliğine işaret etmektedir. Bu işbirliği esas olarak, düşük maliyet ve yüksek performans amacına yönelik olarak birbirinden bağımsız iki işletmenin, riski de paylaşmak üzere ortak çabasından ileri gelmektedir.

Dış kaynak kullanımının beraberinde getirdiği hizmet kalitesini artırma olgusu, şüphesiz sağlık sektöründe oldukça büyük önem arz etmektedir. Bu bağlamda, günümüz rekabetçi koşulları da göz önünde bulundurulduğunda, sağlık sektörü bünyesinde yer alan hastanelerin kaliteli hizmet sunumu gerçekleştirirken, maliyetlerini de kontrol altında bulundurmaları gereği, ilgi çeken bir başlık haline gelmekte, alanda pek çok çalışmaya rastlanmaktadır.

Bu çalışma kapsamında, sağlık hizmetleri sektörü özelinde, hizmet sektörü genelinde, çağdaş bir yönetim tekniği olan dış kaynaklardan yararlanmanın *hastane maliyetlerine etkisi* üzerine yapılmış olan yerli ve yabancı önemli çalışmaların kendilerine yer bulduğu geniş bir literatür taraması yapılması amaçlanmaktadır. Hastane işletmeleri ile konu ile ilgili gruplara çıkış noktası olarak bir bilgi kaynağı oluşturması açısından çalışma önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: dış kaynak kullanımı, hastane işletmeleri, hastanelerde maliyet

THE CORRELATION OF COST AND OUTSOURCING IN HOSPITALS: A LITERATURE REVIEW

Abstract

Although it's conceptual history based on 18th century, outsourcing concept, that took place much later in health sector, today have an extensive impact in every industry as in health care industry.

Outsourcing is transferring the activities that are not subject of the main capabilities of an entity to an effective service provider that is expert in the field, in other words, outsourcing indicates a long term cooperation between function and services purchaser entity and the service offering entity. This cooperation mainly arise from a joint effort of two independent entity for lower cost and higher performance by sharing risk.

The fact of increasing the quality of services that brought by outsourcing, obviously matters a great importance at health care sector. In this context, when today's competitive conditions are taken into consideration, the

need for controlling costs while hospitals, located within the the health sector, perform high-quality service delivery, become an interesting topic, and many studies have been found in the field.

Within this study, it is intended to be done an extensive literature review concerning the relationship between outsourcing, a modern management technique, and costs of hospitals in the health care sector, in general services sector. The study matters as a starting point by creating an source of information to hospital businesses and relevant groups.

Key Words: *outsourcing, healthcare services, cost in hospitals*

GİRİŞ

Küreselleşmenin ve teknolojiye meydana gelen hızlı gelişmelerin sonucu olarak ülkeler arasındaki coğrafi, ekonomik ve ticari sınırların azalarak bilgi, mal ve sermaye akışının kolaylıkla sağlanması işletmeleri hem ulusal hem de uluslararası nitelikte olan diğer işletmelerle zorlu rekabet ortamında buluşturmaktadır. İşletmelerin böyle bir ortamda uzun dönemde varlığını sürdürerek rekabet üstünlüğü elde edebilmeleri ise yeniliklere ve değişen şartlara ayak uydurabilmelerine bağlıdır. Tüm bu etkenlere bağlı olarak işletmeler, daha esnek bir yapıda faaliyet gösterme, kaynak tasarrufu sağlama ve en iyi bildikleri iş üzerine odaklanabilme imkânını veren, çağdaş bir yönetim stratejisi olan dış kaynak kullanımına yönelmişlerdir. Her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe faaliyette bulunan hastane işletmeleri de sağlık hizmeti maliyetlerini kontrol altına almak, temel (öz) yeteneklerine odaklanabilmek, sağlık hizmet kalitesini ve verimliliğini artırmak, hasta taleplerine daha hızlı cevap verip hasta tatminini yaratabilmek, yönetimde esnekliği sağlayabilmek ve böylelikle rekabet avantajı elde edebilmek için dış kaynak kullanımından yararlanmaktadır. Hastane işletmelerinde dış kaynak kullanımı, sınırlı olan kaynakların daha etkin bir biçimde yönetilerek sağlık hizmet kalitesini ve verimliliğinin artırılmasını sağlayan maliyet etkin bir yöntemdir.

Bu çalışma ile hastane işletmelerinde dış kaynak kullanımının sağlık hizmeti maliyetleri üzerindeki etkisine yönelik olarak yapılan yerli ve yabancı çalışmalar incelenmiştir. Çalışma amacına uygun olarak ilerleyen bölümlerde dış kaynak kullanımı kavramı, hastane işletmelerinde dış kaynak kullanımı ve hastane işletmelerinde dış kaynak kullanımının maliyetler üzerindeki etkisine ilişkin kavramsal çerçeve sunulduktan sonra hastane işletmelerinde dış kaynak kullanımı ve maliyet ilişkisi kapsamında değerlendirmeler yapıp önerilerde bulunulmuştur.

Dış Kaynak Kullanımı Kavramı

Yabancı literatürde “outside resource using” kelimelerinin kısaltılması ile “Outsourcing” olarak ifade edilen (Tutar vd., 2006: 281) ve dilimize “dış kaynak kullanımı, dış kaynaklardan yararlanmak, dışsal tedarik, işi dışarıya vermek” (Ofloğlu ve Doğan, 2009: 141) gibi farklı biçimlerde çevrilen dış kaynak kullanımının kavramsal geçmişi 18. yüzyıla dayanmaktadır. Dış kaynak kullanımının ev gereçleri, yiyecek ve araç üretimi ve satışı ile başladığı ifade edilebilir (Karahan, 2009: 188). 18. yüzyılda, sokak lambalarının ve yolların bakımı, tutukluların taşınması, posta hizmetleri, demiryolu yapımı ve yönetimi, su depolarının idaresi gibi hizmetlerde, 19. yüzyılda ise İngiltere’de metal üretim işletmelerinde dış kaynak kullanımı uygulamalarına rastlanılmıştır (Yalçın vd., 2011: 84). Genel olarak 1980’li yıllarda kullanılmaya başlamıştır fakat bir yönetim stratejisi ve iş modeli olarak 1990’lı yıllardan itibaren yaygınlaşmıştır (Gözükcük ve Çelik, 2012:3). Özellikle imalat sektöründe “fason üretim” ya da inşaat sektöründe “taşeron kullanma” gibi uygulamalar dış kaynak kullanımının gelişmesinde etkili olmuştur (Güçlü, 2013: 17). 1980’li yıllardan itibaren teknolojiye meydana gelen hızlı gelişmeler, artan küreselleşme olgusu ve ağır rekabet ortamı işletmelerin yönetim biçimlerini değiştirerek daha esnek bir yapıda faaliyet göstermelerini zorunlu kılmıştır. Bu nedenle işletmeler, faaliyet alanlarını sınırlayarak kendi temel yetenekleriyle ilgili olmayan birtakım faaliyetleri dış kaynak sağlayıcılara devretmeye başlayarak dış kaynak kullanımına yönelmişlerdir (Yalçın vd., 2011: 84).

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

www.saysad.org

(NAZLIOĞLU,B/YAR.C.E)

İşletmelerin temel yeteneklerine odaklanarak uzmanlık alanlarına girmeyen faaliyetlerin bu konuda uzmanlaşmış işletmeler aracılığıyla sağlanmasına fırsat veren bir yönetim stratejisi olan dış kaynak kullanımı (Ergin ve Şahin, 2005: 56), işletmelerin en iyi bildikleri işlere odaklanmasına ve daha rekabetçi bir tutum sergilemesine imkân veren, üretim bakış açısından stratejik bir bakış açısına dönüşmüş bir kavramdır (Roberts, 2001: 240). Dış kaynak kullanımı, “bir kuruluşun, iç işleri kapsamında bazı fonksiyonlarını yürütme ve bu fonksiyonlar hakkında karar verme yetkisini, belirli bir sözleşme kapsamında, dış kaynaklı başka bir kuruluşa devretmesi işlemidir” (Tutar vd., 2006: 281). Diğer bir ifade ile dış kaynak kullanımı, işletmenin temel yeteneklerine odaklı kalarak daha rekabetçi bir hale gelmesi amacıyla kendi iç kaynakları yerine işletme dışında bulunan kaynaklardan mal ya da hizmetin sözleşme yaparak satın alınması anlamına gelmektedir (Kurdi vd., 2011: 451). Dış kaynak kullanımı ile işletmenin ikili ilişki kurarak bir ortak bulduğu ve bu ortak ilişkisi ile spesifik yatırımlar yapabildiği böylece işletmenin özel ihtiyaçlarına uygun mal veya hizmet üretebilmenin mümkün olduğu bir durum ortaya çıkmaktadır (Grossman ve Helpman, 2005: 136). Bu bağlamda dış kaynak kullanımı, işletmenin daha önce gerçekleştirdiği faaliyetlerin kendi uzmanlık alanına girmeyenlerini yeterli imkânı olmasına rağmen bu konuda uzmanlaşmış dışarıdan bir işletmeye devrederek rekabet avantajı sağlayan faaliyetlere odaklanmasına imkân veren çağdaş bir yönetim stratejisidir (Karahan, 2009: 187). İşletmeleri dış kaynak kullanımına yönelten nedenlerin başında şüphesiz temel yeteneklerine bağlı olarak geliştirdikleri stratejiler ile rekabete dayanan üstünlüğü elde etme ihtiyaçları gelmektedir (Gözüküçük ve Çelik, 2012: 6). Rekabet üstünlüğü elde etmenin yanı sıra işletmeleri dış kaynak kullanımına yönelten farklı nedenler de bulunmaktadır. Söz konusu nedenler, İşletmelerin tamamını etkileyen ve kontrol edemedikleri dışsal nedenler ile işletmelerin içyapılarını etkileyen ve kontrol edilebildikleri içsel nedenler olmak üzere aşağıda Tablo 1’de iki ana başlık halinde özetlenmektedir.

Tablo 1: Dış Kaynak Kullanımını Ortaya Çıkaran Nedenler

İçsel Nedenler	Dışsal Nedenler
Temel yeteneklere odaklanma	Sosyal değişimler
Maliyetlerin azaltılması	Teknolojik değişimler
Esnekliği artırma	Kültürel değişimler
Süreç yenileme	Ekonomik değişimler
Hız kazanma	Küreselleşme
Küçülme	Rekabetin artması
Riski azaltma	Rakiplerden kopmama
Kaynakların dağıtımı	Değişen değer zinciri
Yatırım harcamalarını azaltma	
Kaliteyi artırma	
Fonksiyonu yönetmenin zor ve kontrol dışı olması	

Kaynak: (Gözüküçük ve Çelik, 2012: 6-9; Güçlü, 2013: 35-46).

Günümüzde hem kamu sektöründe hem de özel sektörde birçok farklı alanda dış kaynak kullanımından yararlanılmaktadır. Bilişim teknolojileri, parça üretimi, dağıtım, finans, muhasebe, emlak yönetimi, insan kaynakları, telekomünikasyon üretim, çağrı merkezleri, saha satış, pazarlama, bina yönetimi ve taşımacılık gibi faaliyetler dış kaynak kullanımına örnek teşkil etmektedir (Güçlü, 2013: 31; Güngör, 2007: 33). Dış kaynak kullanımına yaygın olduğu alanlarının başında ise özellikle bilgi teknolojileri, idari faaliyetler, emlak, dağıtım ve lojistik, insan kaynakları, üretim, müşteri hizmetleri ve finans faaliyetleri gelmektedir (Karahan, 2009: 189). Ülkemizde fason üretim ya da taşeron kullanma gibi uygulamalar ile temizlik hizmetleri ve personel taşıma da dış kaynak kullanımı örnekleridir (Yalçın vd., 2011: 84). Günümüzde artık çok az işletme yemek pişirme ve personel taşıma gibi esas faaliyet alanlarının dışındaki destek hizmetlerini kendileri gerçekleştirmektedir (Ergin ve Şahin, 2005: 57). Hangi sektörde olursa olsun, işletmeler mal ve hizmet üretim fonksiyonlarını giderek yaygın bir biçimde dış kaynak kullanımına yönlendirmektedir (Ofloğlu ve Doğan, 2009: 145).

Hastane İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımı

Sınırlı kaynaklarla faaliyetlerini sürdüren, karmaşık bir organizasyon yapısına sahip olan ve sayıları her geçen gün giderek artan hastane işletmeleri kaynaklarını etkin bir biçimde yöneterek kaliteli sağlık hizmeti sunmak durumundadır. Hastane işletmeleri sayısının artışına bağlı olarak oluşan zorlu rekabet ortamında, hastaların istek ve ihtiyaçlarına cevap vererek kaliteli sağlık hizmeti sunumu ile hasta tatmininin yaratılması ebetteki kolay değildir. Diğer hizmetlerle karşılaştırıldığında sağlık hizmeti maliyetlerinin çok yüksek oluşu da, hastane işletmelerini baskı altına almaktadır. Bu nedenle hastane işletmeleri, hizmet kalitesini ve verimliliğini arttırmak amacıyla daha esnek bir yapıda faaliyet gösterip maliyetleri kontrol altına alabilmek için dış kaynak kullanımına yönelmişlerdir.

Sağlık sektöründe yüksek standartta sağlık bakım hizmeti sağlamak ve sağlık hizmeti maliyetlerini düşürmek amacıyla artık birçok ülkenin sağlık kurumlarında özellikle, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, İngiltere, İsviçre, Finlandiya, Hollanda, Yeni Zelanda'da dış kaynak kullanımı yaygınlaşmaya devam etmektedir (Ekin vd., 2012: 17). Türk sağlık sisteminde dış kaynak kullanımı, üretim işlemlerinde yönetimde önemli finansal büyüklüğe erişerek 1990'lı yıllardan itibaren gelişme göstermektedir (Akyürek, 2013: 2). Ülkemizde giderek yaygınlaşan bir uygulama haline gelen dış kaynak kullanımı ile neredeyse tüm hastaneler en az bir hizmet sunmaktadır (Akbulut vd., 2012: 28). Bu gün, hemen hemen her büyüklükteki tüm sağlık kuruluşlarında dış kaynak kullanımından yararlanılmakta ve sağlık kuruluşları ihtiyaç duyulan hizmetleri elde etmek için dış kaynak kullanımının proaktif ve maliyet etkin bir seçenek olduğunu kabul etmektedir (Mollahaliloglu vd., 2009: 75).

Yapılan yerli ve yabancı literatür incelemelerine göre genel olarak hastane işletmelerinde dış kaynak kullanımının ana nedenleri arasında; maliyetleri düşürmek, temel yeteneklere odaklanmak, risk azaltmak, iç kaynakları tehlikeye atmadan hızlı değişikliklere adapte olmak ve hastane içinde yapılamayan faaliyetlerde uzmanlık etmek yer almaktadır (Guimarães and Carvalho, 2011: 141; Döğücü ve Sayım, 2009: 264). Bu nedenlere bağlı olarak hastane işletmeleri, temel yetenekleri olan sağlık hizmetlerini yani tıbbi hizmetleri kendileri yapmakta, tıbbi hizmetler dışında temel yetenekleriyle ilgili olmayan faaliyetleri ise dış tedarikçilere yaptırarak dış kaynak kullanımı ile hizmet sunmaktadır. Dış kaynak kullanımı ile faaliyet alanlarını sınırlayıp temel yeteneklerine odaklanabilen hastane işletmeleri, etkin ve verimli işleyen bir yapıya kavuşarak sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından önemli avantajlar elde edebilmektedir.

Hastane işletmelerinde dış kaynak kullanımı uygulaması yemek, temizlik ve güvenlik gibi tıbbi olmayan hizmetler ile sınırlı bir şekilde başlamıştır fakat günümüzde insan kaynakları, çamaşır, ambulans, kafeterya, bilgi işlem, danışmanlık ve teknik bakım onarım hizmetleri, otomasyon gibi tıbbi olmayan hizmetlerin yansıra laboratuvar tetkik, manyetik tınlama (MR), bilgisayarlı tomografi (BT), yoğun bakım hizmetleri gibi ileri ve uzmanlaşmış tıbbi hizmetlerde de uygulanarak genişlemiştir (Ekin vd., 2012: 3). Hastanenin yeterli donanıma sahip olmadığı ya da üçüncü tarafın daha yüksek kalitede ve/veya daha düşük maliyetle hizmet sunduğu bazı durumlarda, klinik hizmetlerinde dış kaynak kullanılmaktadır (Esquire vd., 2010: 1). Özellikle küçük ve orta ölçekli hastane işletmelerinde farklı türdeki hemşirelik hizmetleri, doktor hizmetleri ile tanısal görüntüleme hizmetleri, biyokimya, mikrobiyoloji ve laboratuvar hizmetleri gibi tanı hizmetlerinde dış kaynak kullanımı ile hizmet sunulmaktadır (Mollahaliloglu vd., 2009: 75). Bununla birlikte, küçük ve orta ölçekli hastane işletmelerinde yüksek yatırım gerektiren hizmetlere ilişkin talebin düşük olması nedeniyle toplam gelirin toplam gidere eşit olduğu üretim seviyelerine diğer bir ifade ile başa baş noktasına ulaşmaları olanaklı olmadığı için klinik hizmetlerde dış kaynak kullanımı maliyet etkin bir seçenek durumuna gelmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 314).

Nüfus artışı ile birlikte yaşanan nüfus, sağlık hizmet fiyatlarında ve talebindeki artış, yeni ve pahalı teknolojilerin daha fazla kullanılmaya başlaması gibi nedenler sağlık hizmetlerine yapılan harcamaları artırmakta ve hastaneleri maliyet baskıları ile karşı karşıya bırakmaktadır (Akyürek, 2013: 3). Ayrıca, sağlık hizmetlerinde karşılaşılan kaynak yetersizliğine bağlı olarak faaliyetlerini sınırlı kaynaklarla sürdürüp bu kaynakları etkin bir biçimde kullanmak durumunda olan hastane işletmeleri, sağlık hizmeti maliyetlerini de rasyonel kullanabildiği ölçüde maliyetleri kontrol altında tutabilecektir. Aksi takdirde, sürekli artan maliyetler ile karşı karşıya kalacak ve kontrol yeteneğini kaybedecektir. Bu nedenle, hastane işletmelerinde tıbbi ve tıbbi olmayan hizmetlerde dış kaynak kullanımı, maliyetleri azaltarak hizmet sunumu esnekliğini ve kalitesini artırmak için en sık ve yaygın kullanılan bir yönetim stratejisidir (Yalçın vd., 2011: 86). Dolayısıyla, dış kaynak kullanımının sağlık hizmeti maliyetlerinde önemli tasarruf sağlamanın yanı sıra verimliliği artırıcı bir etkiye sahip olduğunu ifade etmek anlamlı olacaktır.

Literatür Taraması

Maliyetlerin kontrol altına alınması, işletmeleri dış kaynak kullanmaya iten en önemli faktörlerdendir. Dış kaynak kullanımı, işletmelerin sabit maliyetlerini değişken maliyete dönüştürebilme olanağı sağlamakta, kaynaklarını faaliyet alanında başka bir alana kanallize ederek rekabet avantajı sağlamasını da beraberinde getirmektedir.

Maliyetlerin azaltılmasının dış kaynak kullanımında en önemli motivelerden biri olduğu göz önüne alındığında, literatürde konu ile ilgili yapılmış pek çok çalışmaya rastlanması kaçınılmazdır. Bu noktada, çalışmanın bu kısmında dış kaynak kullanımı ile maliyet ilişkisini irdeleyen ve önde gelen çalışmalara yer verilecektir.

Literatürde, hastane işletmelerinde dış kaynak kullanımı ve hastane işletmelerinde maliyet analizi şeklinde kurgulanmış çalışmalara rastlanmaktadır. Ancak dış kaynak kullanımının en önemli amacının maliyet kontrolü olması ve maliyetlerin kontrol altına alınması ve azaltılması noktasında da dış kaynak kullanımına başvurulması, bahsi geçen iki grup çalışmayı birbirine yakınsamaktadır.

Hastane işletmelerinde maliyet analizi ele alınan çalışmalardan bazıları aşağıda tek tek ele alınmıştır (*Menachemi, Burkhardt vd (2007); Karasioğlu, Çam (2008); Esatoğlu ve diğerleri (2010); Danvers, Nikolov (2010); Bekçi, Özal (2010); Özdemir (2010); Kısakürek, Biçer (2011); Ekin, Yanık ve Kıyak (2012); Seldüz, Sevim (2012)*):

Menachemi, Burkhardt vd (2007) çalışmalarında, dış kaynaktan yararlanılmalı mı yararlanılmamalı mı sorunsalı genelinde, bilgi teknolojisi fonksiyonunun dış kaynaklardan elde edilmesinin hastanelerin finansal performansına etkisini araştırmışlardır. Sonuç olarak, bilgi teknolojilerinin dış kaynaklardan yararlanarak elde edilmesinin her zaman maliyet azaltıcı bir faaliyet olmadığı, bunun yerine örgütsel bir stratejiyi gerçekleştirmede maliyetten bağımsız bir anlayış olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu noktada çalışmanın, dış kaynak kullanımının, bilgi teknolojileri dış kaynak kullanımı özelinde, maliyet azaltmaya etkisi olmadığını ileri süren az sayıdaki çalışmadan biri olduğu görülmektedir.

Karasioğlu ve Çam (2008) çalışmalarında, hastanelerin maliyet unsurlarını ve maliyetlerini incelemişlerdir. Çalışmada, hastanelerce verilen sağlık hizmetleri içinde en önemli paya sahip olan hizmetin muayene hizmeti olduğunu belirtilmiş ve birim muayene hizmetlerinin maliyetinin hesaplanmasının önemi vurgulanmış, bu bağlamda bir devlet hastanesinde muayene hizmetlerinin birim maliyeti, faaliyet esasına dayalı olarak hesaplanmaya çalışılmıştır.

Esatoğlu ve diğerleri (2010) çalışmalarında, bir üniversite hastanesinde maliyet analizi gerçekleştirmek amacıyla, hastane esas üretim merkezlerindeki birim maliyetlerini belirlemeye çalışmışlar ve yüksek kapasiteli hastanelerin birim maliyetlerinin bilinmesinin finansal yönetim, sağlık hizmetleri planlaması ve insan kaynakları gibi konularda stratejik karar alma sürecinin etkililiğine önemli katkısı olduğu sonucuna varmışlardır.

Danvers ve Nikolov (2010)'un çalışması dış kaynak kullanımının hastane işletmelerinin kârlılığına etkisi olup olmadığı sorgulamaktadır. Dış kaynak kullanımının maliyetleri azalttığı ve stratejik faydalar sağladığı, bu iki avantajın da birlikte kârlılık performansına etki ettiği belirtilmektedir. Makale, yönetsel dış kaynak kullanımı kararları ve kârlılık arasındaki ilişkileri incelemekte, ABD'de 16 eyalette yapılan uygulamalar sonucunda, konu ile ilgili sonuçların bölgelere göre değişiklik gösterdiği ifade edilmektedir.

Bekçi ve Özal (2010) çalışmalarında, uygulamasına daha çok mamul işletmelerinde rastlanan stratejik maliyetleme yönteminin hizmet işletmesi olan hastanelerde uygulanabilirliğini araştırmışlardır. Modern maliyetleme yöntemlerinden biri olan stratejik maliyet yönetiminin hastanelerde uygulanabilirliği konusunda yapılan bu çalışmaya sonucunda katılımcılar, bu yöntemin uygulanamaz olduğunu düşündüklerini belirtmiş ve halihazırda yönteminde hastane işletmelerinde uygulanmadığı da görülmüştür. Hastane işletmelerinde maliyet konusunda bir yönetim muhasebe aracı olan Maliyet-Hacim-Kâr analizini kullanan Kısakürek ve Biçer (2011) ise çalışmalarında, bir hastanenin radyoloji bölümü MR ünitesinin sabit ve değişken giderleri hesaplanarak MHK analizi yapılmıştır. Böylece hastane işletmesi yöneticilerinin doğru kararlar vermesine yardımcı olacak gelir ve giderler ilgili bilgilerin nasıl üretilebileceği ünite bazında gösterilmeye çalışılmıştır.

Özdemir (2010) Kafkas Üniversitesinde dış kaynak kullanımı ile ilgili temizlikten sorumlu personel üzerinde yürüttüğü çalışmada, üniversitenin kendi olanakları ile temizlik personeli istihdam etmesi durumunda; temizlik malzemesi gideri/personel sağlık gideri/giyim gideri gibi giderleri de kendisinin

karşılacağı, bu durumda hesaplanan ortalama yıllık maliyetin 221.000 TL olacağını; üniversitenin temizlik faaliyetini dış kaynaklardan sağlaması durumunda ise ortalama yıllık maliyetin 135.000 TL olacağını belirtmiştir.. Dış kaynak kullanımının üniversiteye 86.000 TL gibi bir maliyet tasarrufu sağlayacağı açıktır.

Literatürde hastane işletmelerinde dış kaynak kullanımı - maliyet ilişkisini irdeleyen güncel bir çalışma, hastanelerde dış kaynak kullanımı ile sağlanan hizmetlerin ekonomik değerlendirilmesi şeklinde oluşturulmuştur. Ekin, Yanık ve Kıyak (2012)'in çalışmaları kapsamında, dışarıdan sağlanan hizmetlerin hangi maliyetlerle, hangi finansal kaynaktan (genel bütçe, döner sermaye, vakıf vs). temin edildiğini ortaya koymak amacıyla hizmet ihaleleri değerlendirilmiştir. Hastanede dışarıdan satın alınan hizmetlerle, bu hizmetlerin kurum tarafından sağlanması maliyeti karşılaştırılmıştır. Sonuçta ise, hastane yönetiminin dışarıdan satın aldığı hizmetlerde maliyet tasarrufu sağladığı belirlenmiştir.

Seldüz ve Sevim (2012) çalışmalarında, çağdaş maliyet muhasebesi yöntemlerinden olan faaliyete dayalı maliyetleme yöntemi ile hastane işletmelerinde faaliyet haritası oluşturmayı amaçlamışlardır. Hizmet işletmelerinde faaliyetlerin haritalanmasının güç olduğu, sağlık işletmelerinde de çok sayıda faaliyet ve alt faaliyet bulunduğundan bunun karmaşık ve maliyetli olduğu bilinmekte olduğu belirtilmiştir; bu çalışmayla bir sağlık kurumunda tüm güçlüklerle rağmen faaliyet haritalarının oluşturulabileceği gösterilmiştir.

Hastanelerde dış kaynak kullanımını irdeleyen çalışmalara bakıldığında ise aşağıda ele alınan çalışmalara rastlamak mümkündür (*Hensley (1997); Appelbaum, Berg vd. (2001); Roberts (2001); Moschuris ve Kondylis (2006); Augurzy, Scheuer (2007); Yiğit, Tengilimoğlu vd. (2007); Karahan (2009); Mollahaliloğlu ve diğerleri (2009); Hsiao, Pai ve Chiu (2009); Yalçın, Akın ve Şeker (2011); Gözükküçük, Çelik (2012); Akbulut, Terekli ve Yıldırım (2012); Mollahaliloğlu ve diğerleri (2009)*).

Hastanelerde dış kaynak kullanımını irdeleyen ve bu çalışma kapsamına alınan çalışmalar içinde 2000 yılının öncesine dayanan bir çalışma olan Hensley (1997) çalışmasında, uyguladıkları anketin sonuçlarına göre, hastane işletmelerinin özellikle maliyetleri kısmak amacıyla artık çoğunlukla dışa döndükleri, yüksek kapasiteli işletmelerin yaptıkları dış kaynak kullanımı anlaşmalarının oldukça hızla artmakta olduğu belirtilmiştir.

Roberts (2001), çalışmasında dış kaynak kullanımını stratejik yönetim perspektifinden ele almakta ve iyi yönetilen bir süreçle başarıya ulaşacak olan yöntemin aksi takdirde kötü sonuçlar doğuracağını ifade etmektedir. Uygun bir yönetimle sağlık sektöründe dış kaynak kullanımının maliyet kontrolüne yardımcı olacağı ve sürdürülebilir kaliteli hasta bakımı sağlayacağını ileri sürmektedir.

Moschuris ve Kondylis (2006)'in çalışmaları, kamu kesimi hastanelerinde dış kaynak kullanımını Yunanistan örneği ile ele almaktadır. Çalışmanın amacı, Yunanistan'daki kamu kesimi hastanelerindeki dış kaynak kullanımının kapsamını, karar verme sürecini, dış kaynak kullanımının etkilerini ve gelecek trendleri araştırmaktır. Gerçekleştirilen anket uygulaması sonucunda, hastanelerin çok çeşitli faaliyetlerde dış kaynak kullanımına başvurduğu, maliyetlerin azaltılması ve müşteri memnuniyetinin de dış kaynak kullanımı kararlarını etkileyen en önemli faktörler olduğu ortaya konmuştur. Benzer bir çalışma Taiwan'daki hastanelerinin dış kaynak kullanımını belirlemeye yönelik olarak Hsiao, Pai ve Chiu (2009) tarafından yürütülmüştür. Bu çalışmanın Moschuris ve Kondylis (2006) çalışmasından farklı tarafı ise, hastanelerin dış kaynak kullanım durumlarını hastanelerin sahiplik ve akreditasyon seviyeleriyle kıyaslamış olmasıdır. Bir diğer ülke örneği Appelbaum, Berg vd. (2001)'ne ait ABD' deki uygulamaların anlatıldığı çalışmadır. Çalışmada dış kaynaklardan yararlanma, çalışanlar bazında ele alınmıştır. Alman hastane işletmeleri açısından dış kaynak kullanımının ele alındığı çalışmaları Augurzy ve Scheuer (2007), son on yıl içinde Alman hastane sektöründe bilgi teknolojileri, yemek ve temizlik hizmeti gibi çekirdek yetenek olmayan faaliyetlerin dışarıdan bulunması faaliyetinin oldukça yaygınlaştığını vurgulamaktadırlar. Çalışma, Alman sağlık sektöründe dış kaynak kullanımının öngörülebilir geleceği ile ilgili beklentilerin sunulması ile sonuçlandırılmaktadır.

Hastane işletmelerinde dış kaynak kullanımını ve sonuçlarını ele alan Yiğit, Tengilimoğlu vd. (2007) çalışmalarının sonucunda, maliyet ve risk analizine dayanarak makul biçimde uygulanan dış kaynak kullanımının çoğu hastane tarafından kullanılabilecek maliyet azaltıcı bir yöntem olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Karahan (2009) çalışmasında hastanelerde dış kaynak kullanımının verimlilik üzerine etkisini araştırmayı amaçlamıştır. Bu amaç doğrultusunda, 20 hastanede çalışan 85 yönetici üzerinde bir anket uygulanmış ve istatistiki değerlendirmeye tabi tutulan anketler sonucunda hastanelerde dış kaynak kullanımının

maliyetleri düşürmeye yardımcı olduğu, dış kaynak kullanımı ile verimlilik arasında olumlu bir ilişki olduğunun gözlemlendiği belirtilmiştir.

Türk Sağlık Sektöründe dış kaynak kullanımı uygulamalarıyla ilgili en genel değerlendirmeyi içeren çalışmanın ise Mollahaliloğlu ve diğerleri (2009)' ne ait olduğu ifade edilebilir. Çalışmanın amacı Türkiye'de Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin hangi hizmetleri dışarıdan aldığının belirlenmesi ve ikinci olarak da dış kaynaklardan yararlanma nedenlerinin belirlenmesidir. Bu amaç doğrultusunda bir anket uygulaması yapılmıştır. Çalışma sonucunda Türkiye'deki sağlık sektörü dış kaynak kullanımı trendlerini ortaya koyan bulgular ortaya konmuştur.

Türk Sağlık Sisteminde sağlık reformlarının, hastane yöneticilerini kurumsal strateji ve yapılarını değerlendirerek dinamik, gelişen ve rekabetçi bir ortamda taleplere cevap vermek zorunda bıraktığını belirten Yalçın, Akın ve Şeker (2011) çalışmalarında, dış kaynak kullanımının sağlık sektörüne yaptığı katkılar üzerinde durmuş ve bir örnek olay uygulaması ile desteklemişlerdir. Çalışmada, bir kamu hastanesinin dış kaynak kullanımı yöntemiyle radyasyon, onkoloji, spiral tomografi ve MR hizmetleri uygulamaları araştırılmıştır.

Gözüküçük ve Çelik (2012) ise hastanelerde dış kaynak kullanımında karşılaşılan sorunları ele alarak, elde edilen bulgular sonucunda çözüm önerileri sunmayı amaçlamıştır. Çalışmada yer alan ve maliyetlerle ilintili olarak değerlendirilebilecek sorunlar Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ödemeleri geç yapması ve Sağlık Uygulama Tebliği fiyatlarının düşük olması şeklinde ifade edilebilir. Bu sorunlara yönelik çözüm önerileri ise, maliyeti yüksek ve hasta potansiyeli az hizmetler için il bazında tek elden hizmet alınması ve hizmetlerin sonuç bazlı alınması gerektiği şeklindedir.

Akbulut, Terekli ve Yıldırım (2012)'in çalışmasında, sistematik analiz yoluyla Türkiye'deki hastanelerde dış kaynak kullanımı konusunda elde edilen farklı araştırma bulguları karşılaştırılıp bütünleştirilerek, gelecekteki araştırmalara yönelik önerilerde bulunmak hedeflenmiştir. Ele alınan çalışmaların sonuçlarına göre, dış kaynak kullanımının maliyetleri azalttığı, verimliliği ve hizmetlerin kalitesini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç ve Değerlendirme

Dış kaynak kullanımı, her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe faaliyette bulunan hastane işletmelerinde hizmet kalitesini ve verimliliğini artırmak amacıyla her geçen gün yaygınlaşmaktadır. Dış kaynak kullanımı ile temel yeteneği olan tıbbi hizmetlere odaklanabilen hastane işletmeleri, tıbbi hizmetler dışındaki faaliyetlerini dış tedarikçilere yaptırarak maliyet giderlerinde önemli tasarruflar sağlamaktadır. Bununla birlikte, değişen ve gelişen şartlara bağlı olarak artık ileri uzmanlaşmış tıbbi hizmetler için de maliyet etkin bir seçenek durumuna gelmektedir. Diğer bir ifade ile, hastane işletmeleri etkin ve verimli işleyen bir yapıya kavuşmak için tıbbi ve tıbbi olmayan hizmetlerinde dış kaynak kullanımına yönelerek rekabet ve sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından önemli avantajlar elde edebilmektedir. Bu nedenle, sayıları her geçen gün artan hastane işletmelerinin farklı alanlarda yararlanacağı önemli bir araç olan dış kaynak kullanımının avantajları, dezavantajları ve risklerinin değerlendirilmesi açısından yöneticilere önemli görevler düşmektedir. Yöneticilerin bu doğrultuda alacağı her karar hastane işletmelerinin gelecekleri açısından da önem taşımaktadır.

Maliyetlerin kontrol altına alınması, işletmeleri dış kaynak kullanmaya iten en önemli faktörlerdendir. Dış kaynak kullanımı, işletmelerin sabit maliyetlerini değişken maliyete dönüştürebilme olanağı sağlamakta, kaynaklarını faaliyet alanında başka bir alana yönlendirerek rekabet avantajı sağlamasını da beraberinde getirmektedir. Maliyetlerin azaltılması dış kaynak kullanımının işletmeye sağladığı tek fayda olmamakla birlikte, diğer faydaların içinde en önemlisi olarak görülmektedir, bu çalışma kapsamına da dış kaynak kullanımı ve maliyet ilişkisi üzerine yapılmış seçili eserler alınmıştır.

Çalışma kapsamında ele alınan bilimsel makaleler genel olarak değerlendirildiğinde, büyük çoğunluğunun içerdiği ampirik çalışmaların bulgularının dış kaynak kullanımının maliyetleri azaltmakta olduğu sonucuna ulaştığı görülmektedir. Dış kaynak kullanımının maliyetleri azaltmasının sebepleri ise hem işletmelerin

yatırım maliyetlerini azaltması ve hem de finansal kaynaklarının daha verimli kullanılması olarak gösterilebilir.

Bu çalışma ile dış kaynak kullanımının sağlık sektörünün en önemli öğelerinden olan hastane işletmelerinde kullanımının önemine işaret edilmekte ve özellikle maliyetlerle ilişkisi açısından mevcut çalışmaların derlenmesi ile genel bir görünüm bir bakış açısı sağlanmaktadır.

KAYNAKÇA

AKBULUT, Y., G. Terekli ve T. Yıldırım (2012), Outsourcing in Turkish Hospitals: A Systematic Review, Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 11(2), s.25-33

AKYÜREK, Çağdaş Erkan (2013), Türk Sağlık Sisteminde Dış Kaynaklardan Yararlanma Uygulamalarının Yasal Altyapısı, Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 12(2), s.1-23

APPELBAUM, E., Berg, P., vd. (2001), The Effects of Work Restructuring on Low-Wage, Low-Skill Workers in US Hospitals,
<https://www.msu.edu/~bergp/hospital%20workers%20chapter.pdf>
Erişim Tarihi: 15.07.2014

AUGURZKY, B., Scheuer, M. (2007), Outsourcing in the German Hospital Sector, The Service Industries Journal, 27(3), s. 263-277

BEKÇİ, İ., Özal, H. (2010), Stratejik Maliyet Yönetiminin Sağlık Sektöründe Uygulanabilirliğine Yönelik Bir Araştırma, Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi, 2(3), s. 78-97

DANVERS, K., Nikolov, P. (2010), Does Outsourcing affect hospital profitability?, Journal of Health Care Finance, 37(1), s: 13-29

DÖĞÜCÜ, M. Şemsettin ve Ferhat Sayım, (2009), Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı Kocaeli Örneği, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, cilt.3, s.262-275

EKİN, Aslı, A. Yanık ve M. Kıyak (2012), Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Dışardan Satın Alınan Hizmetlerin Ekonomik Değerlendirmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 15(1), s.1-23

ERGİN, Gülpembe ve İsmet Şahin (2005), Dış Kaynaklardan Yararlanma Aracı Olarak Hizmet İhaleleri: T.C. Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Değerlendirmeleri Üzerine Bir Çalışma, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(1), s. 51-70

ESATOĞLU, A. E., Ağırbaş, İ. vd (2010), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde Maliyet Analizi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 63(1), s. 17-27

GÖZÜKÜÇÜK, Muharrem ve Yusuf Çelik (2012), Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Dışarıdan Sağlık Hizmeti Alımı: Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 15(2), s.1-25

GROSSMAN, Gene M. and Elhanan Helpman (2005), Outsourcing in a Global Economy, Review of Economic Studies, 72 (1), p. 135–159

GUİMARÃES, Cristina Machado and José Crespo Carvalho (2011), Outsourcing in the Healthcare Sector-A State-of-the-Art Review, Supply Chain Forum An International Journal,12 (1), p.140-148

GÜÇLÜ, Ali (2013), *Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing) ve Vergilendirilmesi*, Seçkin Yayıncılık, Ankara

GÜNGÖR, Mine (2007), *Dış Kaynak Kullanımı (Outsourcing) : Kahramanmaraş'taki Hastanelerde Bir Alan Araştırması*, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi

HENSLEY, S. (1997), Outsourcing Boom: Survey Shows More Hospitals Turning to Outside Firms for a Broad Range of Services, Modern Healthcare, 27(35), s. 51-62

HSİAO, C., Pai, J., Chiu, H. (2009), The Study on the Outsourcing of Taiwans's Hospitals: a Questionnaire Survey Research, BMC Health Services Research, 9(78), s. 1-9

KARAHAN, Atila (2009), *Dış Kaynak Kullanımının Verimlilik Üzerine Etkisi (Hastane Yöneticileri Üzerine Bir Araştırma)*, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,12(21),s.185-199

KARASİOĞLU, F., Çam, A. V. (2008), Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi: Karaman Devlet Hastanesinde Birim Muayene Maliyetlerinin Hesaplanması, Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi, 1(1), s. 15-24

KAVUNCUBAŞI, Şahin ve Selami Yıldırım (2012), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi, 3. Bakı, Ankara

KISAKÜREK, M. M., Biçer, E. B. (2011), Maliyet Hacim Kâr Analizinin Bir Hastane İşletmesi MR Ünitesinde Uygulanması, Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi, 16(2), s. 281-306

KURDİ, M. K. vd. (2011), Outsourcing in Facilities Management- A Literature Review, Procedia Engineering 20, p. 445 – 457

LYLES, Kevin D.vd (2010), Healthcare Outsourcing Overview: Staying Focused in Uncertain Time, Teaching Hospitals & Academic Medical Centers, American Health Lawyers Association, 7(1), p.1-5

MENCAHEMİ, N., Burkhardt, J., vd. (2007), To Outsource or not to Outsource: Examining the Effects of Outsourcing IT Functions on Financial Performance in Hospitals, Health Care Management Review, 32(1), s. 46-54

MOLLAHALİLOĞLU, Salih vd. (2012), Outsourcing Profile in the Turkish Health Care System, Journal of Health Care Finance 34(4), p. 74-82

MOSCHURİS, S. C., Kondylis, M. N. (2006), Outsourcing in public hospitals: a Greek perspective, Journal of Health Organization and Management, 20(1), S. 4-14

OFLUOĞLU, Gökhan ve Şeyda Doğan (2009), İşletmelerde Dış Kaynaklardan Yararlanma Yönteminin Organizasyon Yapısı ile Çalışma İlişkilerine Etkileri, Kamu-İş 11(1), s.139-165

ÖZDEMİR, H. Ö. (2010), Kamu Kuruluşlarında Dış Kaynaklardan Yararlanma "Outsourcing": Kafkas Üniversitesi Örneği, Akademik Bakış Dergisi, 20, s. 1-13

ROBERTS, Velma (2001), Managing Strategic Outsourcing in the Healthcare Industry, Journal of Healthcare Management, 46 (4), p.239-249

SELDÜZ, H., Sevim, Ş. (2012), Sağlık Kurumlarında Faaliyete Dayalı Maliyet Yönetimi İçin Faaliyet Haritalarının Oluşturulması ve Bir Uygulama, Aksaray Üniversitesi İİBF Dergisi, 4(1), s. 49-71

TUTAR, A., H. İnaç ve Ü. Güner (2006), Dış Kaynak Kullanımının (Outsourcing) Makroekonomik Etkileri, Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi, 7(2), s.279-296

YALÇIN, İ., M. Akın ve M. Şeker (2011), **Kamu Hastanelerinde Dış Kaynak Kullanımı: Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği**, *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*,13 (20), s. 83-92

YİĞİT, V., Tengilimoğlu, D., vd. (2007), Outsourcing and its implications for hospital organizations in Turkey, Journal of Health Care Finance, 33(4), s. 86-92