

**T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI**

**SAĞLIK YÖNETİMİ MESLEĞİNDE VE EĞİTİMİNDE
KARŞILAŞILAN SORUNLAR ÜZERİNE BİR
ARAŞTIRMA**

Yüksek Lisans Tezi

**Hazırlayan
Habibe KAYA**

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Ersin KORKMAZ**

EYLÜL 2024, ERZİNCAN

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Sağlık Yönetimi Mesleğinde ve Eğitiminde Karşılaşılan Sorunlar Üzerine Bir Araştırma adlı **Yüksek Lisans** tezim tarafımda incelenmiştir. Buna göre tezimde bilimsel etik ihlali ve intihal olarak nitelendirilebilecek herhangi bir durum olmadığını taahhüt ederim. Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir biçimde elde edildiğini; aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi beyan ederim.

Habibe KAYA

T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Ana Bilim Adı: Sağlık Yönetimi ABD

Program Adı: Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans

Tez Başlığı: Sağlık Yönetimi Mesleğinde ve Eğitiminde Karşılaşılan Sorunlar Üzerine Bir Araştırma

Yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının a) Giriş, b) Ana bölümler ve c) Sonuç kısımlarından oluşan (Kapak, Ön söz, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) toplam 96 sayfalık kısmına ilişkin 05/09/2024 tarihinde **IThenticate/Turnitin** intihal programından aşağıda belirtilen filtreleme uygulanarak alınmış olan özgünlük raporuna göre tezin benzerlik oranı: %.20' dır.

Filtrelemeye **alıntılar dahil** edilmiştir. Filtrelemede **yedi (7) kelimedenden daha az** örtüşme içeren metin kısımları hariç tutulmuştur.

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez İntihal Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmasının herhangi bir intihal içermediğini, aksinin tespit edilmesi durumunda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini bilgilerinize arz ederim. 20/09/2024

Danışman: Doç. Dr. Ersin KORKMAZ

Öğrenci: Habibe KAYA

KILAVUZA UYGUNLUK

“Sağlık Yönetimi Mesleğinde ve Eğitiminde Karşılaşılan Sorunlar Üzerine Bir Araştırma” başlıklı Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmıştır.

Hazırlayan

Habibe KAYA

Danışman

Doç. Dr. Ersin KORKMAZ



KABUL VE ONAY TUTANAĞI

Doç. Dr. Ersin KORKMAZ danışmanlığında **Habibe KAYA** tarafından hazırlanan “**Sağlık Yönetimi Mesleğinde ve Eğitiminde Karşılaşılan Sorunlar Üzerine Bir Araştırma**” adlı çalışma jürimiz tarafında Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü **Sağlık Yönetimi** Dalı’nda **Yüksek Lisans** Tezi olarak kabul edilmiştir.

20/09/2024

JÜRİ

Danışman:	Doç. Dr. Ersin KORKMAZ	İmza
Üye:	Doç. Dr. Turgut KARABULUT	İmza
Üye:	Doç. Dr. Ahmet İLHAN	İmza

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulu'nun /.... /..... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

.... /.... /.....

Prof. Dr. Necdet TOZLU

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

İnsanların hayatlarını devam ettirmesine ve yaşam kalitesini artmasına olanak sağlayan sağlık sektörü büyük bir endüstriye sahiptir. Bu sektörün büyük ve karmaşık olmasının yanı sıra sürekli gelişim ve değişim içerisinde olduğunu söylemek mümkündür. Bu nedenle bu sektörlerin yönetilmesi önemli bir konu olmaktadır. Sağlık kurum ve kuruluşlarını yönetebilecek yönetim becerisine sahip kişilerin varlığına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ihtiyaç doğrultusunda sağlık yönetimi mesleği ve sağlık yönetimi eğitimi ortaya çıkmıştır. Yukarıdaki ifadeler doğrultusunda sağlık yönetimi mesleği ve sağlık yönetiminde karşılaşılan sorunlarının neler olduğunun belirlenmesinin sağlık yönetimi için önemli olduğu düşünülmüş ve çalışma bu doğrultuda yapılmıştır.

Bu çalışmanın tamamlanmasında, yoğun akademik çalışmaları arasında zamanlarını ayırarak bana yol gösteren danışman hocam sayın Doç. Dr. Ersin KORKMAZ' a, jürilerim Doç. Dr. Turgut KARABULUT' a ve Doç. Dr. Ahmet İLHAN' a desteklerinden ve katkılarından dolayı teşekkürlerimi sunarım. Yüksek Lisans çalışmamda bana her konuda desteklerini esirgemeyen Sayın Öğr. Gör. Serkan ŞAHİN' e ve Dr. Öğr. Üyesi Alparslan OĞUZ' a ilgi ve desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

Yüksek lisans çalışmamda bana her konuda desteklerini esirgemeyen sevgili aileme ve arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

Habibe KAYA, Erzincan,2024

SAĞLIK YÖNETİMİ MESLEĞİNDE VE EĞİTİMİNDE KARŞILAŞILAN SORUNLAR ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Habibe KAYA

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi,

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Yüksek Lisans Tezi, Eylül 2024

ÖZET

Bu araştırma, sağlık yönetimi mesleği ve eğitiminde mevcut sorunları tespit etmeyi ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri geliştirmeyi amaçlamaktadır. Araştırmanın veri toplama aşamasında, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi bölümü öğrencilerine anket formu, bölüm öğretim üyelerine ise yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulanmıştır. Elde edilen nicel veriler t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve korelasyon analizi ile değerlendirilirken, nitel veriler DEMATEL yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda sağlık yönetimi bölümlerinde karşılaşılan başlıca sorunların; alan dışı akademisyenlerin yoğunluğu, öğrencilerin bölümü bilinçsiz tercihi, standardize edilmiş bir eğitim müfredatının eksikliği, mezunların istihdam sorunları ve mesleğin yeterince sahiplenilmemesi olduğu anlaşılmıştır. Bu sorunlar, eğitim, politika ve mesleğin sahiplenilmemesi olmak üzere üç ana kategori altında sınıflandırılmıştır. Analiz sonuçları, öğrencilerin yaş, cinsiyet ve sınıf değişkenleri ile eğitim sürecinde karşılaşılan sorunlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir. Ayrıca, tespit edilen sorunların önem derecesi sıralaması eğitim, politika ve mesleğin sahiplenilmemesi şeklinde belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Yönetimi, Sağlık Yönetimi Mesleği, Sağlık Yönetimi Eğitimi

A STUDY ON PROBLEMS ENCOUNTERED IN THE PROFESSION OF HEALTH MANAGEMENT AND EDUCATION IN TURKEY: RESEARCH

Habibe KAYA

Erzincan Binali Yıldırım University,

Graduate School of Social Sciences

Master's Thesis, September 2024

ABSTRACT

This research aims to identify current issues in the field of health management and education and to develop solutions for these problems. During the data collection phase of the study, a questionnaire was administered to students in the Health Management department at Erzincan Binali Yıldırım University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, while a semi-structured interview form was used for the department faculty members. The quantitative data obtained were analyzed using t-tests, one-way analysis of variance (ANOVA), and correlation analysis, while the qualitative data were analyzed using the DEMATEL method. The results of the research indicate that the main issues faced in health management departments include the prevalence of academics from unrelated fields, students' unconscious choice of the department, the lack of a standardized educational curriculum, employment issues for graduates, and insufficient ownership of the profession. These problems were classified into three main categories: education, policy, and ownership of the profession. Analysis results show statistically significant differences between students' age, gender, and class variables in relation to the issues encountered during the educational process. Additionally, the ranking of the importance of the identified problems was determined as education, policy, and ownership of the profession.

Keywords: Healthcare Management, Healthcare Management Profession, Healthcare Management Education

İÇİNDEKİLER
SAĞLIK YÖNETİMİ MESLEĞİNDE VE EĞİTİMİNDE KARŞILAŞILAN
SORUNLAR ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK	i
TEZ ÖZGÜNLÜK SAYFASI.....	ii
KILAVUZA UYGUNLUK	iii
KABUL VE ONAY TUTANAĞI	iv
ÖNSÖZ	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	xii
TABLolar LİSTESİ	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xvi
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK YÖNETİMİ VE SAĞLIK YÖNETİMİ MESLEĞİ

1.1.Yönetim Kavramı.....	3
1.1.1. Yönetim Fonksiyonları.....	4
1.2.Sağlık Kavramı	6
1.3.Sağlık Hizmetleri	6
1.3.1.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	7
1.3.2.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	9
1.3.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	9
1.3.2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	10

1.3.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	10
1.3.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	11
1.4. Sağlık Yönetimi	12
1.5. Sağlık Yönetimi Mesleği	14
1.5.1. Sağlık Yöneticisi	16

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK YÖNETİMİ EĞİTİMİ

2.1. Sağlık Yönetimi Eğitim	23
2.2. Sağlık Yönetimi Eğitiminin Tarihsel Gelişimi	25
2.2.1. Dünya’da Sağlık Yönetimi Eğitiminin Tarihsel Gelişimi.....	26
2.2.2. Türkiye’de Sağlık Yönetimi Eğitiminin Tarihsel Gelişimi.....	27
2.3. Türkiye’de Sağlık Yönetimi Eğitimi	28
2.3.1. Sağlık Yönetimi Ön Lisans Bölümü	31
2.3.2. Sağlık Yönetimi Lisans Bölümü	32
2.3.3. Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans ve Doktora Eğitimi.....	35

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK YÖNETİMİ MESLEĞİNDE VE EĞİTİMİNDE KARŞILAŞILAN SORUNLAR ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

3.1. Literatür İncelemesi	37
3.2. Araştırmanın Amacı.....	42
3.3. Araştırmanın Kapsamı ve Yöntemi	43
3.4. Araştırmanın Dayandığı Hipotezler	44
3.5. Güvenilirlik Analizi ve Verilerin Normallik Testi.....	47
3.6. Araştırma Bulgularının Analizi.....	51
3.6.1. Demografik Bilgilere İlişkin Bulgular	51

3.6.2. Sağlık Yönetimi Mesleğinde ve Eğitiminde Karşılaşılan Sorunlara İlişkin Bulgular.....	52
3.6.2.1. Eğitim Kaynaklı Sorunlara ilişkin Bulgular.....	52
3.6.2.1.1. Eğitici Kaynaklı Sorunlara İlişkin Bulgular.....	52
3.6.2.1.2. Öğrenci Kaynaklı Sorunlara İlişkin Bulgular.....	53
3.6.2.1.3. Eğitim Süreci Kaynaklı Sorunlara İlişkin Bulgular	54
3.6.2.2. Politika Kaynaklı Sorunlara ilişkin Bulgular	55
3.6.2.2.1. İstihdam Kaynaklı Sorunlara İlişkin Bulgular.....	55
3.6.2.2.2. Eğitim Politikası Kaynaklı Sorunlara İlişkin Bulgular.....	56
3.6.2.2.3. Politikaların Sürdürülebilirliği Kaynaklı Sorunlara İlişkin Bulgular	57
3.6.2.3. Mesleğin Sahiplenilmemesi Kaynaklı Sorunlara ilişkin Bulgular	58
3.6.2.3.1. Akademisyenlerin Sahiplenmemesi Kaynaklı Sorunlara İlişkin Bulgular	58
3.6.2.3.2. Kamu Kurumlarının Sahiplenmemesi Kaynaklı Sorunlara İlişkin Bulgular	59
3.6.2.3.3. Mesleki Örgüt Yetersizliği Kaynaklı Sorunlara İlişkin Bulgular.....	59
3.6.2.3.4. Zayıf Lobicilik Kaynaklı Sorunlara İlişkin Bulgular	60
3.6.3. T- Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizine İlişkin Bulgular	61
3.6.4. Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular	74
3.6.5. Dematel Yöntemi Analizine İlişkin Bulgular	78
3.6.5.1. Dematel Yöntemi ile Değişkenlerin Ağırlıklarına İlişkin Bulgular	81
3.6.5.1.1. Eğitim ile İlgili Sorunlara İlişkin Bulgular	81
3.6.5.1.2. Politika ile İlgili Sorunlara İlişkin Bulgular	83
3.6.3.1.3. Mesleğin Sahiplenilmemesi ile İlgili Sorunlara İlişkin Bulgular.....	86
3.6.3.1.4. Sağlık Yönetimi Bölümünde Karşılaşılan Tüm Sorunlara İlişkin Bulgular	89

SONUÇ VE ÖNERİLER	94
KAYNAKÇA.....	97
EKLER	104
ÖZGEÇMİŞ	120



SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

SYE:	Sağlık Yönetimi Eğitimi
ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü
YKS:	Yüksek Kurumlar Sınavı
CAHME:	Sağlık Yönetimi Eğitimi Akreditasyon Komisyonu
KPSS:	Kamu Personel Seçme Sınavı
ALES:	Akademik Lisansüstü Eğitim Sınavı
SPSS:	Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Paket
VD.:	ve diğerleri
USES:	Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemi
AUPHA:	Sağlık Yönetimi Alanında Üniversite Programları Derneği
İİBF:	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
USES:	Uzaktan Sağlık Eğitimi Sistemi
SAGEM:	Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Müdürlüğü
SDP:	Sağlıkta Dönüşüm Programı

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1.1: Klasik Yönetim Anlayışı ile Çağdaş Yönetim Anlayışının Karşılaştırılması.....	15
Tablo 2.1: Dünya’da Sağlık Yönetimi Eğitiminin Tarihsel Gelişimi.....	27
Tablo 2.2: Türkiye’de Sağlık Yönetimi Eğitiminin Tarihsel Gelişimi.....	28
Tablo 2.3: Sağlık Yönetiminde Kullanılan Öğrenme Düzeylerine İlişkin Yöntem ve Teknikler.....	29
Tablo 3.1: Güvenilirlik Analizi.....	48
Tablo 3.2: Normallik Testi.....	48
Tablo 3.3: Anketi Cevaplayan Öğrencilere Ait Demografik Veriler.....	51
Tablo 3.4: Eğitici Kaynaklı Sorunlara İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	52
Tablo 3.5: Öğrenci Kaynaklı Sorunlara İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	53
Tablo 3.6: Eğitim Süreci Kaynaklı Sorunlara İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	54
Tablo 3.7: İstihdamı Kaynaklı Sorunlara İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	55
Tablo 3.8: Eğitim Politikası Kaynaklı Sorunlara İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	56
Tablo 3.9: Politikaların Sürdürülebilirliği Kaynaklı Sorunlara İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	57
Tablo 3.10: Akademisyenlerin Sahiplenmemesi Kaynaklı Sorunlara İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	58
Tablo 3.11: Kamu Kurumlarının Sahiplenmemesi Kaynaklı Sorunlara İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	59
Tablo 3.12: Mesleki Örgüt Yetersizliği Kaynaklı Sorunlara İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	60

Tablo 3.13: Zayıf Lobcilik Kaynaklı Sorunlara İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri.....	61
Tablo 3.14: Cinsiyet Değişkeni ve Eğitim Kaynaklı Sorunlar T-Testi Sonuçları.....	62
Tablo 3.15: Yaş Değişkeni ve Eğitim Kaynaklı Sorunlar Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	63
Tablo 3.16: Sınıf Değişkeni ve Eğitim Kaynaklı Sorunlar Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	65
Tablo 3.17: Cinsiyet Değişkeni ve Politika Kaynaklı Sorunlar T-Testi Sonuçları.....	66
Tablo 3.18: Yaş Değişkeni ve Politika Kaynaklı Sorunlar Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	67
Tablo 3.19: Sınıf Değişkeni ve Politika Kaynaklı Sorunlar Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	69
Tablo 3.20: Cinsiyet Değişkeni ve Mesleğin Sahiplenilmemesi Kaynaklı Sorunlar T-Testi Sonuçları.....	71
Tablo 3.21: Yaş Değişkeni ve Mesleğin Sahiplenilmemesi Kaynaklı Sorunlar Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	72
Tablo 3.22: Sınıf Değişkeni ve Mesleğin Sahiplenilmemesi Kaynaklı Sorunlar Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	73
Tablo 3.23: Korelasyon Analizi.....	75
Tablo 3.24: Hipotezlere İlişkin Kabul-Red Tablosu.....	76
Tablo 3.25: İkili Karşılaştırma Ölçeği.....	79
Tablo 3.26: Eğitim ile İlgili Sorunların Doğrudan İlişki Matrisi.....	81
Tablo 3.27: Eğitim ile İlgili Sorunların Normalize Doğrudan İlişki Matrisi.....	82
Tablo 3.28: Eğitim ile İlgili Sorunların Toplam İlişki Matrisi.....	82
Tablo 3.29: Eğitim ile İlgili Sorunların Etkileyen ve Etkilenen Değişkenleri.....	82

Tablo 3.30: Eğitim ile İlgili Sorunların Değişken Ağırlıkları.....	83
Tablo 3.31: Politika ile İlgili Sorunların Doğrudan İlişki Matrisi.....	84
Tablo 3.32: Politika ile İlgili Sorunların Normalize Doğrudan İlişki Matrisi.....	84
Tablo 3.33: Politika ile İlgili Sorunların Toplam İlişki Matrisi.....	84
Tablo 3.34: Politika ile İlgili Sorunların Etkileyen ve Etkilenen Değişkenleri.....	85
Tablo 3.35: Politika ile İlgili Sorunların Değişken Ağırlıkları.....	86
Tablo 3.36: Mesleğin Sahiplenilmemesi ile İlgili Sorunların Doğrudan İlişki Matrisi.....	86
Tablo 3.37: Mesleğin Sahiplenilmemesi ile İlgili Sorunların Normalize Doğrudan İlişki Matrisi.....	87
Tablo 3.38: Mesleğin Sahiplenilmemesi ile İlgili Sorunların Toplam İlişki Matrisi.....	87
Tablo 3.39: Mesleğin Sahiplenilmemesi ile İlgili Sorunların Etkileyen ve Etkilenen Değişkenleri.....	87
Tablo 3.40: Mesleğin Sahiplenilmemesi ile İlgili Sorunların Değişken Ağırlıkları.....	88
Tablo 3.41: Genel Sorunların Doğrudan İlişki Matrisi.....	89
Tablo 3.42: Genel Sorunların Normalize Doğrudan İlişki Matrisi.....	90
Tablo 3.43: Genel Sorunların Toplam İlişki Matrisi.....	90
Tablo 3.44: Genel Sorunların Etkileyen ve Etkilenen Değişkenleri.....	90
Tablo 3.45: Genel Sorunların Değişken Ağırlıkları.....	91
Tablo3.46: Dematel Entegrasyonu Öncesi ve Dematel Entegrasyonu Sonrası Ortalamalar.....	92
Tablo3.47: Dematel Entegrasyonu Öncesi ve Dematel Entegrasyonu Sonrası Genel Ortalamalar.....	93

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1: Yönetim Fonksiyonları.....	4
Şekil 1.2: Denetim Süreci.....	5
Şekil 3.1: Dematel Yöntemi Çözümünde Takip Edilecek Adımlar.....	79
Şekil 3.2: Eğitim ile İlgili Sorunların Etki Diyagramı.....	83
Şekil 3.3: Politika ile İlgili Sorunların Etki Diyagramı.....	85
Şekil 3.4: Mesleğin Sahiplenilmemesi ile İlgili Etki Diyagramı.....	88
Şekil 3.5: Genel Sorunların Etki Diyagramı.....	91

GİRİŞ

Sağlık sektörü, dinamik yapısı ve multidisipliner karakteri ile günümüzün en kompleks endüstrilerinden biri olarak öne çıkmaktadır. Bu sektörün sürekli evrimleşen doğası; ileri teknolojilerin entegrasyonunu, yetkin insan kaynağının temini ve yönetimini, sektörel dinamiklere hâkimiyeti ve paydaşlarla etkin iletişimi zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda, sağlık kuruluşlarının yönetiminde profesyonel bir yaklaşımın gerekliliği gün geçtikçe daha belirgin hale gelmektedir. Türkiye özelinde, sağlık sektöründe gözlemlenen iletişim kopuklukları, motivasyon eksikliği, iş yükü dengesizlikleri, hasta ve çalışan memnuniyetsizliği, stratejik yönetim zafiyetleri ve sektörel adaptasyon sorunları, nitelikli yönetici kadrosunun yetersizliğine işaret etmektedir. Bu problemlerin çözümü, sektörün verimliliğinin artırılması açısından kritik öneme sahiptir. Dolayısıyla, sağlık kurumlarının etkin ve verimli bir şekilde yönetilebilmesi için, sektörel uzmanlığa, işletme yetkinliğine ve çağdaş yönetim anlayışına sahip profesyonellerin yetiştirilmesi önem taşımaktadır.

Günümüzde yönetim biliminin bir alt disiplini olarak kabul gören sağlık yönetimi, birey ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi amacıyla maddi ve beşeri kaynakların planlanması, örgütlenmesi, yönlendirilmesi ve denetlenmesi süreçlerini kapsamaktadır. Bu bağlamda, sağlık kurumları yönetiminin odak noktasında insan faktörü yer almaktadır. Buna paralel olarak, sağlık kurumlarında insan odaklı, etkin iletişime dayalı, çalışan gelişimine ve motivasyonuna önem veren bir yönetim anlayışının tesis edilmesi gerekmektedir. Bu ihtiyacın karşılanmasında sağlık yöneticilerine önemli sorumluluklar düşmektedir.

Sağlık yönetimi mesleğinin ve eğitiminin önemi, 20. yüzyılın başlarında global ölçekte tanınmaya başlanmıştır. Özellikle 1910'lu yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde, sağlık kurumları yönetiminin özgün bir uzmanlık alanı olduğu kabul edilmiş ve bu alanda görev alacak profesyonellerin spesifik eğitim programlarından geçmeleri gerektiği anlaşılmıştır. Bu farkındalık, 1926 yılından itibaren sağlık yönetimi lisans programlarının açılmasına öncülük etmiştir. Bu gelişme, hastane ve sağlık hizmetleri yöneticilerinin rol, görev ve sorumluluklarında paradigma değişimlerine zemin hazırlamıştır. Bu gelişmeler ışığında Türkiye'de de son yıllarda sağlık yönetimi eğitimi veren programların sayısında kayda değer bir artış gözlemlenmektedir. Bununla birlikte,

bu programların müfredatlarında ve mezunların istihdam olanaklarında çeşitli eksiklikler ve sorunlar mevcuttur. Bu sorunlar arasında; Sağlık Bakanlığı'nın yeterli istihdam olanağı sağlayamaması, mesleğin toplumsal tanınırlığının düşük olması, eğitim kadrolarında alan dışı akademisyenlerin varlığı ve programların nitelikten ziyade niceliğe odaklanan bir yaklaşımla yaygınlaştırılması sayılabilir. Bu faktörler, sağlık yönetimi öğrencilerinin mesleki geleceklerine dair kaygılarını artırmakta ve eğitime olan motivasyonlarını olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Bu çerçevede, mevcut çalışma, Türkiye'de sağlık yönetimi mesleği ve eğitiminde karşılaşılan sorunları sistematik bir şekilde analiz etmeyi ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri geliştirmeyi amaçlamaktadır. Çalışma, üç ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, sağlık yönetimi ve sağlık yönetimi mesleği kavramsal çerçevede ele alınmakta; yönetim, sağlık, sağlık hizmetleri, meslek, sağlık yönetimi mesleği ve sağlık yöneticisi kavramları detaylı bir şekilde incelenmektedir. İkinci bölümde, sağlık yönetimi eğitiminin tarihsel gelişimi global ve ulusal perspektiften ele alınmakta; lisans, ön lisans, yüksek lisans ve doktora düzeyindeki eğitim programları analiz edilmektedir. Son olarak üçüncü bölüm ise, çalışmanın uygulama kısmını oluşturmakta olup, sağlık yönetimi mesleği ve eğitimi ile ilgili sorunların tespitine yönelik olarak sağlık yönetimi öğrencilerine uygulanan anket çalışmasının sonuçlarını ve akademisyenlerle yapılan görüşmeleri içermektedir. Bu bölümde ayrıca, literatür taraması, araştırmanın metodolojisi, güvenilirlik analizi, normallik testi ve bulguların analizi ve değerlendirilmesi yer almaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK YÖNETİMİ VE SAĞLIK YÖNETİMİ MESLEĞİ

Bu bölümde sağlık yönetimi ve sağlık yönetimi mesleği ile ilgili temel kavramlar incelenmiştir. Bununla birlikte yönetim, sağlık, sağlık hizmetleri, meslek, sağlık yönetimi, sağlık yöneticisi ve sağlık yönetimi mesleği üzerinde durulmuştur.

1.1. Yönetim Kavramı

İnsanlar yaşamlarının devamlılığını sağlamak ve belirli amaçlara ulaşmak için topluluklar halinde birçok işi yapmak durumundadırlar. Bu toplulukların koordineli bir şekilde faaliyetlerini yerine getirebilmesinde yönetim olgusu önem taşımaktadır. (Çimen, 2010, s. 136). Bu öneme binaen yönetim kavramının insanlık tarihi ile ortaya çıktığını ve sosyal bir ihtiyaç olduğunu söylemek mümkündür (Eryılmaz, 2002, s. 1). Yönetim günümüze kadar farklı ihtiyaçlar ve gelişmeler ışığında farklı bakış açılarıyla ele alınmış ve birçok farklı tanımlanmıştır (Şeremet & Uçakkuş, 2023, s. 61). Literatürde kabul gören en genel tanımıyla yönetim, sınırsız ihtiyaçları karşılamak amacıyla kaynakların etkin ve verimli bir şekilde planlanması, faaliyetlerin örgütlenmeli ve koordineli bir şekilde yürütülmesi, belirlenen amaçlara ulaşılıp ulaşılmadığının kontrolünün yapılmasını kapsayan bir süreçtir (Arslan, 2022, s. 4) . Bir başka ifade ile yönetim, tüm kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması sanatıdır (Kıral & Deliveli, 2019, s. 161). Yönetim kavramının tanımından da görüleceği üzere yönetimin merkezinde insan olduğu ve süreç odaklı bir yapının gerekliliği söz konusudur. Ayrıca planlama, örgütlenme, yürütme, liderlik ve kontrol fonksiyonlarının yönetim sürecinin temel yapı taşları olduğu görülmektedir (Eren, 2003, s. 3).

1.1.1. Yönetim Fonksiyonları

İşletmenin temel fonksiyonları olarak da ifade edilen Yönetim fonksiyonları şekil 1.1’de de görüldüğü üzere planlama, örgütleme, yürütme, koordinasyon ve denetleme şeklinde sıralanmaktadır.

Şekil 1.1: Yönetim Fonksiyonları



Kaynak: Uğur Arslan (2022, ss. 5-6)

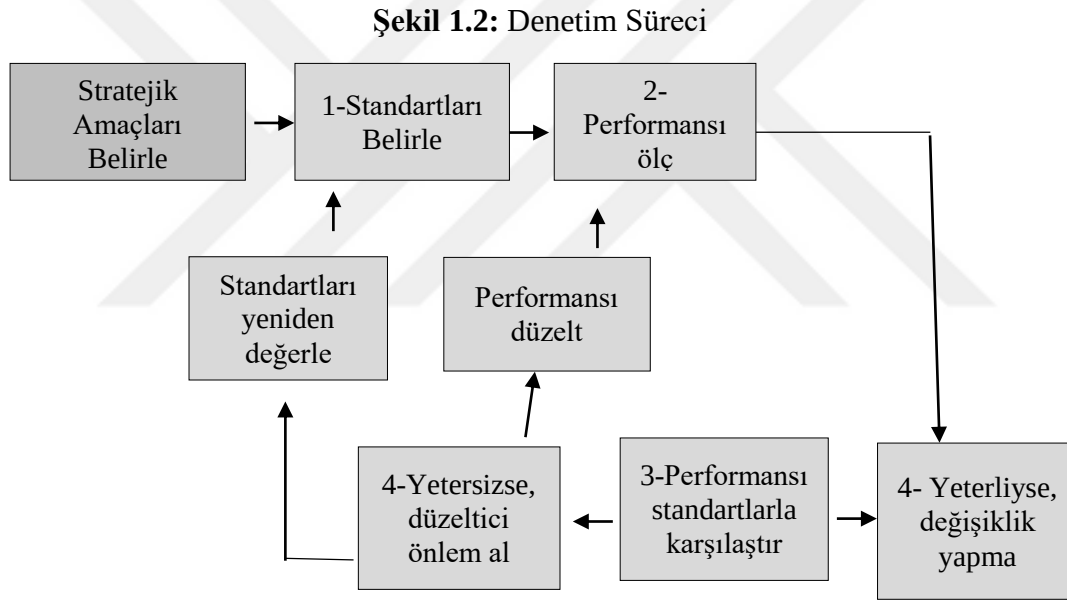
Planlama, yönetim sürecinin en önemli aşamasını ve ilk basamağını oluşturan bölümdür. Bu aşamada yönetici, işletme faaliyetlerini yürütürken neyin nasıl yapılacağını, kim tarafından ne zaman uygulanacağını belirler (Çamcı, 2007, s. 8). Planlama yapılırken işletme faaliyetlerinde iç kaynaklı veya dış kaynaklı etkenler göz önünde bulundurulmalı ve esnek bir yapıda hazırlanmalıdır (Aktepe, 2006, s. 112).

Örgütleme, planlanan amaçların gerçekleştirilmesi için yer, araç ve personellerin sağlanması ve bunların belirli bir sistem doğrultusunda bir araya getirilmesi aşamasıdır. Bu aşamada kişiler ve bölümler arasında görev ve yetki paylaşımı yapılmaktadır (Keskin, 2020, s. 83). Örgütleme formal ve informal olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. Formal örgütleme, işletme tarafından belirlenen kurallardan oluşmakla birlikte işletme çalışanlarının görev tanımlarının belirlenmesi ve departmanlar arasındaki ilişkilerin düzenlenmesinden sorumlu olan örgütleme biçimidir. Informal örgütleme ise işletme çalışanlarının kendi işlerinde oluşturduğu örgütleme şeklidir. İşletme içerisinde formal ve informal örgütlemenin uyumlu bir şekilde ve belirli bir sistem dahilinde yürütülmesi işletmenin amaç ve hedeflerine ulaşması noktasında önemli bir faktördür (Kandemir, 2015, s. 9).

Yönlendirme, yön verme, emir-komuta gibi isimlerle de anılan yürütme kavramı işletmelerin hedeflerine ulaşabilmeleri noktasında çalışanların bilgi ve becerilerini tam olarak ortaya koyduğu aşamadır (Keskin, 2020, s. 93). Yönetim fonksiyonları arasında en dinamik fonksiyon olarak değerlendirilen yürütme aşamasında yöneticinin tüm çalışanları motive etmesi ve işletmeye karşı aidiyet duygularını arttırması büyük önem taşımaktadır. (Arslan, 2022, s. 6).

Koordinasyon (eşgüdümleme), belirlenen bir amaç doğrultusunda kişilerin bir uyum içerisinde çalışmasını ifade etmektedir. Koordinasyon sürecinde kaynakların toplanması ve bilgi ve donanımların birleştirilmesi gibi iki önemli aşama söz konusudur (Açıl, 2020, s. 53). Her iki aşamanın da eş güdüm içerisinde yürütülmesi yöneticilerin başarılı bir şekilde işletme faaliyetlerini yerine getirmesinde büyük önem taşımaktadır.

Yönetim fonksiyonlarının son aşaması denetleme aşamasıdır. Kontrol aşaması olarak da ifade edilen bu aşama planlanan amaç ve hedeflere ulaşıp ulaşılmadığının tespit edildiği süreçtir. Bir başka ifade ile yönetim fonksiyonlarının bir bütün olarak ne kadar etkin ve verimli çalıştığının ve bu süreçteki eksikliklerin neler olduğunun ortaya konulduğu aşamadır. Bu fonksiyonun işletme içerisindeki süreci aşağıda Şekil 1.2’de verilmiştir (Bovee, vd., 2007, s. 244):



Kaynak: Bovee Thill Mescon, vd. (2007, s. 244)

Şekil 1.2’de görüldüğü üzere, denetim süreci kurumlarda stratejik amaçların belirlenmesi ile başlamaktadır. Bu amaçlar çerçevesinde yöneticiler işletme faaliyetlerinin yürütülmesi gereken standartları belirlemekte ve bu standartlar doğrultusunda kurum performansını ölçmektedir. Ortaya çıkan fiili durum sonuçları ile olması gerekeni ön gören standartlar arasında olumlu veya olumsuz bir farklılık olması halinde yönetici performansı düzeltme veya standartları yeniden değerlendirme şeklinde çeşitli düzeltici önlemlerden birini faaliyete geçirmektedir (Bovee, vd., 2007, s. 244). Değişen ve gelişen teknoloji sonucunda sağlık kurumları ve sağlık hizmetlerinde

karmaşıklıklar meydana gelmiştir. Bu karmaşıklıkların en aza indirilmesi için sağlık kuruluşları yönetim kavramını sağlığa uyarlamışlardır (Fişek, 1983, s. 9).

1.2.Sağlık Kavramı

İnsanoğlunun var oluşundan bu yana sürekli değişim ve gelişim göstererek önemini koruyan sağlık kavramı, farklı inanışlar ve demografik yapılar ile ele alınmış ve birçok tanımı yapılmıştır (Yazan, 2015, s. 5). Sağlık alanında en kabul gören tanım Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO) tarafından yapılmıştır. WHO'ya göre *“Sağlık, kişinin sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil beden, ruhen ve sosyal açıdan da tam bir iyilik halinde olması”* şeklinde tanımlanmaktadır (Yorulmaz & Erdem, 2021, s. 59). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında 224 Sayılı Kanun'un 2. maddesinde yer alan tanıma göre ise *“sağlık, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir”* şeklinde ifade edilmektedir (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961). Sağlık ile ilgili verilen her iki tanımdan hareketle sağlığın tek bir birleşeninin olmadığı toplumsal faaliyetlerden de etkilendiğini görülmektedir. Bu kapsamda bireylerin veya toplumların sağlıklı olabilmesi fiziksel, ruhsal ve toplumsal açıdan kendilerini iyi hissetmelerine bağlıdır (Yorulmaz & Erdem, 2021, s. 59).

1.3.Sağlık Hizmetleri

Bireylerin beden, ruhen ve sosyal açıdan iyi bir hale gelmeleri amacı ile sağlık çalışanları tarafından ihtiyaç anında ve ertelenmeden verilmesi gereken sağlık hizmetleri, ilk zamanlarda sadece iyileştirme anlamına gelirken, günümüzde iyileştirme, koruma ve rehabilite etme özelliklerini de taşımaya başlamıştır (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2015, s. 15). Bu özelliklere ek olarak sağlık hizmetleri kamu ve halk arasında bir bağ oluşturma amacı taşımaktadır (Chanda, 2002, s. 162). Sağlık hizmeti, insan sağlığını korumaya özen göstererek gelişimine olanak sağlayan; insanın hastalık haline düşmesi durumunda önleyici ya da erken tanı farkındalığı ile tedavi edilmesini sağlayan; sakatlanma gibi insan hayatını aksatacak durumlarda rehabilite edici hizmetler sunulmasını sağlayarak insan yaşantısını uzun süre sağlıklı devam ettirilmesi için yapılan çalışmalar bütünüdür şeklinde tanımlanmaktadır (Tengilimoğlu, vd., 2021, s. 72). Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında yönergede ise *“sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel*

ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir” şeklinde ifade edilmiştir (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961).

1.3.1.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Kamu ve özel sektör aracılığıyla sunulan sağlık hizmetleri, kendilerine özgü özellikleri ile birçok yönüyle diğer hizmetlerden ayrılmaktadır. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerinin yapısına özgün özellikler genel olarak aşağıda açıklanmıştır (Odabaşı, 2001, ss. 27-29).

- **Tüketimi Rastlantısaldır:** Ana faktörü insan olan sağlık hizmetlerinde bireye uygulanacak hizmetin maliyetinin veya boyutunun büyüklüğünün bilinmemesi, sağlık hizmeti talebinin ne zaman ortaya çıkacağının belli olmaması ve hastanın nasıl ve nereden hizmet alacağının belirsiz olması gibi faktörler sağlık hizmetlerinin tüketimini rastlantısal kılmaktadır. Belirli bir hastalığı olmayan bir kişinin bir anda ciddi bir hastalık sonucu büyük boyutta hizmet alması bu duruma örnek olarak verilebilir (Tengilimoğlu, vd., 2021, s. 75).
- **İkamesi yoktur:** Bir ürünün ya da hizmetin fiyatının artması veya kalitesinin azalması halinde tüketici kitle ürünü ya da hizmeti değiştirerek farklı ürünler tercih edebilir ve farklı hizmetler kullanabilir. Bu durum diğer ürün veya hizmetin yerine yeni ürün ve hizmetin ikame ettirilmesinin kolay olduğunu göstermektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinde geçerli değildir. Sağlık hizmetlerinde hasta, sağlığını kaybetmemek için hekimin uygulamak istediği tedaviyi veya hizmeti kabul etmelidir. Bu hizmet veya tedavinin yerine başka bir tedavi ve hizmet ikame edilemez (Tengilimoğlu, vd., 2021, s. 75).
- **Sağlık hizmetlerinin ertelenemez olması:** Kişilerin sağlık kaybının ne zaman, nerede olacağının bilinmemesi ve sağlık hizmetinin ertelenmesi kalıcı hastalık, sakatlık ya da ölüm gibi ciddi sonuçlara yol açabilmektedir (Yorulmaz M. , 2015, s. 10). Bu nedenle kişinin ihtiyaç duyduğu anda herhangi bir erteleme olmaksızın sağlık hizmetinden yararlanması gerekmektedir (Devebakan, 2007, s. 61).
- **Hizmetin boyutuna ve kapsamına hekimin karar vermesi:** Tüketiciler, genellikle alacakları hizmet veya malların kaliteleri ve almış oldukları hizmetlerin tür ve kapsam açısından uygunlukları hakkında önceden bilgi sahibi olmalarına

rağmen sağlık hizmetlerinde böyle bir durum söz konusu değildir (Tengilimoğlu & Çıtak, 2003, s. 39). Sağlık hizmetlerinde hizmeti alan kişi ile hekim arasında bilgi asimetrisi mevcuttur. Bu ifade ile hasta; hangi hekimlere bakılacağı, tedavi için hangi testler yapılacağı ya da hangi yöntemler uygulanacağı konusunda belirsizlik yaşamaktadır. Bu durumda hizmeti alan kişi hekime tam güvenmeli ve hekimin istediği tedavi uygulanmalıdır (Tengilimoğlu, vd., 2021, s. 76).

- **Çıktı alınması zordur ve çıktı paraya çevrilemez:** Verilen bir sağlık hizmetinin amacına ulaşp ulaşmadığının belirlenmesi bazen uzun bir zaman dilimine yayılabilmektedir. Bir başka ifade ile bir anda hastanın iyileştiğini söylemek ya da yapılan tedavinin olumlu sonuçlar verdiğini söylemek mümkün değildir. Bu durum sağlık hizmetlerinde somut olarak bir çıktının alınmasının zor olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte insan sağlığı söz konusu olduğunda, sağlık hizmetlerine fiyat biçilmesi mümkün değildir. Dolayısıyla sağlık hizmeti veren kurumların kâr amacı güden kurumlar yerine sosyal amaçlı kurumlar olduğunu söylemek mümkündür (Yavuz, 2014, s. 17).
- **Hata toleransı yoktur:** Sağlık hizmetlerinde yapılan bir hata insan hayatının sonlanması veya kalıcı hasarların meydana gelmesi ile sonuçlanabilmektedir. Dolayısıyla herhangi bir sağlık hizmeti sunulurken yapılacak olası bir hatanın telafisinin olmadığı göz önünde bulundurulmalı ve hatayı önleyecek önlemler alınmalıdır (Yüceler, 2011, s. 37).
- **Sağlık hizmetlerinin bazı bölümleri kamu malı özelliğine sahiptir:** Kamu malı, kamu yararı sağlayan ve tüm topluma fayda sağlayan bir hizmettir. Bu ifade ile sağlık hizmetlerinin bir dalı olan koruyucu sağlık hizmetlerinin kamu malı özelliğine sahip olduğunu söylemek mümkündür. Bu duruma bir salgından önce bağışıklama yaparak toplumu salgına karşı korumak örnek olarak verilebilir (Aya Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi, 2020).
- **Üretim ve tüketim eş zamanlıdır:** Sağlık hizmetlerinde diğer sektörlerde olduğu gibi seri üretim söz konusu değildir. Üretimin hastayla beraber ortaya çıkmasıyla başlayan ve hastanın tedavi edilmesiyle son bulan bir süreç olan sağlık hizmetlerinde, hizmeti sunan ile hizmeti satın alan kişinin arasında birebir etkileşim olması gerekmektedir. (Sayım & Aydın, 2011, s. 246). Hipokrat'ın "Hastalık yoktur hasta vardır" sözünden de hareketle her bir hastaya ayrı bir

hizmetin sunulması, hizmetin ertelenmemesi ve hizmetin üretildiği anda sunulması üretim ve tüketimin eş zamanda devam ettiği özelliğini ortaya çıkarmaktadır (Bulut & Civaner, 2016, s. 66).

- **İşlevsel bağımlılık düzeyi yüksektir:** Sağlık hizmetlerinin sunumunda birçok farklı uzmanlık alanına sahip sağlık çalışanlarının birlikte çalışması söz konusu olabilmektedir. Bu uzmanlıkların uyum içerisinde hizmet vermeleri büyük önem taşımaktadır (Ateş, 2014, s. 50). Örneğin bir hekimin istemiş olduğu kan tetkiklerinin laboratuvarda yanlış çıkması hem hasta açısından hem de hekim açısından olumsuz sonuçlar doğuracaktır. Dolayısıyla sağlık hizmetine dahil olan tüm birimlerin tam bir koordinasyon içerisinde çalışması gerekir (Devebakan, 2001, s. 4).

1.3.2.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi olmak üzere dört başlık altında sıralanmaktadır. Bu başlıklar aşağıda açıklanmıştır (Akbolat, 2009, s. 13).

1.3.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hastalık veya sakatlık oluşmadan önce tedbir alınan koruyucu sağlık hizmetleri, “toplum sağlığının korunması, hastalıkların önlenmesi, salgın hastalıkların engellenmesi ve toplumun salgın hastalıklardan korunması amacı ile yapılan hizmetler bütünüdür” şeklinde tanımlanmaktadır. Toplum sağlığını ilgilendiren ve devlet tarafından verilmesi zorunlu olan koruyucu sağlık hizmetleri kişiye yönelik sağlık hizmetleri ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Tıraş, 2013, s. 129).

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, kişilerin ve kişilerle etkileşim halinde olan toplumların hastalanmasını önlemeyi ya da hastalık olması halinde erken tanı yöntemiyle en kısa zamanda tedavi edilmesini ve hasarı en aza indirmeyi amaçlayan koruyucu sağlık hizmetleridir (Akdur, 2006, s. 13). Bu sağlık hizmetleri toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi yönünde en az maliyet gerektiren hizmetlerdir. (Akman & Kopuz, 2021, s. 6). Koruyucu sağlık hizmetleri aile sağlığı merkezi, toplum sağlığı merkezi, ana çocuk sağlığı merkezi, gezici sağlık birimi, revir ve hastanelerde verilmektedir (Kavuncubaşı & Yıldırım, 2015)

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, bireyin hastalanmasına neden olabilecek biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenleri ortadan kaldırmayı ve çevreyi iyi hale getirmeyi amaçlayan hizmetlerdir. Bu sağlık hizmetleri çevre sağlık birimi, halk sağlığı laboratuvarı, toplum sağlığı merkezi, okul sağlığı, gezici sağlık birimi ve hastanelerde verilmektedir (Akman & Kopuz, 2021, s. 5).

1.3.2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hekimlerin öncülüğünde sağlık çalışanları tarafından kişinin bozulan sağlığının geri kazandırılması amacıyla verilen hizmetlerdir (Kısa, 2002, s. 31). Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinden kişiye yönelik hizmet vermesi yönüyle ayrılmaktadır (Tengilimoğlu, vd., 2021, s. 82). Koruyucu sağlık hizmetleri hastalığın oluşmadan önce engellenmesini amaçlamaktayken tedavi edici sağlık hizmetleri ise meydana gelen hastalığın engellenmesini amaçlamaktadır (Hayran, vd., 2018, s. 32).

Tedavi edici sağlık hizmetleri; 1. basamak sağlık hizmetleri, 2.basamak sağlık hizmetleri ve 3. basamak sağlık hizmetleri olmak üzere üçe ayrılır. 1. basamak sağlık hizmetleri, kişilerin ayaktan veya evden teşhis ve tedavi hizmeti aldıkları hizmet türüdür. Bu hizmetlere; aile hekimlikleri, verem savaş dispanseri ve özel poliklinikler örnek verilebilir (Tokay, 2000, s. 12). 2. basamak sağlık hizmetleri, hastanın yatarak teşhis ve tedavisinin yapıldığı, fazla tıbbi bilgi ve tıbbi teknolojiye ihtiyaç duyulmayan hizmetlerdir. Bu hizmete genel hastaneler örnek verilmektedir (Hayran, vd., 2018, s. 32). 3. basamak sağlık hizmetleri, özel tedavi gerektiren hastalıkların tedavilerinin gerçekleştirilmesi için ileri düzey tıbbi bilgi ve teknoloji kullanılan hizmet türü şeklinde ifade edilmektedir. Eğitim ve araştırma hastaneleri bu sağlık hizmetlerine örnek verilebilir (Kısa, 2002, s. 32).

1.3.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, doğuştan veya sonradan oluşan hastalık, sakatlık ve güçsüzlük sonucunda kişinin günlük yaşamını devam ettirememesi ve iş gücünü kaybetmesi halinde hastanın fonksiyon bozukluklarının en aza indirilmesi ya da ortadan kaldırılması amacıyla uygulanan hizmetlerdir. Bu hizmetler, tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (Tengilimoğlu, vd., 2021, s. 83). Tıbbi rehabilitasyon, bireylerin fiziki fonksiyon bozukluklarının kaldırılması ve

tekrar yaşam kalitelerinin arttırılması amacı ile verilen hizmetler şeklinde ifade edilmektedir. Sosyal rehabilitasyon ise engelli bireyleri topluma kazandırmak amacıyla yapılan hizmetlerdir. Sosyal rehabilitasyonda engelli bireyin başkasına bağılılığı azaltmak, işe uyumunu sağlamak ve hayata aktif olarak katılmasını sağlamak amaçlanmıştır (Akdur, 1998, s. 14).

1.3.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi konusunu ilk defa kullanan tıp tarihçisi Henry E. Sigerist, sağlığın geliştirilmesi için kişilerin yaşam standartlarına iyi çalışma koşulları, eğitim, dinlenme ve eğlenme gibi durumların eklenmesi gerektiğini savunmuştur (Terris, 1992, s. 268). Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler, Sağlık Bakanlığı bünyesinde faaliyet gösteren Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından yürütülmektedir. Bu müdürlüğün görevleri şunlardır (Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, 2013, s. 36):

- *“Toplumun ve bireyin sağlığı ile ilgili bilgi, farkındalık ve kontrol yeteneklerini arttırmak ve bu konuda sorumluluk almalarını ve karar süreçlerine katılmalarını teşvik etmek,*
- *Sağlığı doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörlerin ve sosyal belirleyicilerin iyileştirilmesine yardım edecek düzenlemeler yaparak bireyin sağlığının korunması ve sağlık düzeyinin yükseltilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturmak ve sürdürmek,*
- *Sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik bilimsel çalışmalar yapmak veya yaptırmak, eğitim kurumları ve basın yayın organları aracılığı ile toplumu bilgilendirmek,*
- *Kampanyalar yapmak veya yaptırmak, halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması, önlenmesi ve teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin daha verimli kullanılabilmesi için uyarıcı, bilgilendirici ve eğitici mahiyette programlar hazırlamak veya hazırlatmak,*
- *Bakanlığın halkla ilişkiler ve bilgi edinme hizmetini yürütmektir.”*

Söz konusu genel müdürlüğünün görevlerinden hareketle, bireyin sağlığını geliştirmek amacıyla halkı bilinçlendirme yoluna gittiği ve bu bilinçlendirme ile toplum sağlığını koruduğu anlaşılmaktadır (Aydoğan, 2015, s. 81). Sağlığın geliştirilmesi amacıyla yürütülen bu sağlık hizmetlerinin diğer sağlık hizmetlerinden farklı olduğu nokta hekim veya sağlık çalışanının sorumluluk alanından daha çok bireyin sorumluluk alanında olan hizmetlerdir. Bireylerin sağlık seviyelerini arttırmak için sigara ve alkol kullanmamak, spor yapmak gibi alışkanlıkları sağlığın geliştirilmesi hizmetlerine örnek olarak verilebilir (Kısa, 2002, s. 37).

1.4. Sağlık Yönetimi

Yönetim her alanda olduğu gibi sağlık alanında da olmazsa olmaz bir unsurdur. Sağlık hizmetlerinin sürekli gelişen ve değişen yapısı, karmaşıklığı ve barındırdığı riskler göz önünde bulunduğunda sağlık sektöründe yönetim fonksiyonu büyük önem taşımaktadır (Fişek, 1983, s. 9). Sağlık kurumlarına göre yönetim kavramı, “*yönetim bilimi içinde multidisipliner bir alan olup bireylerin ve toplumların sağlık düzeylerinin yükseltilmesi amacıyla kaynak ve süreçlerin planlanması, örgütlenmesi, yönlendirilmesi, kontrol ve koordinasyonudur*” şeklinde ifade edilmektedir (Aldoğan, 2024, s. 3). Sağlık yönetimi, kişi ve toplum sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla sağlık hizmetlerinin sunulması için gerekli olan kaynakların yönetim fonksiyonları çerçevesinde etkin ve verimli yürütülmesi sürecidir (Çimen, 2010, s. 136). Sağlık hizmetleri gerek emek yoğun gerekse teknoloji yoğun hizmetleri bünyesinde barındırması sebebiyle, bu alandaki tüm faaliyetlerin profesyonel yöneticiler tarafından kurumsal yönetim ilkeleri çerçevesinde yönetilmesi gerekir (Son, 2022, ss. 8-9).

Sağlık yönetimi, faaliyetlerini gerçekleştirme noktasında farklı yönetim anlayışları sergilemektedir. Koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde topluma yönelik ve sektörler arası iş birliği gerektiren bir yönetim anlayışı sergilenmekteyken ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde otelecilik, poliklinik, ameliyathane, laboratuvar, röntgen gibi birçok alanda hizmet veren bir yönetim anlayışının hâkim olduğu görülmektedir (Çimen, 2010, ss. 136-137). Sağlık yönetimi, bu farklı yönetim anlayışlarına kaliteli ve etkin bir hizmet vermeyi amaçlamaktadır (Yılmaz, 2009, s. 10).

Geniş bir endüstriye hâkim, sürekli gelişim ve değişim halinde olan sağlık sektöründe önemli olan ana unsur insandır. İnsanın hayatına yönelik hizmet veren bu sektörde yönetimin adil bir şekilde yapılması, sağlık harcamalarının gelirden fazla olmaması, kaynakların doğru kullanılması gibi etkenler sağlık yönetimi ile mümkündür. Bu yönetimin sektöre hâkim olması ve yukarıda ifade edilen etkenleri sağlayabilmesi için bazı trendlerden etkilenmektedir. Bu trendler Zeingefuss ve Sassani tarafından teknoloji, iletişim, takım perspektifi, bilgi sistemleri ve şirketleşme şeklinde sıralanmıştır. Bu trendler aşağıda açıklanmıştır (Ziegenfuss & Sassani, 2004, ss. 5-6).

Teknoloji, Sürekli değişim ve gelişim içerisine varlığını devam ettiren teknolojinin, sağlık sektöründe tıbbi cihaz tasarımı ve üretimi, kişileştirilmiş hasta bakımı, ilaç geliştirme gibi alanlarda kullanılması sağlık kurum ve kuruluşlarına kolaylık sağlamaktadır (Senthilkumar, vd., 2018, s. 66). Hastaya kısa sürede teşhis ve tedavi uygulamak, hasta ve hasta yakınının memnuniyetini arttırmak, sağlık çalışanının iş yükünü azaltmak bu kolaylıklar içerisinde yer almaktadır (Sargutan, 2005, ss. 116-117).

İletişim, Sağlık sektöründe iletişimin verimli bir şekilde sağlanması için yönetici ve sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Hasta sağlık kaybı yaşamasına bağlı olarak iletişim noktasında eksiklikler yaşayabilir. Bu eksikliğin giderilmesi için yönetici ve sağlık çalışanları empati yoluyla iletişim sağlamalıdır. Sağlanan iletişimin anlaşılır ve tıbbi terimlerden uzak olması büyük önem taşımaktadır (Ziegenfuss & Sassani, 2004, s. 5).

Takım Perspektifi, Sağlık hizmetinin etkin ve verimli bir şekilde verilmesi amacıyla birçok meslek grubu bir arada çalışmaktadır. Bu meslek gruplarının birbirlerinin bilgi ve birikimlerinden yararlandığını söylemek mümkündür. Hekimin hastaya bir teşhis koyabilmesi için radyoloji teknikeri ve laborantlara ihtiyaç duyması bu duruma örnek olarak verilebilir (Ziegenfuss & Sassani, 2004, s. 5).

Bilgi Sistemleri, Sağlık yöneticileri kurumları yönetebilmek için bilgi sistemlerine ihtiyaç duymaktadır. Bu ihtiyaç, bilinçli ve teknolojik ortama hâkim olan tüketicilere daha iyi hizmet sunulması amacıyla ortaya çıkarılmıştır. Bu amaç doğrultusunda ortaya çıkan ve ülke genelinde her verinin Sağlık Bakanlığı tarafından kontrol edilmesini kolaylaştıran bilgi sistemleri 11 tanedir. Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS), Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS), Görüntülü Arşivleme ve İletişim Sistemi (PACS), Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi (LBYS) ve Elektronik Bilgi Yönetim Sistemi (EBYS) sağlık alanında kullanılan yaygın bilgi sistemleridir. Dijital Denetim ve İzleme Programı (Den-İz) ise Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık kuruluşlarının dijital ortamda denetlenmesi amacıyla oluşturulmuştur. Bu sistem ve programlar ile yönetici dijital ortama ayak uyduran sağlık sektörünün verimli ve etkin yönetilmesine katkı sağlamaktadır (Tan & Payton, 2009, s. 8).

Şirketleşme, Kâr amacı gütmeyen kuruluşlar olarak ortaya çıkan hastanelerin amacı sağlığın devamını sağlamak ve sağlığı geri kazandırmaktır. Bu amacın hastalara

pazarlanması ve gelir elde edilmesi sağlık kuruluşlarının şirketleşme yoluna gitmesine ve zamanla kâr amacı güden kuruluşlar olarakta devam etmesine neden olmuştur. Bu kuruluşlarda tıbbi hizmetlerin sağlanması kadar kuruluşun devamlılığının sağlanması da önemli görülmüştür ve bu öneme binaen yönetim ihtiyacına büyük derecede ihtiyaç duyulmuştur. Özel hastaneler, özel muayenehaneler, diş klinikleri örnek olarak gösterilebilir (Ziegenfuss & Sassani, 2004, s. 6).

1.5. Sağlık Yönetimi Mesleği

Dünyada bir uğraşın meslek olabilmesi için kurumsal bilgiye sahip olmalı, toplum ve diğer meslek grupları tarafından kabul edilmeli, bir meslek örgütü aracılığıyla meslek mensuplarıyla hareket etmeli ve süreçlerin işleyişi hakkında kuralları olmalıdır (Yorulmaz, 2015, s. 27). Bir uğraşın iş olabilmesi konusunda birçok gerekli çalışma yapılmış ve son literatür çalışması da Kelly tarafından hazırlanmıştır. Kelly'e göre meslek ölçütleri; İnsanlık için önemli olan hizmet sunulmalı, araştırmalar sürekli değişim ve gelişim sağlayan bilgilerden oluşmalı, bireysel sorumluluk alınmalı, meslek üyeleri yükseköğretim kurumlarından eğitim almalı, meslek üyelerinin verdikleri hizmet kendilerini de motive etmeli, meslek üyelerini yönlendiren ve rehberlik eden etik kodlar oluşturulmalı, uygulama standartları belirlenmeli, mesleği gelişimini desteklemelidir şeklinde sıralanmıştır (Korkmaz, 2011, s. 60). Yapılan çalışmalar ve incelemeler sonucunda meslek, uzun ve yüksek dereceli eğitim ve öğrenim gerektiren, kendine özgü hukuki ve ahlaki kurallara sahip olan ve kişinin çabası doğrultusunda gelir sağlanan emek olarak tanımlanmaktadır (Ulusoy & Görgülü, 1995, s. 1). Tanıma bakıldığında zaman sağlık sektöründe birçok meslek grubunun çalıştığı söylenebilir. Türkiye'de faaliyet gösteren ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan 47 meslek grubunun olduğu 2014 yılında yayınlanan resmi gazete ile ilan edilmiştir. bu gazetede yer alan meslekler; tabip ve uzman tabip, diş tabibi ve uzman diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire, klinik psikolog, fizyoterapist, fizyoterapi teknikeri, odyolog, odyometri teknikeri, diyetisyen, dil ve konuşma terapisti, podolog, sağlık fizikçisi, radyoterapi teknikeri, anestezi teknikeri/teknisyeni, ağız ve diş sağlığı teknikeri, diş protez teknikeri, tıbbi protez ve ortez teknisyeni/teknikeri, ameliyathane teknikeri, adli tıp teknikeri, diyaliz teknikeri, perfüzyonist, eczane teknikeri, iş ve uğraş terapisti(ergoterapist), iş ve uğraş teknikeri(ergoterapi), elektronörofizyoloji teknikeri, mamografi teknikeri, optisyen, acil tıp teknikeri, acil tıp teknisyeni, hemşire yardımcısı, ebe yardımcısı, sağlık bakım teknisyeni, psikolog, biyolog, çocuk gelişimcisi, sosyal

çalışmacı/sosyal hizmet uzmanı, sağlık eğitimcisi/tıbbi teknolog, sağlık idarecisi, çevre sağlığı teknisyeni/teknikeri, yaşlı bakım teknikeri/ evde hasta bakım teknikeri, tıbbi sekreter, biyomedikal cihaz teknikeri şeklinde sıralanmaktadır (Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, 2014). Bu meslekler arasında yer alan sağlık yöneticisi, sağlık alanında kişi ve toplum sağlığını korumak amacıyla uzun ve dereceli eğitim almış kişiler tarafından yapılan emekler bütünüdür şeklinde tanımlanmıştır. Başka bir tanıma göre ise sağlık yönetimi mesleği, sağlık kuruluşlarının yönetilmesi, işletilmesi ve planlama faaliyetlerinin yerine getirilmesi için gerekli bilgi ve beceri kazanmak amacıyla gerekli eğitimleri almış meslek grubudur şeklinde ifade edilmiştir. Sağlık yönetimi mesleği, diğer meslek grubu yönetimlerinden farklı olarak birçok alanda bilgi ve birikimi olan kişiler tarafından yürütülmesi gerekmektedir. İnsan hayatını iyileştirmek için çalışan kişilerin oluşturduğu meslek topluluğu olan sağlık yönetimi mesleğinde gerekli eğitimleri alan ve insan hayatını tehdit eden durumları en az riskle ortadan kaldıran sağlık çalışanları ve sağlık kurumlarını yöneten kişiler belirli becerilere sahip olmalıdır (Tutkun & Koç, 2008, s. 263).

Sağlık yönetiminin, sağlık kurumlarının geçmiş zamanlarda hekim tarafından yönetilmesi gerektiği anlayışına sahip olduğu ve günümüzde de devam ettiği görülmektedir. Bu anlayış doğrultusunda hekimin insan sağlığını korumasının yanı sıra hastaneyi yönetmesi gerektiği gibi bir işlevi olduğu sonucu ortaya çıkarılmıştır. Dünya’da bu anlayışın devam etmediği görülürken Türkiye’ de bu anlayışın devam ettiği görülmektedir (Yorulmaz, 2015, s. 17). Bu anlayışlara ek olarak her hizmet sektöründe değişim gösteren klasik yönetim anlayışından çağdaş yönetim anlayışına geçiş sağlık hizmetlerinin yönetiminde de yerini almıştır. Bu iki anlayış arasındaki farklar Tablo 1.1.’de gösterilmiştir.

Tablo 1.1: Klasik Yönetim Anlayışı ile Çağdaş Yönetim Anlayışının Karşılaştırılması

Klasik Yönetim Anlayışı	Çağdaş Yönetim Anlayışı
Sunucu odaklıdır	Alıcı odaklıdır
Var olanla yetinir	Standartları geliştirir

Tablo 1.1: Klasik Yönetim Anlayışı ile Çağdaş Yönetim Anlayışının Karşılaştırılması (Devamı)

Yönetici emirler verir	Yönetici gücü ve yetkiyi paylaştırır
Çalışanlar kurum için bir tür kaynaktır	Çalışanlar Kurum için bir tür müşteridir
Tepkicidir	Etkicidir
Gelenekçidir	Yenilikçidir
Sağlamcıdır kurallar dışına çıkmayı sevmez	Risk sever
Meşguliyeti sever, iş odaklıdır	Çözüm odaklıdır
Ekip çalışmasından daha çok güç alanını korur ve önem verir	Ekip çalışmasına önem verir
Biz- onlar anlayışı hâkimdir	Örgütsel perspektif hâkimdir
Kuşkucudur	İyimserdir

Kaynakça: Leebov ve Scott (1990, s. 11)

Sağlık yönetiminin tanınması ve çağdaş yönetim anlayışının sağlık yönetiminde de benimsenmesiyle beraber son yıllarda tartışmalar oluşmaya başlanmış ve sağlık alanının yönetilmesinde bu alanda eğitim almış kişilerin olması gerekliliği savunulmuştur. Bu savunmanın arkasında sağlık sektörüne ayak uydurabilecek, yönetim konusunda bilgili ve iyi bir yönetici olmak için gerekli eğitimleri almış kişilerin varlığının sağlık yönetimini olumlu etkileyeceği gibi nedenler düşünülmektedir. Bu ifadelere ek olarak gelişen ve gelişmekte olan toplumlar için önemli alanlardan biri olan sağlık alanının yönetilmesinin zor olduğu ve bu alanın yönetilmesi için profesyonel yöneticilere ihtiyaç duyulduğu görülmektedir (Filerman, 1981, s. 2).

1.5.1. Sağlık Yöneticisi

Karmaşık bir yapıya sahip olan sağlık kurumlarının etkin ve verimli bir şekilde yönetilmesi önem arz etmektedir. Bu öneme binaen sağlık kurumlarının büyük endüstriler içerisinde yer alması ve sektöre hâkim olunması oldukça zordur. Dolayısıyla sağlık sektörüne, sağlık işletmelerinin yapısına ve sağlık hizmetlerinin özelliklerine hâkim profesyonel sağlık yöneticilerine ihtiyaç vardır. Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair

Yönetmeliğe göre “Sağlık yöneticisi; sağlık kurumlarının çalışmalarının düzenlenmesi ve yürütülmesi, bölümlere gerekli personel, araç ve gereç tedarik edilmesi, bütçenin hazırlanması ve hasta bakım ücretlerinin belirlenmesi, insan kaynakları, muhasebe, satın alma gibi idari alanlarda yönetim görevlerini yapmak, kriz ve afet planlaması yapmaktan sorumlu olan yönetici” şeklinde ifade edilmektedir (Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, 2014). Bir başka tanıma göre ise sağlık yöneticisi, sağlık kuruluşlarında öngörülen amaçları gerçekleştirmek için mevcut kaynakları en rasyonel ve ekonomik bir şekilde kullanan, ayrıca planlama, örgütleme, yürütme ve denetleme işlemlerini yürüten kişi olarak tanımlanmaktadır (Kitapçı, 1993, s. 7). İnsan hayatını ilgilendiren kurumların yönetilmesinde görevli olan sağlık yöneticilerinin sağlık kurumlarında gerçekleştirmesi gereken bazı rolleri mevcuttur. Bunlar kişiler arası, bilgi sahibi olma ve karar verme rolüdür. Rollerin yerine getirilmesi noktasında sağlık yöneticisinin belirli özelliklere sahip olması gerekmektedir. Sağlık yöneticilerinin kişiler arası rolünü gerçekleştirmek için sahip olması gereken özellikleri aşağıda sıralanmaktadır (Kaptanoğlu, 2011, ss. 99-100):

- **Personelinin kuruluşa karşı bağlılığını kazandırmak:** Sağlık kurumlarında insan hayatının önemli olduğu görülmektedir. Bu anlamda personelin verimli ve etkin bir şekilde hizmet vermesi gerekmektedir. Etkili ve verimli hizmet ise personelin kurumu benimsemesi ile mümkündür. Personelin kuruma karşı bağlılığı iyi bir iletişim, terfi ve teşvikler, eğitim ve gelişim imkânlarının sunulması ile sağlanabilir.
- **Kurumun öğrenme kapasitesinin devamlılığını arttırmak:** Sağlık sektörü sürekli gelişim ve değişim içerisinde olan bir sektördür. Bu sektöre ayak uydurmak sağlık kurumlarına gerekli eğitimlerin verilmesi, sağlık çalışanlarının eğitimlere katılmasının teşvik edilmesi ile mümkün olabilir.
- **Motivasyonu ve personelin performansını arttırmak için etkili araçlar ve yöntemler kullanmak:** Personelin performansını arttırmak ve motive etmek kurumun performansını yükseltme ve personelin kuruma bağlılığını oluşturma noktasında önemlidir. Bu öneme binaen çalışana ödüllendirme ve teşvikler yapılabilir. Kişiyi terfi ettirmek, maaşına zam yapmak, hediye kartları vermek gibi

örnekler motivasyonu ve personelin performansını arttıran etkili araç ve yöntemlere örnek gösterilebilir.

- **Kurum içindeki iletişimi etkili ve doğru yapmak:** Sağlık kurumları iletişimin etkin olduğu bir hizmet türüdür. Bu nedenle iletişimin doğru ve etkili bir şekilde yapılması gerekmektedir. Bu noktada sağlık yöneticilerine önemli görevler düşmektedir. Sağlık yöneticisinin çalışanları ile sürekli iletişim halinde olacağı kanalların olması, açık ve net ifadeler ile iletişim kurulması, çalışanlarının fikirlerine önem vermesi ve geri bildirim sağlaması gibi etkenler kurum içindeki iletişimi etkili ve doğru yapmayı sağlayabilir.

Sağlık yöneticisinin bilgi sahibi olma rolünü gerçekleştirmek için sahip olması gereken özellikleri aşağıda sıralanmaktadır (Kaptanoğlu, 2011, ss. 99-100):

- **Sektördeki yenilik ve gelişmeleri takip etmek:** Sürekli değişim ve gelişim halinde olan sağlık sektöründe yeniliklere ayak uydurulması gerekmektedir. Bu durum yöneticinin sektördeki gelişme ve değişimleri takip etmesi ile mümkündür. Sağlık yöneticisinin sektördeki değişim ve gelişimlere ayak uydurması ise sağlık sektörüne hâkim, sağlık ve yönetim alanında bilgili olması ile sağlanabilir.
- **Kurumdaki uyuma göre çözümler bulmak:** Sağlık sektöründe hizmet veren kurumların her birinin farklı özellik ve yapılarının olması kurum içinde farklı uyumların olduğunu göstermektedir. Bu uyumun hastaneye uyarlanması sonucunda sağlık yöneticisi bir sorun oluşması halinde bu uyuma göre gerekli çözümler üretmelidir.
- **Araştırma ve geliştirme konusunda destek vermek:** Sağlık yöneticisi kurum çalışanlarını eğitim almaları konusunda teşvik etmeli, çalışanlarını bir konuda araştırma yapmalarına ve bu doğrultuda kendilerini geliştirmelerine destek vermelidir. Yapılan bu teşvik ve destek çalışanın kuruma bağlılığını arttırabilir. Sağlık kurumlarının sektöre ayak uydurma ve sektörde yenilik yaşaması için sağlık yöneticilerinin sağlık çalışanlarına eğitim ve araştırma noktasında gereken desteğin sağlanması kurum çalışanın kendini geliştirmesine ve diğer kurumlara da destek olmasını sağlayabilir.
- **Sektöre hâkim olmak:** Sağlık sektörü en büyük endüstrilerden biridir. Sağlık yöneticisi bu sektörde bir fikir belirtebilmesi sektöre hâkim olması ile

mümkündür. Sektöre hâkim olan bir sağlık yöneticisi sektörde bir söz sahibi olmasıyla beraber kurum içerisinde de yönetim alanında büyük başarılarla ev sahipliği yapabilir. Bunlara ek olarak sektöre hâkim olan yönetici yenilik ve gelişmeleri kolay bir şekilde kurum ve kuruluşlara adapte edebilir.

- **Yönetim becerilerini yerine getirebilecek kabiliyette olmak:** Sağlık kurumları karmaşık bir yapıdadır. Bu kurumun yönetilebilmesi yönetim becerilerini iyi bir şekilde yerine getirebilecek kabiliyete sahip olan sağlık yöneticileri ile mümkündür. Bu nedenle sağlık yöneticisinin planlama, örgütleme, koordinasyon, yürütme ve denetimi doğru ve etkin bir şekilde yönetebilmesi gereklidir. Bu yönetim becerilerinin düzgün yapılması sağlık hizmetlerindeki karmaşıklıkları ortadan kaldırabilir.

Sağlık yöneticisinin karar verme rolünü gerçekleştirmek için sahip olması gereken özellik aşağıda açıklanmıştır (Kaptanoğlu, 2011, ss. 99-100):

- **Kontrol ve denetimin devamlılığını sağlamak:** Sağlık yöneticileri planlama ile başlayıp denetim ile son bulan bir süreçte hakimdir. Bu süreçte yeni planların yapılması, bir konu hakkında karar verilmesi yapılan denetimler sonucunda gerçekleşmektedir. Bu nedenle denetimin aksatılmadan yapılması gereklidir.

Bu özelliklere göre bir sağlık yöneticisi (Açiler, 2020):

- **Sosyoloji, psikoloji ve ekonomik disiplinlere karşı ilgili ve başarılı olmalıdır:** Sağlık kurumlarının ana faktörü insandır. Bu ana faktöre gerekli hizmetin verilmesi ve bu hizmetin yönetilmesi için sosyoloji ve psikoloji gibi alanlara ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık kurumuna gelen bir hastayı yönetici, ruhsal durumuna veya toplum ve sağlık hizmetleri arasındaki dinamik yapısına göre anlamalı ve o doğrultuda bir yönlendirme/çalışma gerçekleştirmelidir. Ayrıca sağlık kurumlarında çalışan sağlık çalışanlarının duygu durumlarını anlamak psikoloji ile mümkündür. Bu nedenle bir yönetici sosyoloji ve psikolojik disiplinlere ilgili olmalı ve bu ilgisini sağlık kurumlarında göstermelidir. Bunlara ek olarak sağlık yöneticisi sağlık hizmetlerinin maliyetini kontrol etmesi, finansal sürdürülebilirlik sağlanması ve bütçe yönetimini etkin bir şekilde yürütmesi için ise ekonomik disipline ilgili olmalı ve bu alanda başarı sağlaması ile mümkündür.

- **Analitik düşünme becerisi gelişmiş olmalıdır:** Sağlık hizmetlerinin karmaşıklığı ve dinamizmi, sağlık yöneticilerini veri odaklı karar verme sürecine itmektedir. Bu nedenle bir yönetici risk yönetiminde, performans iyileştirmede, stratejik planlama ve kaynak üretimi gibi noktalarda analitik düşünme becerisini kullanmalıdır. Bu becerinin etkin ve hızlı kullanılması için yönetici bu becerisini geliştirmelidir.
- **Sosyal yardım etme isteği gelişmelidir:** Sağlık hizmetlerinin insan odaklı olması ve sosyal adaletin gözetilmesi sağlık yöneticisi için bireyi bir para kaynağı olarak görmekten ziyade yardıma ihtiyaç duyulan kişi olarak görmesini sağlar. Bu durum sağlık yöneticisini sosyal yardım etme isteğine iten durumdur.
- **Halkla ilişkiler ve iletişim alanında yetenekli olmalıdır:** Sağlık yöneticisi sağlık kurumlarındaki insanlarla sürekli bir iletişim halindedir. Bu iletişimin anlaşılır ve yalın olması önemlidir. Sağlık yöneticisi iletişim noktasında çalışanını dinlemeli ve geri bildirimlere açık olmalıdır. Bu durum iletişimi verimli hale getirmekle beraber çalışanın kuruma bağlılığını kazandırmaktadır.
- **Özgüven ve sorumluluk duygusu yüksek olmalıdır:** Sağlık kurumlarındaki sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınları, tıbbi teçhizat ve malzeme gibi her ürün ve insan sağlık yöneticisinin sorumluluğundadır. Sağlık yöneticisi sağlık kurumunun ana bölümünü oluşturan kişidir. Bu nedenle bu kurumun yürütülmesi için bir yöneticinin özgüveni ve sorumluluk duygusu üst seviyede olmalıdır.
- **Temel değerlere (ekip çalışması, güvenilirlik, dürüstlük gibi) sahip olmalıdır:** Sağlık kurumları birçok farklı meslek grubunun bir arada hizmet verdiği kurumlardır. Bu kurumlarda ekip çalışması önemlidir. Tıbbi alan haricinde yönetim alanında da bir ekip çalışmasının olması sağlık kurumlarının idare edilmesini kolaylaştırabilir. Bu duruma ek olarak sağlık yöneticisi, güvenilirlik ve dürüstlük kavramlarına önem vermelidir. Bu kavramları hayatında uygulayarak hastane imajını olumlu etkilemekte ve çalışanların kendine saygı duyması yönünde aracı rol görmektedir.

Sağlık yöneticilerinin insan hayatına etki eden kişi ve kurumları yönetmesi doğrultusunda farklı gruplara karşı sorumlulukları mevcuttur. Bu sorumlulukları Charles Austin kurum işverenine karşı sorumlulukları, topluma karşı sorumlulukları, hastalara karşı sorumlulukları, etkili kaynak kullanımına karşı sorumlulukları, yasalara karşı

sorumlulukları ve sigorta kuruluşlarına karşı sorumlulukları şekilde sıralamaktadır (Sarvan, 1995, ss. 10-12). Sağlık yöneticilerinin görevlerini eksiksiz bir şekilde yerine getirmesi bu sorumlulukların önemli olduğu sonucuna ulaşılabilir. Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelikte sağlık idarecisinin görevleri;

- Kurumun idari, mali ve teknik hizmetlerinin yürütülmesinde görev almak,
- Misyon, vizyon, temel hedef ve değerlerinin belirlenmesinde görev almak,
- Kalite, standardizasyon ve akreditasyon çalışmaları ile performans değerlendirmesinde görev almak,
- Kurumun finansal yönetim politikalarının belirlenmesi, uygulaması ve yönetilmesinde görev almak,
- Kurumun muhasebe, bütçe, mali analiz ve maliyet analizi faaliyetlerini yürütmek,
- Sağlık hizmetleri sunumunun planlanması, yürütülmesi ve sonuçların değerlendirilmesi sürecinde görev almak,
- Kurumda tıbbi ve hasta bakımı haricindeki hizmetlerin organizasyonu, yürütülmesi ve denetimini sağlamak,
- Kurumda kriz ve afet planının yapılması ve yürütülmesinde görev almak,
- Hastalıkların tanıları ve ameliyatların uluslararası hastalıklar kod sistemine göre kaydedilmesinde görev almak,
- Tıbbi ve idari istatistiklerinin tutulması, saklanması, değerlendirilmesi ve raporlanmasında görev almak,
- Kurumun genel ve tıbbi arşiv hizmetleri ile hastane bilgi sistemlerinin yürütülmesinde görev almak,
- Sağlık yönetimi alanına ilişkin politikalar geliştirmek,
- Planlamalar yapmak veya bu çalışmalarda görev almak şeklinde sıralanmaktadır (Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, 2014).

Sağlık kurumlarında planlama, örgütleme, yürütme, koordinasyon ve denetim fonksiyonlarının gerçekleştirildiği her sağlık kurum sağlık yöneticilerinin görev alanıdır. Sağlık yöneticilerinin çalışma alanları olarak akla ilk gelen kurum hastaneler olmasına rağmen hastaneler dışında aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, Sağlık

Bakanlığı, Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlar, özel hastaneler, rehabilitasyon merkezleri gibi birçok sağlık kurumunda çalışma alanları mevcuttur (imen, 2010, ss. 136-139).



İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK YÖNETİMİ EĞİTİMİ

Bu bölümde sağlık yönetimi eğitimi, sağlık yönetimi eğitiminin Dünya'daki ve Türkiye'deki tarihsel gelişimi incelenmiştir.

2.1. Sağlık Yönetimi Eğitim

Dünya'da gelişen ve değişen teknolojik gelişmeler ve yeni yönetim anlayışları sağlık sektöründe de yerini almıştır. Yeni gelişmelere ve yönetim ihtiyaçlarına ayak uydurabilmek için sağlık sektörüne ve yönetim alanına hâkim yöneticilere ihtiyaç duyulmuştur. Sağlık yöneticilerine duyulan ihtiyacın karşılanması bu alanda eğitimlerin alınması ile sağlanacağı düşünülmüş ve eğitim programları oluşturulmuştur. Eğitim, belirli bir konuda uzmanlaşmak veya bilgi sahibi olmak isteyen kişilere, bilgi, beceri ve yetkinlik öğretme sürecidir (Yalın, 2005, s. 191). Eğitim olgusu, geçmişten günümüze kadar gelen kültürel mirasın yeni nesillere aktarılması ve bu nesillere sorumluluk bilincinin oluşturulmasını amaçlamaktadır (Coşkun, 2011, s. 16). Bu amaç doğrultusunda eğitimin insan hayatını etkileyen ve geçmiş mirasını koruyan bir olgu olduğunu söylemek mümkündür. Bu olgunun belirli öğeleri mevcuttur. Bunlar toplum kültürünün aktarılması, benimsetilmesi ve geliştirilmesi noktasında aracı rolü olması ve bireyin var olan davranışını değiştirme veya yeni davranış kazandırma süreci şeklindedir (Erdem, 2005, s. 3).

Günümüzde eğitimin bu öğeler ışığında devam etmesiyle beraber insanın belirli genel niteliklere kavuşma isteğiyle eğitimin sürekliliğinin sağlandığı unutulmamalıdır. Bu genel nitelikler aşağıda sıralanmıştır (Başaran, 1994, ss. 18-22):

- **Öz gerçekleştirim Gereksinimi**, Eğitim insanın kendini tanıması, yeteneklerini keşfederek kullanması, düşünce ve eylem özgürlüğünü kazanabilmesi noktasında uygun bir ortam oluşturmalıdır. Kendini tanıyan bireyin toplumu geliştirmesi ve

ekonomiyi kalkındırması muhtemel bir sonuçtur. Bu sonuç doğrultusunda bireyin kendini tanıması eğitim için önemli bir unsurdur. Kendini tanıyan, yeteneklerini kullanan kişi toplumu geliştirmekte ve topluma fayda sağlamaktadır.

- **Anlatım ve İletişim Gereksinimi,** Bireyin duygu ve düşüncelerini aktarma noktasında kendini ifade edebilme ve iletişime geçebilme dürtüsü yatmaktadır. Bu durum dışında birey iletişim sonucunda karşı tarafın duygu ve düşüncelerini de anlama ihtiyacı duymaktadır. Bireyin kendini anlatabilmesi ve iletişimde yeterli olması toplum yaşamın devam edebilmesi için gerekli bir unsurdur. Kişinin kendini ve karşı tarafı anlaması toplum alanında iletişimin doğru bir şekilde aktarılmasını sağlamaktadır. Doğru bir şekilde aktarılan iletişim toplum ve kişi nezdinde oluşabilecek karmaşıklıkları engellemektedir. Bu yeterliliğin kazanılması gerekli bilgi ve becerinin kazanılması ile mümkündür. Bilgi ve becerinin kazanılması ise eğitim sonucunda oluşmaktadır.
- **İlişki, İşbirliği ve Birlikte Yaşama Gereksinimi,** Eğitim insanların karşı taraftaki kişi ile bir iş veya bir amaç doğrultusunda gerekli ilişkilerin oluşturulmasını sağlamaktadır. Günümüzde sosyalleşme üzerine bir temel oluşturan insanların toplumda yer edinebilmesi iyi bir ilişki ve işbirliği ile mümkündür. Bu ilişki ve işbirliğinin oluşturulması eğitim olgusunun kazanılmasıyla mümkündür.
- **Sağlıklı Yaşam Gereksinimi,** Eğitim bireyin toplum sağlığını ve kendi sağlığını düşünmesini sağlayan ve bu noktada sağlıklı yaşama alanının oluşturulmasını savunan bir olgudur. Eğitim ile beraber birey sağlıklı yaşamı benimsemektedir ve bu noktada sağlıklı bir kişilik oluşturmaya yardımcı olmaktadır. İnsanın çevreye zarar vermemesi, doğayı koruması, dengeli beslenmesi, kaza ve hastalıklardan korunması eğitim ile mümkündür.
- **Üretim ve Tutumluluk Gereksinimi,** Bireyin bir konuda fikir üretebilmesi ve bu fikri ortaya koyabilmesi eğitim ile mümkündür. Bu durum dâhilinde bireyin yaşamına devam etmesi için ürün üretilmelidir. Bu ürünlerin üretilmesi günümüz şartlarında kıt kaynakların kullanımı ile sağlanabilir. Eğitim bireyin üretim sonucunda kaynakları tutumlu bir şekilde kullanılmasını sağlayan etkili bir araçtır.

- **Araştırma, Öğrenme ve Sorun Çözme Gereksinimi,** Günümüzde Dünya’da sürekli bir değişim ve gelişim meydana gelmektedir. Bu değişim ve gelişime ayak uydurmaları kişilerin değişim ve gelişmelere hâkim olması ile mümkündür. Bu hâkimiyet bu alanda gerekli araştırmaların yapılmasını sağlamıştır. Yapılan bu araştırmaların geçerliliğinin ne zamana kadar devam edileceğinin bilinmemesi sorun çözme durumunu ortaya çıkarmıştır. Çağdaş eğitim yaklaşımında zamanla değişme imkânına sahip bilgilerin öğretilmesinden daha çok şimdi ve gelecekte sahip olunması gereken öğrenme ve sorun çözme faaliyetleri öğretilmelidir. Öğrenme ve sorun çözme ise araştırma ile mümkündür.

Yukarıda anlatılanlar ışığında eğitim, insanın kendini geliştirmesi noktasında önemli bir süreçtir. Kültürel mirasın aktarılması, toplumsal ve ekonomik kalkınmada gerekli olan insan gücünün yetiştirilmesi, toplum devamlılığını sağlayan ortak değerleri paylaşan, birbirine hoşgörülü bireyler yetiştiren ve bireyin kendini geliştirmesi noktasında eğitim olgusuna ihtiyaç duyulmaktadır (Başaran, 1994, s. 24). Eğitimin öneminde bahsedilen bireyin kendini geliştirilme süreci her alanda olduğu gibi sağlık yönetimi alanında da büyük önem taşımaktadır. Bu kapsamda sağlık yönetimi eğitimi; sağlık kuruluşlarının ihtiyaç duyduğu insan kaynaklarının yetiştirilmesi amacı ile planlanan süreçler bütünü olarak tanımlanmaktadır. Sağlık yönetimi eğitimi bir başka tanımda ise sağlık kurumlarını etkin ve verimli yönetebilen, sağlık ve tıp kavramlarına hakim, sağlık kurumlarındaki insan kaynaklarına önem veren, satın alma, stok ve envanter yönetimini sıkı bir disiplin ile yürüten, paydaşlar ile ilişkileri iyi olan, sağlık hukuku, sağlık muhasebesi, sağlık pazarlaması, sağlık ekonomisi gibi alanlara hakim olan ve bu alanlardaki hizmetleri yerine getirirken hizmetin kalitesine dikkat eden, hasta memnuniyetine önem veren, yaratıcı ve yenilikçi olan, etik kural ve değerleri benimsemiş sağlık yöneticileri yetiştirmeyi amaçlayan planlı süreçler bütünüdür. Bu tanımlardan yola çıkılarak sağlık yönetimi eğitiminin, sağlık kuruluşlarını yönetebilecek sağlık yöneticilerinin yetiştirilmesi noktasında bir yöneticide olması gereken bilgi ve yeteneklerin planlı bir şekilde aktarılması olarak da ifade edilebilir (Mansur, 2016, s. 20).

2.2. Sağlık Yönetimi Eğitiminin Tarihsel Gelişimi

Bu bölümde sağlık yönetimi eğitiminin Dünya’da ve Türkiye’deki tarihsel gelişimleri incelenmektedir.

2.2.1. Dünya’da Sağlık Yönetimi Eğitiminin Tarihsel Gelişimi

Hastane yöneticiliği ile aynı anlamı taşıyan sağlık yönetimi mesleği 1900’lerde ortaya çıkmıştır (Çimen, 2010, s. 137). 1900’lü yılların başında “Süperintendent” adı verilen hekim veya hemşirelerin idaresinde olan hastane yönetiminde sağlık yönetimi eğitimleri, mesleğe ilgi duyanların yöneticiye çıraklık etmesi ile devam eden süreçleri kapsamaktadır. 1910 yılından itibaren 20.yy’da karmaşık olan hastane yapısı nedeniyle hastaneyi yönetebilecek nitelikli elamanların yetiştirilmesi gerektiği Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde anlaşılmıştır (Çamcı, 2007, s. 23). 1916 yılında ABD’de ilk Sağlık Yönetimi Eğitimi Halk Sağlığı Okulu Yüksek Lisans Programı adı altında Johns Hopkins Üniversitesi’nde verilmeye başlanmıştır (Akdoğan, 2023, s. 14). 1926’da Milwaukee Marquette Üniversitesi’nde ilk sağlık yönetimi lisans programı açılmıştır (Hilsenrath, 2012, s. 1). 1929 yılında sağlık yönetimi alanında dönüm noktası olma özelliği taşıyan ve Michael Davis tarafından “*Hospital Administration A Career*” adlı kitap yayınlamıştır (Çimen, 2010, s. 137). Bu kitaptaki görüşleri Tıbbi Bakım Maliyetleri Komitesi desteklemiş ve sağlık kurumlarının profesyonel sağlık yöneticiler tarafından yönetilmesi gerektiği kabul edilmiştir (Sarvan, 1995, s. 12). 1929 gelişmeleri ile beraber 1934 yılında Chicago Üniversitesi Lisansüstü işletme okulunda ilk lisansüstü program olan “Hastane Yönetimi Yüksek Lisans Programı” açılmıştır (Selçuk, 2019, s. 28). 1943 yılında Northwestern Üniversitesinde, 1946 yılında Columbia Üniversitesinde ve 1947 yılında Toronto Üniversitesinde, California Üniversitesinde ve Yale Üniversitesinde sağlık yönetimi bölümleri açılmıştır (Tengilimoğlu, vd., 2021, s. 564). 1948 yılında ABD’de sağlık yönetimi eğitime rehberlik etmek amacıyla Sağlık Yönetimi Üniversite Programları Birliği (Association Of University Programs In Health Administration/AUPHA) oluşturulmuştur (Çimen, 2010, s. 137). Günümüzde ABD’deki sağlık yönetimi lisans, ön lisans, lisansüstü ve doktora eğitimlerinin akreditasyonları AUPHA’ya bağlı olan Sağlık Yönetimi Eğitimi Akreditasyon Komisyonu (Commission on Accreditation of Healthcare Management Education-CAHME) tarafından yürütülmektedir (Aldoğan, 2024, s. 5). Dünya’da sağlık yönetimi eğitimi ile ilgili tarihler kronolojik bir şekilde Tablo 2.1 verilmiştir.

Tablo 2.1: Dünya’da Sağlık Yönetimi Eğitiminin Tarihsel Gelişimi

Tarih	Olay
1900	1900’lü yılların başında hastane yönetimi “Süperintendent” adı verilen hekim veya hemşirelerin yönetimindedir.
1910	20. Yüzyıl’da karmaşık olan hastane yapısı sonucunda hastaneyi yönetebilecek nitelikli elamanlar yetiştirilmesi gerektiği ABD’ de anlaşılmıştır.
1916	ABD’ de ilk sağlık yönetimi eğitimi halk sağlığı okulu yüksek lisans programı olarak Johns Hopkins üniversitesinde başlamıştır
1926	1926’da Milwaukee Marquette Üniversitesinde ilk sağlık yönetimi lisans programının açılmıştır
1929	Michael Davis “ Hospital Administration A Career” adlı kitabını yayınlamıştır. Bu kitap sağlık yönetimi alanında dönüm noktası olma özelliği taşımaktadır
1934	1934 yılında Chicago Üniversitesi Lisansüstü işletme okulunda ilk lisansüstü program olan “Hastane Yönetimi Yüksek Lisans Programı” açılmıştır
1943	Northwestern Üniversitesinde sağlık yönetimi bölümü açılmıştır.
1946	Columbia Üniversitesinde sağlık yönetimi bölümü açılmıştır.
1947	Toronto Üniversitesinde, California Üniversitesinde, Yale Üniversitesinde sağlık yönetimi bölümleri açılmıştır.
1948	ABD’de sağlık yönetim eğitimine rehberlik etmek amacıyla Sağlık Yönetimi Üniversite Programları Birliği (Association Of University Programs In Health Administration/AUPHA) oluşturulmuştur

2.2.2. Türkiye’de Sağlık Yönetimi Eğitiminin Tarihsel Gelişimi

Türkiye’de sağlık hizmeti veren kuruluşlara yönetici temin etmek maksadıyla 19 Aralık 1963 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ilk yükseköğretim kurumu olan Sağlık İdaresi Yüksekokulu kurulmuştur. Bu okul 3 sene teorik eğitim ve 1 sene pratik eğitim olmak üzere 4 yıllık eğitim verilen bir yüksekokuldur. 1970 yılında Hacettepe Üniversitesinde Hastane İdaresi Yüksekokulu adlı bir yüksek lisans programı oluşturulmuştur. Bu okulda yüksek lisans ve doktora eğitimleri verilmiştir. 1975 yılında

adı Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu olarak değiştirilen Hastane İdaresi Yüksekokulu'nda yüksek lisans ve doktora eğitimlerinin yanı sıra 4 yıllık lisans eğitimleri de verilmeye başlanmıştır (Altan, 2020, s. 17). Üniversite 2007 yılında Sağlık İdaresi bölümü olarak Hacettepe Üniversitesinin İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesine bağlandığı görülmektedir (Aydın, 2009, ss. 29-30). 1980 yılından sonra sağlık yönetimi eğitimine dikkat edilmemesine rağmen bu durum 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile beraber değişiklik göstermiş ve sağlık yönetimi eğitimine önem verilmeye başlanmıştır (Akdoğan, 2023, s. 14). Sağlık yönetimi eğitiminin Türkiye'deki sağlık yönetimi eğitimi ile ilgili kronolojik tarihler Tablo 2.2'de verilmiştir.

Tablo 2.2: Türkiye'de Sağlık Yönetimi Eğitiminin Tarihsel Gelişimi

Tarih	Olay
1963	Sağlık Bakanlığı tarafından ilk yükseköğretim kurumu olan Sağlık İdaresi Yüksekokulu kurulmuştur
1970	Hacettepe Üniversitesinde Hastane İdaresi Yüksekokulu adlı bir yüksek lisans programı oluşturulmuştur
1975	Hastane İdaresi Yüksekokulu'nun adı Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu olarak değiştirilmiştir
2003	Sağlıkta dönüşüm programının açıklanması sonucunda sağlık yönetimine gereken önem ve vurgular yapılmıştır
2007	Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu sağlık idaresi bölümü olarak Hacettepe Üniversitesindeki İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesine bağlandı

2.3. Türkiye'de Sağlık Yönetimi Eğitimi

Sağlık yönetimi eğitimi; lisans, ön lisans, yüksek lisans ve doktora düzeyinde verilmektedir. Sağlık yönetimi lisans bölümü 4 yıl öğrenim gerektirirken sağlık kurumları işletmeciliği ön lisans bölümü ise 2 yıllık öğrenimi kapsamaktadır (Selçuk, 2019, s. 18). Sağlık yönetimi eğitiminde uygulanacak standartları belirlemek amacıyla 2017 yılında ulusal çerçeve programı olan Sağlık Yönetimi Ulusal Çekirdek Programı(SAYÇEP) oluşturulmuştur. Bu programın 7 bileşeni mevcuttur. Bu bileşenler aşağıda sıralanmıştır (Sağlık Yönetimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı, 2017, s. 26).

- Sağlık yönetimi lisans eğitiminin amacı ve lisans programı ulusal yeterlilik
- Sağlık yönetimi lisansiyerlerinin görev, yetki ve sorumlulukları
- Sağlık yönetimi mesleğinde kuram, kavram ve tanımlar
- Sağlık yönetimi uygulamaları ve ilgili beceriler listesi
- Sağlık yönetimi eğitimi ve öğretim yöntemleri
- Sağlık yönetimi ölçme ve değerlendirme yöntemleri
- Sağlık yönetimi mesleki uygulama faaliyetleri

Sağlık yönetiminde alınan eğitim sağlık yöneticisinin mesleğinde başarı ve kurum kalitesini arttırmaya yardım edecektir. Bu nedenle yukarıda belirtilen 7 bileşene ihtiyaç duyulmaktadır. Bu 7 bileşen kapsamında bir sağlık yöneticisinin eğitimi ve mesleği hakkında gerekli bilgiler verilmektedir. Sağlık yönetiminde amaç, öğrenimini tamamlamış öğrencilerin sağlık kurumlarında çalışabilecek yeterliliğe sahip olmalarıdır. Bu amaçla öğrencilerin ilk önce gerekli öğrenim becerilerini kazanmaları gerekmektedir. Bu öğrenim becerileri teorik ve uygulama eğitimlerinden oluşan bir süreç sonucunda kazanılmaktadır. Teorik uygulamada bir sağlık yöneticisinin öğrenmesi gereken sağlık, yönetim, ekonomi gibi birçok alan mevcuttur. Bu alanların öğretilmesi noktasında öğrencilere sadece dinleyici rolü verilmemelidir. Öğrenciyi araştırmaya yönlendirecek sunumlar, araştırmalar, makale okumaları, çalışma projeleri ve sosyal faaliyetler sunulmalı ve bu çalışmalar kapsamında öğrencilerin derse katılımı artırılmalıdır. Öğrenciyi araştırmaya yönlendirmek dışında bir sağlık yönetimi programında ders içi ve ders dışı ortamlarda uygulanması öngörülen 3 öğrenme düzeyi mevcuttur. Bu öğrenme düzeyleri; bilişsel(zihinsel), psikomotor ve duyuşsal(tutum, değer) şeklinde sıralanmaktadır (SAYÇEP, 2017, s. 53). Bu öğrenme düzeylerine ilişkin yöntem ve teknikler Tablo 2.3’de verilmiştir.

Tablo 2.3: Sağlık Yönetiminde Kullanılan Öğrenme Düzeylerine İlişkin Yöntem ve Teknikler

Öğrenme düzeyleri	Yöntem	Teknik
Bilişsel (Zihinsel)	Anlatım Yöntemi	Gözlem
	Tartışma Yöntemi	Beyin Fırtınası

Tablo 2.3: Sağlık Yönetiminde Kullanılan Öğrenme Düzeylerine İlişkin Yöntem ve Teknikler (Devamı)

Duyuşsal (Tutum, Değer)	Örnek Olay Yöntemi	Soru-Cevap
	Problem Çözme Yöntemi	Vaka Tartışması
	Bireysel Çalışma Yöntemi	Örnek Olay-Senaryo
	Proje Tabanlı Öğrenme Yöntemi	Programlı Öğretim Bilgisayar Destekli Öğretim
	Anlatım Yöntemi	Gözlem
	Tartışma Yöntemi	Beyin Fırtınası
	Örnek Olay Yöntemi	Gösteri
	Problem Çözme Yöntemi	Soru-Cevap
	Yaratıcı Çalışma Yöntemi	Benzetim
	Bireysel Çalışma Yöntemi	Rol Oynama
Psikomotor	Proje Tabanlı Öğrenme Yöntemi	Drama
	Proje Çalışması	Oyun
	Görüşme	Programlı Öğretim
	Mentorluk	Bilgisayar Destekli Öğretim
	Simülasyon	Bilgisayar Destekli Öğretim
	Anlatım Yöntemi	Gözlem
	Tartışma Yöntemi	Beyin Fırtınası
	Vaka Tartışması	Gösteri
	Örnek Olay Yöntemi, Senaryo	Soru-Cevap
	Gösterip Yaptırma Yöntemi	Vaka Tartışması
	Problem Çözme Yöntemi	Örnek Olay-Senaryo
	Yaratıcı Çalışma Yöntemi	Programlı Öğretim

Tablo 2.3: Sağlık Yönetiminde Kullanılan Öğrenme Düzeylerine İlişkin Yöntem ve Teknikler (Devamı)

Bireysel Çalışma Yöntemi	Bilgisayar Destekli Öğretim
Proje Tabanlı Öğrenme Yöntemi	Kavram Haritası

Kaynakça: Sağlık Yönetimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (2017, s. 53)

Tablo 2.3’e bakıldığında sağlık yönetimi öğrencilerine 3 farklı öğrenim düzeyine göre yöntem ve teknikler uygulanmaktadır. Öğrencinin belirlenen yöntemlere uyguladıkları teknikler dersin anlaşılması, öğrencinin kendini geliştirmesi noktasında önemlidir. Zihinsel öğrenme düzeyinde öğrenciye tartışma, proje yapma, anlatım gibi yöntemler kullanılmış ve bu yöntemlerde vaka araştırması yapmak, gözlem ve beyin fırtınası yapması gerektiği tekniklerde anlatılmıştır. Duyuşsal yöntemde bu yöntem ve tekniklere ek olarak simülasyon, görüşme, mentorluk gibi yöntemler kullanılması gerektiği ve bu yöntemlerde rol yapma, drama, oyun gibi teknikler kullanılarak öğrencinin duygu değerlerini harekete geçirilmesi amaçlanmıştır. Psikomotor öğrenme yöntemi ise öğrencinin zihinsel ve fiziksel becerilerini aynı oranda kullanması amacıyla oluşturulan yöntemdir. Bu yöntemde duyuşsal ve bilişsel yöntemlerden yararlanır. Bu yöntemlerde kullanılan tekniklerde aynı olmakla beraber kavram haritası tekniğinin de kullanıldığı görülmektedir. Kavram haritası tekniği ile öğrenilen bilgi ve davranışlar arasında ilişki kurulmaktadır (SAYÇEP, 2017, s. 53). Bu ifadeler kapsamında sağlık yönetimi eğitimleri hakkında aşağıda bilgiler verilmiştir.

2.3.1. Sağlık Yönetimi Ön Lisans Bölümü

Sağlık ile ilgili olan kurumların idari işlerinin yönetilmesi anlamına gelen ve sağlık yönetiminin iki yıllık ön lisans bölümünü oluşturan sağlık kurumları işletmeciliği, sağlık alanında yetenekli sağlık işletmecilerinin yetiştirilmesi amacı ile kurulan 2 yıllık bir bölümdür (Selçuk, 2019, s. 18). Sağlık kurumları işletmeciliği eğitimi veren kuruluşlar, bu bölümde okuyan öğrencilere gerekli tecrübe ve bilgi birikimi kazandırmayı amaçlamaktadırlar. Bu bölümde verilen program dahilinde öğrencilere hukuk, sağlık, yönetim, tıbbi terminoloji, ilkyardım, pazarlama, insan kaynakları, işletme ve sağlık ekonomisi gibi eğitimler verilerek bu eğitimler kapsamında donanımlı bir sağlık

kurumları işletmecisinin oluşturulması amaçlanmıştır (Kaya, vd., 2022, s. 127). Sağlık kurumları işletmeciliği bölümü 56 üniversitede bulunmaktadır. Bu üniversiteler EK 4'te verilmiştir.

2.3.2. Sağlık Yönetimi Lisans Bölümü

Sağlık yönetimi lisans programı dört yıllık bir süreçten meydana gelmektedir (Aldoğan, 2024, s. 9). Bu süreç zarfında öğrenciler; muhasebe, hukuk, iktisat, işletme, iletişim, tıbbi terminoloji, tıbbi dokümantasyon, sağlık sistemleri, ilk yardım gibi birçok alanda eğitimler almaktadırlar. Bu eğitimler ile beraber sağlık hizmetlerinin üst düzeyde sunulması için yönetim hakkında bilgi sahibi olan, sağlık sistemlerini gerçekleştirmek amacıyla planlama, örgütleme, yürütme, koordine etme ve denetimi doğru yapabilen, etik ve yasal ilkelere uyabilen, problem çözme konusunda gelişen, kişiler arası iletişimi iyi olan ve yenilikçi olan sağlık yöneticileri yetiştirmek amaçlanmıştır. Sağlık yönetimi lisans eğitimi sonunda sağlık yöneticisi unvanı alan mezunlar sağlık yönetiminde profesyonel oldukları kabul edilmektedir. Sağlık yönetimi lisans eğitim programı mezunu olan bir sağlık yöneticisinin yeterlilikleri SAYÇEP tarafından bilgi, beceri ve yeterlik şeklinde sıralanmıştır (SAYÇEP, 2017, ss. 27-29).

Bilgi alanında,

- Sağlık kurumlarının etkin ve verimli bir şekilde yönetilmesi için sağlık yöneticisi ekonomi, işletme, muhasebe, hukuk, maliye, finans ve yönetim bilimine ilişkin kuramsal ve uygulamalı bilgilere hâkimdir ve bu bilgilere hâkim olması sağlık kurumlarının yönetilmesinde sağlık yöneticisine yardımcı olmaktadır.
- Sağlık ve yönetim alanında gerekli eğitimleri alan sağlık yöneticisi sağlık endüstrisine hâkimdir. Bu durum ulusal ve uluslararası sağlık sistemlerinin bileşenlerini ve sağlık politikalarını yorumlamasına olanak sağlamaktadır,
- Sağlık sistemi örgütlenmesinin alt bölümlerini ve bu bölümlerdeki çalışanlarını tanıyan yönetici, çalışanlarının görev, yetki ve sorumlulukları konusunda da bilgi sahibidir. Bu durum planlama yapma ve bu planın yönetilmesi noktasında görevlerin hangi çalışana verilmesi gerektiği konusunda yöneticiye bir fikir oluşturur ve bu durum daha iyi bir yönetim sürecinin oluşmasını sağlamaktadır.

- Sağlık yöneticisi toplum ve birey sağlığının geliştirilmesi ile ilgili olan sosyal, çevresel ve davranışsal faktörler konusunda bilgi sahibidir.

Beceri alanında,

- Sağlık yöneticisi aldığı eğitimler doğrultusunda bilgi ve becerilerini ilgili kurumların yönetim, üretim, insan kaynakları, finans, muhasebe, pazarlama, hasta ve halkla ilişkiler, kalite ve hasta güvenliği, iş sağlığı ve güvenliği, bilgi teknolojileri, sağlık sigortacılığı vb. alanlarda uygulamaktadır,
- Yönetim sürecinde ortaya çıkan sorunları sağlık yöneticisi eleştirel ve yaratıcı düşünme, karar verme ve problem çözmede bilimsel yöntem ve teknikleri kullanarak çözmektedir.
- Yönetici, sağlık yönetimi alanıyla ilgili verileri analiz eder, değerlendirir ve yorumlar.

Bu eğitim doğrultusunda sağlık yöneticilerinin yönetim, işletme, hukuk, sağlık gibi alanlarda eğitimleri almaları sağlık alanını daha iyi tanımalarına ve bu alanda yapılan veya yapılacak olan gelişmelere hâkim olmalarını sağlamaktadır. Bu hâkimiyet yöneticilerin sağlık alanında ortaya çıkabilecek sorunlara çözüm önerileri sunma noktasında yardım sağlamaktadır. Son olarak yeterlik alanında ki yetkinlikler; bağımsız çalışabilme ve sorumluluk alabilme yetkinliği, öğrenme yetkinliği, iletişim ve sosyal yetkinlik ve alana özgü kişilik/iş yetkinliği olmak üzere üçe ayrılmaktadır (SAYÇEP, 2017, ss. 27-29).

Bağımsız çalışabilme ve sorumluluk alabilme yetkinliği kapsamında,

- Yönetici, sağlık kurumlarının yönetilmesi noktasında yönetim ile ilgili gelişmeleri çok yönlü olarak incelemek ve değerlendirmek için bilimsel yöntem ve teknikler kullanır,
- Sağlık yöneticisi aldığı eğitimler ile beraber kurum, kuruluş veya görev aldığı birimde liderlik özellikleri göstermektedir,
- Sağlık kurumlarının yönetimi esnasında karşılaşılan sorunların çözülmesi için yönetici bireysel ve ekip üyesi olarak sorumluluk almaktadır,

- Sağlık çalışanlarını tanıyan yönetici, çalışanların kişilik, kültür ve davranışsal özelliklerini değerlendirir ve bu özelliklere göre kurum amacına fayda sağlayacak alanlara yönlendirme yapmaktadır.

Öğrenme yetkinliği, iletişim ve sosyal yetkinlik kapsamında,

- Yönetici kullanılacak bilgiye ulaşma noktasında karar vericidir ve bu kararı uygulamaktadır,
- Sağlık kurumları yöneticisi büyük bir endüstriye hâkim olmak amacıyla mesleki bilgi ve becerilerini sürekli geliştirmesi, değiştirmesi ve yeniliğe açık olması gerekmektedir. Bu alanda girişimciliğe önem vermelidir,
- Ulusal ve uluslararası alana hâkim olan sağlık sektörünü yöneten yöneticinin Bir yabancı dili en az Avrupa Dil Portföyü B1 genel düzeyinde kullanması gerekmektedir. Kullanılan bu yabancı dil ile alanındaki gelişmeleri takip etmekte ve meslektaşları ile iletişim kurmaktadır,
- Kurum içinde ve ya dışında meydana gelebilecek sorunların çözümünde yönetici etkili iletişim yöntemlerini kullanmaktadır,
- Yazılı ve sözlü iletişimde, doğru ve kurallara uygun biçimde dil bilgisini ve sağlık kurumlarında kullanılan terminolojiyi kullanabilme yeterliliğine sahiptir,
- Alanının gerektirdiği en az Avrupa Bilgisayar Kullanma Lisansı düzeyinde bilgisayar yazılımı ile birlikte bilişim ve iletişim teknolojilerini kullanabilmektedir.

Alana özgü kişilik/iş yetkinliği kapsamında,

- Birey olarak dış görünümü, olumlu tutumu ve davranışlarıyla kuruma örnek olan sağlık yöneticisi; sürekli gelişime ve değişime açıktır,
- Sağlık alanındaki toplumsal, bilimsel, mesleki etik ilkelere uygun davranmaktadır,
- Ulusal ve uluslararası sağlık sorunlarına hâkim olan yönetici bu sorunlara karşı duyarlıdır ve sorunlara ilişkin sunulan çözüm önerilerini yorumlamaktadır ve değerlendirmektedir.

Sağlık yönetimi lisans eğitimi uygulayan kurumların SAYÇEP tamamlandıktan sonra yapması gereken görevler mevcuttur. Bu görevler (SAYÇEP, 2017,s.27):

- SAYÇEP kapsamında oluşturulan anahtarlar dikkate alınarak kurumlar kendi programlarını hazırlamalıdır,
- Sağlık yönetimi eğitiminde uygulanacak süreç ve yöntemler SAYÇEP dikkate alınarak yapılmalı,
- Mevcut eğitim SAYÇEP dikkate alınarak düzeltilmeli,
- Yeni kurulan sağlık yönetimi programları gerekli standartlara uygun hazırlanması için çalışmalar yapılmalı,
- Eğitimin kapsamı, kazanımları ve ana rol modeli belirlenmeli,
- Eğitim esnasında kullanılacak yöntem ve teknikler belirlenmeli,
- Değerlendirme esnasında kullanılacak öğretim yöntem ve teknikleri belirlenmeli,
- Sağlık yönetimi eğitimindeki zorunlu ve seçmeli derslerin %70-75'inin zorunlu,%25-30'unun seçmeli olması sağlanmalı,
- Zorunlu ve seçmeli derslerin içerikleri öğrenme ve beceri listelerine göre belirlenmeli,
- Sağlık yönetimi programında eğitim verecek akademisyenlerin sayısı ve nitelikleri, üniversite ve şehrin özelliklerine göre belirlenmelidir.

Türkiye’de sağlık yönetimi lisans bölümü 80 üniversitede bulunmaktadır. Bu üniversiteler EK 5’te verilmiştir.

2.3.3. Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans ve Doktora Eğitimi

Üniversitelerde sağlık yönetimi yüksek lisans ve doktora programları bu alanda gerekli profesyonel yöneticiler yetiştirmek ve akademisyen ihtiyacını karşılamak amacıyla kurulmuştur. Sağlık kurumlarında sağlık yöneticisi olarak çalışan, çalışmak isteyen veya bu alanda uzmanlaşarak kendini geliştirmek isteyen bireyler sağlık yönetimi alanında lisansüstü programlara başvurabilirler. Sağlık yönetimi yüksek lisans programı hakkında CAHME, self study handbook for Graduate programs in healthcare management education el kitabını yazmıştır (Kıyak, 2013, s. 33).

Bu programlar dışında sağlık yönetimi alanında yürütülen sertifika programları bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Müdürlüğü (SAGEM), sağlık alanında insan kaynaklarının eğitim derecesini arttırmak, sağlık personelinin görevlerini iyi bir şekilde yerine getirme ve mesleki gelişimine katkı sağlayacak bilgi ve becerilerin geliştirilmesi amacı doğrultusunda Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemini (USES)

yürütmektedir. Sağlık personelinin mezuniyetinden sonra eğitimlerini desteklemek amacıyla Ankara’da SAGEM adı altında uzaktan eğitim merkezi olarak kurulan USES 2006 yılından günümüze kadar eğitimlerine devam etmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında sağlık yöneticilerine ait “Sağlık Yönetimi ve İşletmeciliği Sertifika Programları” planlanmış ve SAGEM tarafından “Sağlık Yöneticiliği Sertifika Programı” ve “Hastane Yöneticiliği Sertifika Programı” yürütülmeye başlanmıştır (Aldoğan, 2024, ss. 7-8).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK YÖNETİMİ MESLEĞİNDE VE EĞİTİMİNDE KARŞILAŞILAN SORUNLAR ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Bu bölümde sağlık yönetimi mesleği ve sağlık yönetimi eğitimi ile ilgili karşılaşılan sorunların belirlenmesi ve bu sorunlara çözüm önerileri sunmak amacıyla yapılan çalışmanın literatür incelemesi, amacı, kapsamı, yöntemi ve bulguların değerlendirilmesi alt başlıklar halinde incelenmektedir.

3.1. Literatür İncelemesi

Araştırmanın bu kısmında sağlık yönetimi, sağlık yönetimi mesleği ve sağlık yönetimi eğitimi ile ilgili yapılmış olan çalışmalardan bazılarına yer verilmiştir.

Calhoun, vd. (2002) çalışmalarında, sağlık yönetimi eğitimi bağlamında yeterlilik modellemesi ile ilgili tartışmaları kolaylaştırmayı amaçlamışlardır. Çalışma sağlık yönetimi için yeterlilik tanımlamasındaki son ilerlemeleri, yeterlilik temelli eğitim ve değerlendirmeye dair tarihsel bir genel bakışı, yeterlilik temelli eğitim ve öğretimle ilgili sık kullanılan terimlerin bir sözlüğünü ve yeterlilik modellemesiyle ilişkili ana zorluklar ve faydaları içermektedir. Çalışma sonucunda sağlık yöneticileri için belgelenmiş ihtiyaçlara göre yeterliliklerin belirlenmesinin gelecekteki sağlık liderlerinin eğitim ve gelişimiyle ilgili tüm organizasyonlar arasındaki iletişim ve iş birliğini kolaylaştırabileceği sonucu ortaya çıkmıştır.

Bose (2003), bilgi yönetim destekli sağlık yönetimi sistemi için bilgi yönetim yeteneklerini, teknik altyapıyı ve karar destek mimarisini tanımlamayı amaçlamıştır. Araştırmada bilgi teknolojilerinin daha yaygın kullanımı, verimliliği artırmak ve sağlık hizmeti sunum süreçlerinde değişiklikleri sağlamak amacıyla sağlık sistemlerinin performansını iyileştirebileceği yönünde artan bir farkındalık olduğu görülmüştür. Ayrıca sağlık hizmeti bilgi teknolojileri yöneticilerinin ve bilgi tabanlı sistem

geliştiricilerinin bilgi teknoloji ihtiyaçlarını belirlemelerine, sağlık kurumlarının teknik alt yapısını planlamalarına ve geliştirmelerine büyük önem sağlayacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Çamcı (2007), sağlık yönetimi alanındaki kişilerin yetki ve sorumluluklarını etkileyen unsurların tespit edilmesini amaçlamıştır. Çalışmada Cumhuriyet döneminden günümüze kadar var olan sağlık yönetimi ile ilgili literatür incelemesi yapılmıştır. Araştırma sonucunda, sağlık yönetiminin en tepesindeki sorumlular ile en alt tepedeki çalışanlara kadar bütün kişi, kurum, kuruluş ve sistemlerde yoğun görev ihmalleri ve yönetim yetersizliklerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca Türkiye’de sağlık hizmetlerinin teşkilatlanması ile ilgili yasal düzenlemelerin dağınık, birbirinden bağımsız ve yetersiz olduğu görülmüştür.

Karagöz ve Balcı (2007), Türkiye’de sağlık yöneticileri yetiştiren üniversitelerin sağlık yönetimi bölümlerine etkinliğini incelemek amacıyla 207 kişiye anket uygulamışlardır. Çalışmada üniversitedeki öğretim üyelerinin etkinliklerinin öğrencilerden daha fazla olduğu anlaşılmış ve bu durumun öğretim üyelerinin sorumluluk üstlenmelerinden kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır. Genel olarak etkinliğin orta düzeyde, en yüksek etkinliğin Başkent Üniversitesi’nde, kaynak edinme yeteneğinin en düşük boyutta ve organizasyonel sağlığın en yüksek boyutta olduğu ortaya çıkmıştır.

Calhoun, vd. (2008) çalışmalarında, son yıllarda mesleklerdeki sonuç temelli hareketle değişen iş gücü ve iş yeri, eğitim sürecinde reform, evrim geçiren akreditasyon temelleri ile sağlık yönetimi ve politika eğitiminde sürekli kalite iyileştirme olmak üzere dört mevcut dönemeç noktasını incelemeyi amaçlamaktadırlar. Çalışmada yeterliliklerin tanınması, performans beklentilerinin iyi tanımlanması ve değerlendirme süreçlerinin netleştirilmesinin eğitim için daha net yollar oluşturabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Lantz (2008) çalışmasında, kadınların üst düzey sağlık yönetimindeki yerini incelemeyi amaçlamıştır. Çalışmada son literatür çalışmaları, önerilen gündemler ve araştırmalar incelenmiştir. Araştırmada sağlık yönetimi üst kademelerinde kadınların yeterince temsil edilmediğini ve kadınların elde ettiği liderlik rollerinde cinsiyet farklılıklarının devam ettiği sonucuna ulaşılmıştır.

Balcı, vd. (2011), Kayseri’de çalışan sağlık yöneticilerinin özellikleri ve görevlerinde karşılaştıkları sorunları belirlemeyi amaçlamışlardır. Çalışmaya 78 sağlık

yöneticisi katılım göstermiştir. Çalışma sonucunda aldıkları ücretin yaptıkları işin karşılığı olmadığı, kurum dışı yönetici ve politikacıların müdahalelerinden rahatsız oldukları ve bilgisayar konusunda eksiklikleri için eğitim talep ettikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Elg, vd. (2011), sağlık kuruluşlarının yönetim uygulamalarındaki ve iyileştirme çalışmalarındaki gelişimsel eğilimlerini deneysel olarak incelemeyi amaçlamaktadırlar. Çalışmada birincil sağlık merkezi ve klinik hastane bölümü yöneticilerine anket uygulanmış ve 1184 kişi katılım göstermiştir. Çalışma sonucunda deneysel olarak belirlenen genel yönelimin liderlerin iyileştirme çabalarında artan dış baskılar olduğu görülmüştür. Ayrıca üç farklı eğilim olan; kontrol alma mantığı, uygulama temelli iyileştirme ve hasta merkeziliği ampirik olarak tanımlanmış ve detaylandırılmıştır.

Ramirez, vd. (2011) çalışmalarında, sağlık yöneticilerinin kuruluşun sürdürülebilir sağlık bakımına hazır olup olmadıklarını belirlemeyi amaçlamışlardır. Çalışma sonucunda sağlık yöneticilerinin sağlık hizmetlerindeki sürdürülebilirliği sağlaması için yeterli sayıda kılavuz olabilecek kaynak bulunmadığı anlaşılmış ve bu konuda çözüm önerisi sunulmuştur.

McDaniel, vd. (2013) çalışmalarında, kompleks yapıli sistemlerin sağlık hizmetlerinin tasarımı ve yönetimi üzerindeki etkisini incelemek amacıyla literatür taraması yapmışlardır. Çalışma sonucunda, söz konusu sistemlerin sağlık kuruluşlarını anlamaya çalışan akademisyen ve uygulayıcıların fikirlerini etkilediği, ayrıca akademisyenlerin sağlık hizmetlerini karmaşık ve uyumlu bir sistem olarak incelemesi sonucunda yeni yönetim stratejileri geliştirdikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Öztürk ve İlman (2015) çalışmalarında, Gazi ve Ankara Üniversitelerindeki sağlık kurumları işletmeciliği bölümünde lisans eğitimini sürdüren öğrencilerin bölümü tercih etme nedenlerini, beklenti ve motivasyon düzeylerini tespit etmeyi amaçlamışlardır. 150 öğrencinin katılım göstermiş olduğu çalışma sonucunda, bölümü tercih etme nedenlerinin başında mezun olunca iş bulma beklentisi olduğu sonucuna varılmıştır. Öğrenci memnuniyetleri, beklenti ve motivasyon düzeyleri arasında da anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir.

Yorulmaz (2015) çalışmasında, Türkiye'deki sağlık yönetiminin mevcut durumunu ve geleceğini tespit etmeyi amaçlamıştır. Araştırmaya 12 katılımcı dâhil

olmuştur. Araştırma sonucunda, sağlık yönetimi mesleğinde eğitim, mesleğin sahiplenilmemesi ve politika ile ilgili sorunlar olduğu tespit edilmiştir ve çözüm önerileri sunulmuştur.

Turaç ve Donar (2017), sağlık yönetimi öğrencilerinin yaşam doyumu ile işsizlik kaygı düzeylerini etkileyen değişkenleri belirlemeyi amaçlamışlardır. Çalışmada Ankara Üniversitesi'nde eğitim alan 3. ve 4. Sınıflardan 136 öğrenciye ulaşılmıştır. Çalışma sonucunda öğrencilerin yaşam kalitesini etkileyen en önemli değişkenin işsizlik kaygısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Selçuk (2019), İstanbul'da özel üniversitelerde sağlık yönetimi bölümlerinde eğitim alan öğrencilerin kariyer beklentilerini, demografik özellikleri bakımından kariyer beklentileri arasındaki farklılıkları ve meslekten beklentilerini belirlemeyi amaçlamıştır. Araştırma sonucunda, lisans öğrencileri ile ön lisans öğrencilerinin kariyer beklentisinin farklı olduğu görülmüştür. Kurumların sağlık yönetimi lisans eğitimi almış mezunları tercih etmesi lisans öğrencilerinin kariyer beklentisini artırırken önlisans öğrencilerinin kariyer beklentisini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Altan (2020) çalışmasında, Üsküdar Üniversitesi öğrencilerinin sağlık yönetimi alanını tercih etme nedenlerini ve bölümden beklentilerini ortaya koymayı amaçlamıştır. Araştırmaya 142 kişi katılım göstermiştir. Araştırma sonucunda, öğrencilerin Üsküdar Üniversitesi'ni tercih etme nedenlerinin başında ailelerinin İstanbul'da ikamet etmesi, İstanbul'da yaşamaları nedeniyle eğitim masraflarının düşük olması ve ikamet ettikleri şehirlerin İstanbul'a yakın olması başlıca nedenler olarak görülmüştür. Ayrıca bazı öğrenciler gelecek kaygısı ve iş bulma konusunda karamsarlık yaşıyor olmasına rağmen öğrencilerin birçoğunun ağırlıklı olarak kendi istekleri veya çevre tavsiyesiyle bölümü tercih ettiği ve memnuniyetlerinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Anderson, vd. (2021), işverenler için önemli görülen sağlık yönetimi lisansüstü programının özelliklerini belirlemeyi amaçlamışlardır. Çalışmaya Ulusal Burslar Yönetim Konseyi'nden 78 kişi katılım sağlamıştır. Çalışma sonucunda işe alımlarda iş deneyim yapısının en önemli ve ortalama başlangıç maaşının daha az önemli olduğu tespit edilmiş ve çözüm önerileri sunulmuştur.

Filiz (2021) çalışmasında, sağlık yönetimi bölümünün akademik yapısı ve eğitiminin genel profilini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Çalışmada 2020 yılında sağlık

yönetimi alanında eğitim veren üniversiteler incelenmiştir. Çalışma sonucunda, sağlık yönetimi akademisyenlerinin 440 kişi olduğu ve üçte birinin sağlık yönetimi bölüm mezunu olduğu görülmüştür. Sağlık yönetimi mevcut kontenjanının azaltılması ve yığılmaların engellenmesi için gerekli önlemlerin alınması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Yılmaz, vd. (2021), sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin mesleki kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla 365 öğrenciye anket uygulamışlardır. Çalışma sonucunda sağlık yöneticisi adaylarının kaygı düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Özellikle sağlık yönetimi eğitimi almış öğrencilerden ziyade, bu eğitimi almamış kişilerin sağlık yöneticisi olarak atanmaları en önemli kaygıları olarak değerlendirilmiştir.

Kaya, vd. (2022), sağlık kurumları işletmeciliği programlarındaki akademisyen profilinin ortaya çıkarılmasını amaçlamışlardır. Çalışmada 72 sağlık yönetimi önlisans bölümü ve 209 akademisyen incelenmiştir. Yapılan çalışma sonucunda sağlık yönetimi eğitimi veren akademisyenlerin genellikle işletme mezunu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık yönetimi eğitimlerinde alan dışı akademisyenlerin derse hâkimiyet açısından zorluk yaşadığı anlaşılmıştır.

Karaşin ve Tatlı (2022), sağlık yönetimi bölümündeki akademik personelin profilini belirlemeyi amaçlamışlardır. Örneklem seçimine gidilmeyen çalışmada sağlık yönetimi bölümünde eğitim veren akademisyenlerin YÖK akademik profilleri incelenmiştir. Çalışma sonucunda sağlık yönetimi eğitimi veren akademik personelin çoğunun sağlık yönetimi mezunu olduğu ancak sağlık yönetimi bölümü ile ilgisi olmayan fen, biyoloji ve matematik gibi alanlarda eğitim almış akademisyenlerin sağlık yönetimi bölümlerinde akademik personel olarak görev yaptığı anlaşılmıştır.

Son (2022) çalışmasında, sağlık yönetimi öğrencilerinin bölümü tercih etme nedenlerini ve akademik motivasyon düzeylerini belirlemeyi amaçlamıştır. Çalışma 2'si vakıf 2'si devlet üniversitesi olmak üzere 4 üniversitede yapılmış ve çalışmaya 407 öğrenci katılmıştır. Çalışma sonucunda bölümün tercih edilmesinin ana kaynağı olarak mezuniyet sonrası iş bulma düşüncesi olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca beklenti ve memnuniyet arasında bağlantı olduğu sonucuna varılmıştır.

Tercan ve Yeşilaydın (2022), Türkiye'de sağlık yönetimi eğitimi veren lisans bölümlerinin etkinlik durumunda hangi giriş ve çıkış değişkenlerinin istatistiksel olarak

anlamalı bir fark oluşturacağını tespit etmeyi amaçlamışlardır. Çalışmada 43 sağlık yönetimi bölümü ele alınmış sadece 15'inin tam olarak etkin durumda olduğu görülmüştür. Çalışmada sağlık yönetiminin etkinliğini inceleyen çalışmaların literatürde fazla olmadığı anlaşılmıştır.

Almeida (2023), sağlık sektöründe yeni yönetim yaklaşımlarının değerlendirilmesini amaçlamıştır. Çalışmada sağlık profesyonelleri, hastane yöneticileri ve sektör uzmanlarıyla yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Gelişmiş teknolojilerin, yapay zekâ ve veri analitiği gibi, karar verme süreçlerini yeniden tanımlayan, operasyonel verimliliği artıran, hasta bakımının genel kalitesini önemli ölçüde yükselten bir güç olduğu anlaşılmıştır. Yöneticinin dinamik alandaki karmaşıklıkları ve fırsatları yönlendirirken aynı zamanda dayanıklı ve yanıt verebilen bir sağlık sistemi oluşturması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Jankelová, vd. (2023) çalışmalarında, sağlık tesislerinin yönetimindeki yenilikçi yaklaşımları incelemeyi amaçlamışlardır. Çalışmaya Slovakya'daki sağlık tesislerindeki 181 yönetici katılmıştır. Çalışmada farklı tesislerdeki yenilikçi yaklaşımların uygulama derecelerinde farklılıklar tespit edilmiş ve bu uygulama farklılıklarının ileri düzeyde üniversite hastanelerinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca çalışmada yenilikçi yaklaşımların sağlık yöneticisinin özelliklerine göre farklılık gösterdiği anlaşılmış ve yöneticilerin tıbbi eğitim ve uzman yönetim eğitimi almalarının yenilikçi yaklaşıma olumlu sonuç oluşturabileceği konusunda öneri sunulmuştur.

3.2. Araştırmanın Amacı

Sağlık yönetimi, sağlık kurumlarının sürdürülebilirliğini sağlamada kritik bir rol oynamaktadır. Bu rolün etkin bir şekilde yerine getirilebilmesi için, alanında yetkin, iletişim becerileri gelişmiş ve liderlik vasıflarına sahip profesyonellerin yetiştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Sağlık yönetimi eğitimi, bu niteliklere sahip profesyonellerin yetiştirilmesinde temel bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Ancak, hem eğitim sürecinde hem de mesleğin icrasında çeşitli sorunlarla karşılaşılması kaçınılmazdır. Bu kapsamda araştırmanın temel amacı, Türkiye'de sağlık yönetimi mesleği ve eğitiminde karşılaşılan sorunları kapsamlı bir şekilde incelemek ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri geliştirmektir. Bu amaç çerçevesinde, araştırma şu hedeflere odaklanmaktadır:

- Sağlık yönetimi eğitiminde karşılaşılan temel sorunları belirlenmek,

- Sağlık yönetimi mesleğinin uygulanmasında ortaya çıkan zorlukları tespit etmek,
- Tespit edilen sorunların öğrenci ve akademisyen perspektifinden değerlendirilmesini sağlamak,
- Sorunların çözümüne yönelik uygulanabilir öneriler geliştirmek.

Bu amaçlar doğrultusunda, araştırma sonuçlarının sağlık yönetimi eğitiminin kalitesinin artırılmasına ve mesleğin gelişimine katkı sağlaması hedeflenmektedir.

3.3. Araştırmanın Kapsamı ve Yöntemi

Çalışmanın amacı doğrultusunda hazırlanan anket formu çalışmanın evrenini oluşturan Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi sağlık yönetimindeki 402 öğrenciye online ve yüz yüze uygulanmıştır. Bu kapsamda katılımcılardan 256 adet geçerli anket elde edilmiştir. Ulaşılan bu sayının yeterli olup olmadığını belirlemek amacıyla örneklem sayısını veren aşağıdaki formül kullanılmıştır (Saraçel, vd., 2002, s. 28).

$$\text{örneklem sayısı}(n) = \frac{N}{1 + N * \alpha^2}$$

Bu formüldeki N= 402 ve $\alpha= 0,05$ olmak üzere aşağıdaki gibi hesaplanmıştır.

$$(n) = \frac{402}{1 + 402 * (0,05)^2}$$

n= 200 olarak hesaplanmıştır.

Bu durum araştırmada hedeflenen minimum örneklem büyüklüğünün 197 olması gerektiğini göstermektedir. Araştırma kapsamında 256 geçerli anketin elde edilmesi minimum örneklem büyüklüğüne ulaşıldığını göstermektedir.

Uzmanlara uygulanan görüşme formuna 5 kişi katılım sağlamıştır. Olgü bilim araştırmalarında geri dönüş sayılarının 5-25 arasında olması literatürde kabul görüldüğünden dolayı elde edilen geri dönüş sayıları değerlendirildiğinde yeterli sayıya ulaşılmıştır (Creswell, 2013b, s. 81).

Anket soruları hazırlanırken bu konu ile ilgili literatürdeki çalışmalar incelenmiş ve Yorulmaz (2015, s. 63)'ın çalışmasından yararlanılmıştır. Anket çalışması 2 bölümden oluşmakta olup EK-1' de verilmiştir. Birinci bölümde sağlık yönetimi öğrencileri

hakkında genel bilgiler içeren demografik sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölümde sağlık yönetimi sorunları tespit etmeye yönelik 5’li likert (1= Kesinlikle Katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4= Katılıyorum, 5=Kesinlikle Katılıyorum) ölçeğine dayanan 32 sorudan oluşmaktadır. Çalışmada anket yöntemi kullanılarak veri toplandığı için Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Sosyal ve Beşeri Bilimleri Etik Kurulu’nun 22 Kasım 2023 tarihli ve 10/07 protokol nolu toplantısında etik kurul izin belgesi alınmıştır.

Anketlerden elde edilen veriler, Statical Package For Social Science For Windows (SPSS Statistics 27.0) programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmıştır ve verilerin analizinde bu programdan yararlanılmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formlarından elde edilen verilerin ağırlık ortalamalarını öğrenmek amacıyla Dematel yönteminden yararlanılmıştır.

3.4. Araştırmanın Dayandığı Hipotezler

Araştırmanın hipotezleri sağlık yönetiminde karşılaşılan sorunlar ile araştırmacının demografik faktörleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını ve sorunlar arasında anlamlı bir ilişkinin mevcut olup olmadığını incelemek amacıyla oluşturulmuştur. Araştırmanın dayandığı hipotezler şu şekilde sıralanmıştır:

A: Sağlık Yönetiminde Eğitim ile İlgili Karşılaşılan Sorunlara İlişkin Hipotezler

H₁: Katılımcıların cinsiyetleri ile eğitimle ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂: Katılımcıların cinsiyetleri ile eğitici kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃: Katılımcıların cinsiyetleri ile öğrenci kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₄: Katılımcıların cinsiyetleri ile eğitim süreci kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₅: Katılımcıların yaşları ile eğitimle ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₆: Katılımcıların yaşları ile eğitici kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₇: Katılımcıların yaşları ile öğrenci kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₈: Katılımcıların yaşları ile eğitim süreci kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₉: Katılımcıların sınıfları ile eğitimle ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₁₀: Katılımcıların sınıfları ile eğitici kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₁₁: Katılımcıların sınıfları ile öğrenci kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₁₂: Katılımcıların sınıfları ile eğitim süreci kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

B: Sağlık Yönetiminde Karşılaşılan Politika Kaynaklı Sorunlara İlişkin Hipotezler

H₁₃: Katılımcıların cinsiyetleri ile politikayla ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₁₄: Katılımcıların cinsiyetleri ile istihdam kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₁₅: Katılımcıların cinsiyetleri ile eğitim politikası kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₁₆: Katılımcıların cinsiyetleri ile politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₁₇: Katılımcıların yaşları ile politikayla ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₁₈: Katılımcıların yaşları ile istihdam kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₁₉: Katılımcıların yaşları ile eğitim politikası kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂₀: Katılımcıların yaşları ile politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂₁: Katılımcıların sınıfları ile politikayla ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂₂: Katılımcıların sınıfları ile istihdam kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂₃: Katılımcıların sınıfları ile eğitim politikası kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂₄: Katılımcıların sınıfları ile politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

C: Sağlık Yönetiminde Karşılaşılan Mesleğin Sahiplenilmemesi ile İlgili Sorunlara İlişkin Hipotezler

H₂₅: Katılımcıların cinsiyetleri ile mesleğin sahiplenilmemesiyle ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂₆: Katılımcıların cinsiyetleri ile akademisyenlerin sahiplenmemesi kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂₇: Katılımcıların cinsiyetleri ile kamu kurumlarının sahiplenmemesi kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂₈: Katılımcıların cinsiyetleri ile mesleki örgüt yetersizliği kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂₉: Katılımcıların cinsiyetleri ile zayıf lobicilik kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃₀: Katılımcıların yaşları ile mesleğin sahiplenilmemesiyle ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃₁: Katılımcıların yaşları ile akademisyenlerin sahiplenmemesi kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃₂: Katılımcıların yaşları ile kamu kurumlarının sahiplenmemesi kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃₃: Katılımcıların yaşları ile mesleki örgüt yetersizliği kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃₄: Katılımcıların yaşları ile zayıf lobicilik kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃₅: Katılımcıların sınıfları ile mesleğin sahiplenilmemesiyle ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃₆: Katılımcıların sınıfları ile akademisyenlerin sahiplenmemesi kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃₇: Katılımcıların sınıfları ile kamu kurumlarının sahiplenmemesi kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃₈: Katılımcıların sınıfları ile mesleki örgüt yetersizliği kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃₉: Katılımcıların sınıfları ile zayıf lobicilik kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

D) Sağlık Yönetiminde Karşılaşılan Sorunlara İlişkin Hipotezler

H₄₀: Sağlık yönetiminde karşılaşılan eğitim ile ilgili sorunlar ve politika ile ilgili sorunlar arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₄₁: Sağlık yönetiminde karşılaşılan eğitim ile ilgili sorunlar ve mesleğin sahiplenilmemesi ile ilgili sorunlar arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₄₂: Sağlık yönetiminde karşılaşılan mesleğin sahiplenilmemesi ile ilgili sorunlar ve politika ile ilgili sorunlar arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.5. Güvenilirlik Analizi ve Verilerin Normallik Testi

Güvenilirlik, anketteki soruların birbirleriyle olan tutarlılığının ve söz konusu sorunun homojenliğinin rakamsal olarak ifade edilmesidir. İstatistikte güvenilirlik ölçülürken Cronbach Alpha (α) katsayısı tercih edilmektedir. Güvenilirlik testinde, Cronbach Alpha (α) katsayısı $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir, $0,40 \leq \alpha$

$< 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir, $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilir, $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir şeklinde açıklanabilmektedir (Akgül & Çevik, 2003, s. 435). Ankette yer alan sağlık yönetimi mesleği ve eğitimi ile ilgili sorunları ölçmeye yönelik 5’li likert halinde hazırlanan 32 ifadenin güvenilirliğine bakılmıştır. Güvenilirlik testinden elde edilen sonuçlara Tablo 3.1’de yer verilmiştir.

Tablo 3.1: Güvenilirlik Analizi

Cronbach’s Alpha	Cronbach’s Alpha Based On Standartized Items	N of Items
,724	0,727	32

Hesaplama sonucunda α değeri 0,724 olarak bulunmuştur. Bu değer kullanılan anketin ve elde edilen bulguların oldukça güvenilir olduğu sonucunu göstermektedir.

Parametrik testlerin (tek yönlü varyans analizi, korelasyon analizi ve t- testi) yapılması için değerlerin normal dağılım gösterip gösterilmediğine bakılmalıdır. Bu nedenle istatistiksel analiz yapılmadan önce verilerin normallik analizi de yapılmalıdır. Yapılan araştırma verilerinin dağılımını ölçmek için yapılan normallik testinde Klein (2011), normallik testinde basıklık ve çarpıklık değerlerine bakılmalıdır. Basıklık ve çarpıklık değerlerinin kabul edilebilirlik sınırları hakkında birçok farklı görüş olduğu görülmektedir. Büyüköztürk (2010) ve Hair vd. (2014) çarpıklık ve basıklık değerlerinin -1 ile +1 arasında olması gerektiğini öne sürmüşlerdir. Huck (2008) çarpıklık değerinin -1 ile +1 aralığında, basıklık değerinin ise -1 ile +2 aralığında olması gerektiğini savunmuştur. Tabachnick ve Fidell (2001) ile George ve Mallery (2010) çarpıklık ve basıklık katsayı değerinin -2 ile +2 aralığında olmasını normal dağılıma uygun görmüşlerdir. Bu testin yapılmasında gözlem sayısının da önemli olduğu anlaşılmıştır ve 29’dan az ise Shapiro – Wilk testi, gözlem sayısı 29’ dan fazla ise Kolmogorov- Smirnov testinin kullanılması gerekliliği söylenmektedir (Karaatlı, 2010, s. 10).

Tablo 3.2: Normallik Testi

	Çarpıklık	Basıklık
EK1	-,635	-,423

Tablo 3.2: Normallik Testi (Devamı)

EK2	-,385	-,677
EK3	-,658	-,221
ÖK1	,133	-1,201
ÖK2	,121	-1,203
ÖK3	,970	-,078
ESK1	-,371	-,354
ESK2	-,477	-,559
ESK3	-,642	-,336
İK1	,645	-,688
İK2	1,232	,612
İK3	,445	-,796
EPK1	-,751	-,516
EPK2	-,584	-,578
EPK3	-,385	-1,050
EPK4	,140	-1,184
EPK5	-1,005	,084
PS1	,343	-,793
PS2	,490	-,539
PS3	,624	-,455
AS1	-,180	-,434
AS2	-,471	-,471
AS3	-,052	-,689
KKS1	,199	-,918
KKS2	-,931	,015
KKS3	,390	-,724
MÖY1	-1,077	1,022
MÖY2	-,936	,812
MÖY3	-1,054	1,065
ZL1	,092	-,858
ZL2	,240	-,571
ZL3	,193	-,527

Yapılan çalışmanın normallik analizi sonucunda verilerin basıklık ve çarpıklık değerlerinin -2 ve +2 değerler aralığında olduğu görülmektedir. Bu durum verilerin

normal dağıldığını göstermektedir. Normal dağılım gösteren veriler doğrultusunda T-testi, Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve korelasyon analizi olmak üzere üç parametrik test kullanılmıştır.

T- testi, bir değişkenin birbirinden bağımsız iki grupta ölçüldüğü ve bu değişkene ait ortalamaların birbirinden istatistiksel olarak önemli ölçüde farklılık olup olmadığının test edilmesi gereken durumlarda kullanılan bir istatistiksel test olarak tanımlanmaktadır (Kalaycı, 2010, s. 74).

Bu teknikte 3 şart bulunmaktadır. Bunlar (Büyüköztürk, 2010, s. 39):

- 1- 2 bağımsız grup olmalıdır ve bunlar karşılaştırılmalıdır.
- 2- Bağımlı değişken eşit ağırlıklı ya da eşit oranlı ölçme düzeyinde olmalıdır.
- 3- Bağımlı değişken her iki grupta normal dağılım göstermelidir.

Şartları sağlaması halinde T-testinden çıkan sonuçların anlamlı bir farklılığının olup olmadığının anlaşılması için ilk olarak Levene's Test bölümünde karşılaştırma yapılan grupların eşit dağılım gösterip göstermediğine bakılmaktadır. Eşit dağılım olup olmadığı Significance bölümüne bakılarak anlaşılmaktadır. $P < 0,05$ varyansların eşit olmadığı sonucuna ulaşılmaktadır. $P > 0,05$ ise varyansların eşit olduğu anlamına gelmektedir. Varyansların eşit olması halinde ilk satırdaki değerler dikkate alınmaktadır. Varyansların eşit olmaması halinde ise ikinci satırdaki değerler dikkate alınmaktadır. Son olarak Sig.(2-tailed) değerlerine bakılarak anlamlı bir farklılığın olup olmadığı sonucuna ulaşılmaktadır. $P < 0,05$ anlamlı bir fark vardır, $P > 0,05$ ise anlamlı bir fark yoktur anlamına gelmektedir (Ak, 2010, ss. 74-77).

Tek Yönlü Varyans Analizi, Bir değişkene ait değerlerin birbirinden bağımsız ikiden fazla grupta ölçüldüğü ve gruplara ait sonuçların anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğinin tespit edilmesi için kullanılan bir SPSS tekniğidir (Köse & Öztemur, 2014, s. 404). Bu tekniğin uygulanması için üç şart mevcuttur. Bunlar (Büyüköztürk, 2010, s. 48):

- 1- İkiden fazla bağımsız grup olmalıdır ve bu gruplar arasında karşılaştırma yapılmalıdır.
- 2- Eşit aralıklı veya eşit oranlı ölçme düzeyinde olması gerekmektedir.
- 3- Normal dağılım göstermelidir.

Yapılan tek yönlü varyans analizinde çıkan sonuçlar doğrultusunda anlamlı bir farklılığın olup olmadığını anlamak amacı ile ilk olarak homojenlik sonuçlarının yer aldığı Tests of Homogeneity of Variances bölümünde Significance değerlerine bakılmaktadır. $P<0,05$ homojen dağılmadığı sonucuna ulaşılmaktadır. $P>0,05$ ise homojen dağılıyor anlamına gelmektedir. Tek yönlü varyans analizinde anova içerisinde yer alan Significance değerlerine bakılmaktadır. Değerlere bakılarak anlamlı bir farklılık olup olmadığı sonucuna ulaşılmaktadır. Significance değerine bakılarak $P<0,05$ anlamlı bir fark vardır sonucuna ya da $P>0,05$ ise anlamlı bir fark yoktur sonucuna ulaşılmaktadır. Farklılık olması durumunda devreye giren Post Hoc testleri gruplar arasındaki farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu göstermektedir. (Antalyalı, 2010, ss. 133-135).

3.6. Araştırma Bulgularının Analizi

Sağlık yönetimi bölümü öğrencilerine yapılan anket çalışması doğrultusunda elde edilen verilerin analizi ve değerlendirilmesi aşağıda gösterilmektedir.

3.6.1. Demografik Bilgilere İlişkin Bulgular

Katılımcıların demografik bilgileri Tablo 3.3' te yer almaktadır.

Tablo 3.3: Demografik Bilgiler

Cinsiyet	N	%
Kadın	203	79,3
Erkek	53	20,7
Toplam	256	100
Yaş		
18 Yaş ve Altı	15	5,9
19-22	181	70,7
23-25	52	20,3
25 ve Üstü	8	3,1
Toplam	256	100
Sınıf		
1	50	19,5
2	71	27,7
3	16	6,3

Tablo 3.3: Demografik Bilgiler (Devamı)

4	119	46,5
Toplam	256	100

Araştırma kapsamında 256 öğrenciye anket çalışması yapılmıştır. Anket çalışmasına katılan öğrencilerin demografik yapılarına bakıldığı zaman %79,3 ‘ünün kadın % 20,7’ sininde erkek olduğu görülmektedir. Yaş açısından yapılan inceleme sonucunda % 5,9’unun 18 yaş ve altı, % 70,7’sinin 19-22 yaş arasında, % 20,3’ünün 23-25 arasında ve %3,1’ininde 25 yaş ve üstü olduğu görülmektedir. Katılımcıların sınıf dağılımlarına bakıldığı zaman ise % 19,5’inin 1. sınıf, % 27,7’sinin 2. sınıf, % 6,3’ünün 3. sınıf ve %46,5’ininde 4. sınıf olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

3.6.2. Sağlık Yönetimi Mesleğinde ve Eğitiminde Karşılaşılan Sorunlara İlişkin Bulgular

Araştırmada sağlık yönetimi mesleğinde ve eğitiminde karşılaşılan sorunlar *eğitim, politika ve mesleğin sahiplenilmemesi* kaynaklı sorunlar olmak üzere üç kategoride ele alınmıştır. Bu sorunlara ilişkin elde edilen bulgular ve analizler aşağıda başlıklar halinde yer almaktadır.

3.6.2.1. Eğitim Kaynaklı Sorunlara ilişkin Bulgular

Eğitim kaynaklı sorunlar *eğitici, öğrenci ve eğitim süreci* kaynaklı sorunlar olmak üzere üç başlık halinde değerlendirilmiştir.

3.6.2.1.1. Eğitici Kaynaklı Sorunlara İlişkin Bulgular

Eğitici kaynaklı sorunlara ilişkin elde edilen bulgulara Tablo 3.4’te yer verilmiştir.

Tablo 3.4: Eğitici Kaynaklı Sorunlara İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Soru Numarası	İfadeler	ORT.	SS
1	Sağlık yönetimi eğitiminin alan dışı akademisyenler tarafından verilmesini bir sorun olarak görüyorum.	3,64	1,155

Tablo 3.4: Eğitici Kaynaklı Sorunlara İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri (Devamı)

2	Sağlık yönetimi bölümlerinde alan dışı akademisyenlerin fazla olması etkin bir şekilde eğitim verilmesini engellemektedir.	3,48	1,070
3	Sağlık yönetimi bölümlerinde sağlık yönetimi doktoralı akademisyenlerin sınırlı sayıda olması eğitimlerde altyapı eksikliğine neden olmaktadır.	3,68	1,038
Genel Ortalama		3,60	,886

Tablo 3.4’ te görüldüğü üzere, eğitici kaynaklı sorunlara ilişkin sorulan soruların genel olarak ortalamalarının 4 değerine yakın olduğu görülmektedir. 4 değeri ölçekte “katılıyorum” ifadesine karşılık gelmektedir. Buna göre sorulara cevap veren öğrencilerin sağlık yönetimi bölümlerinde eğiticiden kaynaklı önemli sorunların olduğu yönünde düşünceye sahip oldukları söylenebilir. Eğitici kaynaklı sorunlara yönelik sorulan 3 ifadenin genel ortalamasının 3,60 olduğu tespit edilmiştir. Bu kategoride en düşük aritmetik ortalama puanını “*Sağlık yönetimi bölümlerinde sağlık yönetimi doktoralı akademisyenlerin sınırlı sayıda olması eğitimlerde altyapı eksikliğine neden olmaktadır*” ($3,48 \pm 1,070$) ve en yüksek aritmetik ortalama puanını ise “*Sağlık yönetimi bölümlerinde alan dışı akademisyenlerin fazla olması etkin bir şekilde eğitim verilmesini engellemektedir.*” ($3,68 \pm 1,038$) ifadesi olduğu görülmektedir.

3.6.2.1.2. Öğrenci Kaynaklı Sorunlara İlişkin Bulgular

Öğrenci kaynaklı sorunlara ilişkin elde edilen bulgulara Tablo 3.5’te sunulmaktadır.

Tablo 3.5: Öğrenci Kaynaklı Sorunlara İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Soru Numarası	İfadeler	ORT.	SS
4	Bu bölümü bilinçsiz bir şekilde tercih ettim.	2,94	1,340
5	Bu bölümü okuyarak kolay iş bulacağım düşüncesi ile tercih ettim.	2,83	1,298
6	Ailemin baskısı ile bu bölümü tercih ettim.	2,11	1,198
Genel ortalama		2,63	,820

Tablo 3.5’e bakıldığında genel olarak ortalamaların kararsızım ifadesine denk gelen 3 değerine yakın olduğu görülmektedir. Bu başlık altında sorulan 3 ifadenin genel ortalamasının 2,63 olduğu belirlenmiştir. Bu kategoride en yüksek aritmetik ortalama puanını “*Bu bölümü bilinçsiz bir şekilde tercih ettim.*” ($2,94 \pm 1,340$) ve en düşük aritmetik ortalama puanını ise “*ailemin baskısı ile bu bölümü tercih ettim.*” ($2,11 \pm 1,198$) ifadesi olduğu görülmektedir.

3.6.2.1.3. Eğitim Süreci Kaynaklı Sorunlara İlişkin Bulgular

Eğitim süreci kaynaklı sorunlara ilişkin elde edilen bulgular Tablo 3.6’da yer verilmiştir.

Tablo 3.6: Eğitim Süreci Kaynaklı Sorunlara İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Soru Numarası	İfadeler	ORT.	SS
7	Sağlık yönetimi bölümünde standartlaştırılmış temel bir eğitim müfredatının olduğunu düşünüyorum.	3,38	1,007
8	Sağlık yönetimi bölümünde verilen derslerin sağlık yönetimi alanında temel beceri ve kazanımları sağlayacak nitelikte olduğunu düşünüyorum.	3,21	1,068
9	Sağlık yönetimi bölümünde mesleki uygulama kapsamında verilen dersler sayesinde eğitim sürecinin daha verimli hale geldiğini düşünüyorum.	3,43	1,132
Genel Ortalama		3,34	,720

Tablo 3.6 incelendiği zaman, eğitim süreci kaynaklı sorunlara ilişkin sorulan soruların genel olarak ortalamalarının 3 değerine yakın olduğu görülmektedir. 3 değeri ölçekte “kararsızım” ifadesine karşılık gelmektedir. Bu sonuca göre sorulara cevap veren öğrencilerin sağlık yönetimi bölümlerinde eğitim süreci kaynaklı sorunlarda kararsız oldukları anlaşılmaktadır. Eğitim süreci kaynaklı sorunlara yönelik sorulan 3 ifadenin genel ortalamasının 3,34 olduğu görülmüştür. Bu kategoride en düşük aritmetik ortalama puanını “*Sağlık yönetimi bölümünde verilen derslerin sağlık yönetimi alanında temel beceri ve kazanımları sağlayacak nitelikte olduğunu düşünüyorum.*” ($3,21 \pm 1,068$) ve en yüksek aritmetik ortalama puanını ise “*Sağlık yönetimi bölümünde mesleki uygulama*

kapsamında verilen dersler sayesinde eğitim sürecinin daha verimli hale geldiğini düşünüyorum.” (3,43±1,132) ifadesi olduğu görülmektedir.

3.6.2.2. Politika Kaynaklı Sorunlara İlişkin Bulgular

Politika kaynaklı sorunlar *istihdam, eğitim politikası ve politikaların sürdürülebilirliği* kaynaklı sorunlar olmak üzere üç başlıkta incelenmektedir.

3.6.2.2.1. İstihdam Kaynaklı Sorunlara İlişkin Bulgular

İstihdam kaynaklı sorunlara ilişkin elde edilen bulgular Tablo 3.7’de yer verilmiştir.

Tablo 3.7: İstihdam Kaynaklı Sorunlara İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Soru Numarası	İfadeler	ORT.	SS
10	Sağlık kuruluşlarının idari kısımlarında sağlık yönetimi mezunlarının yeterince istihdam ettirildiğini düşünüyorum.	2,22	1,218
11	Kamuya personel alımlarında sağlık yönetimi bölümü mezunlarına yeterince yer verilmektedir.	1,87	1,130
12	Sağlık yönetimi mezunlarının istihdam ettirilmesi için sağlık bakanlığının bu konuda çalışmalar yaptığını düşünüyorum.	2,27	1,134
Genel ortalama		2,12	,931

Tablo 3.7 incelendiğinde, istihdam kaynaklı sorunlara ilişkin sorulan soruların genel olarak ortalamalarının 2 değerine yakın olduğu görülmektedir. 2 değeri ölçekte “katılmıyorum” ifadesine karşılık gelmektedir. Buna göre sorulara cevap veren öğrencilerin istihdam kaynaklı sorunlara katılmadıklarını ve istihdamda önemli sorunların olduğu düşüncesine sahiptirler. İstihdam kaynaklı sorunlara yönelik sorulan 3 ifadenin genel ortalamasının 2,12 olduğu tespit edilmiştir. Bu kategoride en düşük aritmetik ortalama puanını “Kamuya personel alımlarında sağlık yönetimi bölümü mezunlarına yeterince yer verilmektedir.” (1,87±1,130) ve en yüksek aritmetik ortalama puanını ise “Sağlık yönetimi mezunlarının istihdam ettirilmesi için sağlık bakanlığının bu

konuda çalışmalar yaptığını düşünüyorum.” (2,27 $\pm$ 1,134) ifadesi olduğu görülmektedir.

3.6.2.2.2. Eğitim Politikası Kaynaklı Sorunlara İlişkin Bulgular

Eğitim politikası kaynaklı sorunlara ilişkin elde edilen bulgular Tablo 3.8’de yer verilmiştir.

Tablo 3.8: Eğitim Politikası Kaynaklı Sorunlara İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Soru Numarası	İfadeler	ORT.	SS
13	Bu bölümün hemen hemen her üniversitede açılmasına izin verilmesinin ileride sorun olacağını düşünüyorum.	3,77	1,250
14	Bu bölümün sağlık yönetimi, sağlık idaresi, sağlık kurumları işletmeciliği gibi farklı isimler adı altında açılmasının karışıklığa yol açtığını düşünüyorum.	3,83	1,083
15	Bu bölümün sağlık bilimler fakültesi içinde açılması gerektiğini düşünüyorum.	3,53	1,328
16	Bu bölümün İİBF içinde açılması gerektiğini düşünüyorum.	2,74	1,361
17	Sağlık yönetimi bölümünün açık öğretim fakültelerinde de açılmasının ileride sorun olacağını düşünüyorum.	4,04	1,133
Genel ortalama		3,58	,611

Tablo 3.8’e bakıldığında, eğitim politikası kaynaklı sorunlara ilişkin sorulan soruların genel olarak ortalamalarının 4 değerine yakın olduğu görülmektedir. 4 değeri ölçekte “katılıyorum” ifadesine karşılık gelmektedir. Buna göre sorulara cevap veren öğrencilerin eğitim politikası kaynaklı önemli sorunların olduğu yönünde düşünceye sahip oldukları söylenebilir. Eğitim politikası kaynaklı sorunlara yönelik sorulan 5 ifadenin genel ortalamasının 3,58 olduğu tespit edilmiştir. Bu kategoride en düşük aritmetik ortalama puanını “*Bu bölümün İİBF içinde açılması gerektiğini düşünüyorum.*” (2,74 $\pm$ 1,361) ve en yüksek aritmetik ortalama puanını ise “*Sağlık yönetimi bölümünün açık öğretim fakültelerinde de açılmasının ileride sorun olacağını düşünüyorum.*”

(4,04±1,133) ifadesi olduğu görülmektedir. Yükseköğretim Kurulu (2023)’na göre sağlık yönetimi lisans bölümü 80 üniversitede bulunmaktadır. 58 üniversitede sağlık yönetimi bölümü sağlık bilimleri fakültesinde bulunmaktadır. Geriye kalan 22 üniversitenin 12 tanesi İİBF’de, 3 tanesi işletme fakültesinde, 2 tanesi uygulamalı bilimler fakültesinde, 1 tanesi sosyal ve beşeri bilimler fakültesinde ve 1 tanesi de sağlık yüksekokulundadır.

3.6.2.2.3. Politikaların Sürdürülebilirliği Kaynaklı Sorunlara İlişkin Bulgular

Politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunlara ilişkin elde edilen bulgular Tablo 3.9’da yer verilmiştir.

Tablo 3.9: Politikaların Sürdürülebilirliği Kaynaklı Sorunlara İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Soru Numarası	İfadeler	ORT.	SS
18	Sağlık yönetimi mezunlarının istihdamı için sürdürülebilir politikaların geliştirildiğini düşünüyorum.	2,52	1,194
19	Bu bölümün gelişmesi için yetkililer tarafından gerekli planlamaların yapıldığını düşünüyorum.	2,41	1,161
20	Bu bölümün KPSS ile alımlarda yer alması için yetkililer tarafından verilen sözlerin hayata geçirildiğini düşünüyorum.	2,25	1,179
Genel ortalama		2,39	,980

Tablo 3.9 incelendiği zaman, politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunlara ilişkin sorulan soruların genel olarak ortalamalarının 2 değerine yakın olduğu görülmektedir. 2 değeri ölçekte “katılmıyorum” ifadesine karşılık gelmektedir. Bu sonuca göre, politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunlara ilişkin sorulan soruları reddettikleri görülmektedir. Politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunlara yönelik sorulan 3 ifadenin genel ortalamasının 2,39 olduğu tespit edilmiştir. Bu kategoride en düşük aritmetik ortalama puanını “*Bu bölümün KPSS ile alımlarda yer alması için yetkililer tarafından verilen sözlerin hayata geçirildiğini düşünüyorum.*” (2,25±1,179) ve en yüksek aritmetik ortalama puanını ise “*Sağlık yönetimi mezunlarının istihdamı için*

sürdürülebilir politikaların geliştirildiğini düşünüyorum.”(2,52±1,194) ifadesi olduğu görülmektedir.

3.6.2.3. Mesleğin Sahiplenilmemesi Kaynaklı Sorunlara İlişkin Bulgular

Mesleğin Sahiplenilmemesi kaynaklı sorunlar; akademisyenlerin sahiplenmemesi, kamu kurumlarının sahiplenmemesi, mesleki örgüt yetersizliği ve zayıf lobicilik kaynaklı sorunlar olmak üzere dört başlıktan oluşmaktadır.

3.6.2.3.1. Akademisyenlerin Sahiplenmemesi Kaynaklı Sorunlara İlişkin Bulgular

Akademisyenlerin sahiplenmemesi kaynaklı sorunlara ilişkin elde edilen bulgulara Tablo 3.10’da yer verilmiştir.

Tablo 3.10: Akademisyenlerin Sahiplenmemesi Kaynaklı Sorunlara İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Soru Numarası	İfadeler	ORT.	SS
21	Bölümdeki alan dışı akademisyenler, sağlık yöneticiliğini bir meslek olarak sahiplenmektedir.	3,18	1,091
22	Bölümdeki sağlık yönetimi doktoralı akademisyenler, sağlık yöneticiliğini bir meslek olarak sahiplenmektedir.	3,45	1,098
23	Bölümdeki akademisyenlerin sağlık yönetimi mesleğinin nitelikli meslekler arasında yer alması için çalışmalar yaptığını düşünüyorum.	2,88	1,109
Genel Ortalama		3,17	,836

Tablo 3.10’a bakıldığında genel olarak ortalamaların kararsızım ifadesine denk gelen 3 değerine yakın olduğu görülmektedir. Sağlık yönetimi bölümü öğrencileri akademisyenlerin sağlık yönetimini bir meslek olarak benimsedikleri konusunda kararsızlık yaşadıkları sonucuna ulaşılabilir. Akademisyenlerin sahiplenmemesi kaynaklı sorunlara yönelik sorulan 3 ifadenin genel ortalamasının 3,17 olduğu tespit edilmiştir. Bu kategoride en yüksek aritmetik ortalama puanını “*Bölümdeki sağlık yönetimi doktoralı akademisyenler, sağlık yöneticiliğini bir meslek olarak sahiplenmektedir.*” (3,45±1,098) ve en düşük aritmetik ortalama puanını ise “*Bölümdeki akademisyenlerin sağlık yönetimi*

mesleğinin nitelikli meslekler arasında yer alması için çalışmalar yaptığını düşünüyorum.” (2,88±1,109) ifadesi olduğu görülmektedir.

3.6.2.3.2. Kamu Kurumlarının Sahiplenmemesi Kaynaklı Sorunlara İlişkin Bulgular

Kamu kurumlarının sahiplenmemesi kaynaklı sorunlara ilişkin elde edilen bulgular Tablo 3.11’de yer verilmiştir.

Tablo 3.11: Kamu Kurumlarının Sahiplenmemesi Kaynaklı Sorunlara İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Soru Numarası	İfadeler	ORT.	SS
24	Sağlık bakanlığının sağlık yöneticiliğini bir meslek olarak sahiplendiğini düşünüyorum.	2,60	1,183
25	Sağlık kuruluşlarında sağlık yöneticilerinin çalışması gereken yerlerde farklı bölüm mezunlarının çalıştırıldığını düşünüyorum.	3,96	1,133
26	Sağlık bakanlığı dışındaki diğer kamu kurumlarının sağlık yöneticiliğinin meslek olarak sahiplenilmesi için gerekli çalışmaları (kadro tahsisi gibi) yaptığını düşünüyorum.	2,46	1,194
Genel ortalama		3,01	,692

Tablo 3.11 incelendiği zaman, genel ortalamalarının 3 değerine yakın olduğu görülmektedir. 3 değeri “kararsızım” ifadesine denk gelmektedir. Kamu kurumlarının sahiplenmemesi kaynaklı sorunlara yönelik sorulan 3 ifadenin genel ortalamasının 3,01 olduğu tespit edilmiştir. Bu kategoride en yüksek aritmetik ortalama puanını “Sağlık kuruluşlarında sağlık yöneticilerinin çalışması gereken yerlerde farklı bölüm mezunlarının çalıştırıldığını düşünüyorum.” (3,96±1,133) ve en düşük aritmetik ortalama puanını ise “Sağlık bakanlığı dışındaki diğer kamu kurumlarının sağlık yöneticiliğinin meslek olarak sahiplenilmesi için gerekli çalışmaları (kadro tahsisi gibi) yaptığını düşünüyorum.” (2,46±1,194) ifadesi olduğu görülmektedir.

3.6.2.3.3. Mesleki Örgüt Yetersizliği Kaynaklı Sorunlara İlişkin Bulgular

Mesleki örgüt yetersizliği kaynaklı sorunlara ilişkin elde edilen bulgular Tablo 3.12’de yer verilmiştir.

Tablo 3.12: Mesleki Örgüt Yetersizliği Kaynaklı Sorunlara İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Soru Numarası	İfadeler	ORT.	SS
27	Sağlık yöneticiliği mesleğinin sahiplenilmesi ve gelişimi için öğrenci kulüplerinin az olduğunu düşünüyorum.	3,92	1,020
28	Sağlık yöneticiliği mesleğinin sahiplenilmesi ve gelişimi için sivil toplum kuruluşlarının az olduğunu düşünüyorum.	3,89	,945
29	Sağlık yöneticiliği mesleğinin sahiplenilmesi ve gelişimi için sosyal medya platformlarının az olduğunu düşünüyorum.	3,90	,995
Genel ortalama		3,90	,810

Tablo 3.12 incelendiğinde, genel ortalamalarının 4 değerine yakın olduğu görülmektedir. 4 değeri “katılıyorum” ifadesine denk gelmektedir. Bu sonuca göre, sağlık yönetimi öğrencilerinin mesleki örgüt yetersizliğinin önemli bir sorun olduğu yönünde düşünceye sahiptir. Mesleki örgüt yetersizliği kaynaklı sorunlara yönelik sorulan 3 ifadenin genel ortalamasının 3,90 olduğu tespit edilmiştir. Bu kategoride en yüksek aritmetik ortalama puanını “Sağlık yöneticiliği mesleğinin sahiplenilmesi ve gelişimi için öğrenci kulüplerinin az olduğunu düşünüyorum.” ($3,92 \pm 1,020$) ve en düşük aritmetik ortalama puanını ise “Sağlık yöneticiliği mesleğinin sahiplenilmesi ve gelişimi için sivil toplum kuruluşlarının az olduğunu düşünüyorum.” ($3,89 \pm ,945$) ifadesi olduğu görülmektedir.

3.6.2.3.4. Zayıf Lobcilik Kaynaklı Sorunlara İlişkin Bulgular

Zayıf lobcilik kaynaklı sorunlara ilişkin elde edilen bulgular Tablo 3.13’te yer verilmiştir.

Tablo 3.13: Zayıf Lobicilik Kaynaklı Sorunlara İlişkin Aritmetik Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Soru Numarası	İfadeler	ORT.	SS
30	Bölümdeki öğrenci kulüpleri sağlık yöneticiliği mesleğinin tanınması ve sahiplenilmesi için gerekli çalışmalar yapmaktadır.	2,66	1,125
31	Sağlık yöneticiliği alanındaki dernekler gibi mesleki kuruluşlar, sağlık yöneticiliği mesleğinin tanınması ve sahiplenilmesi için gerekli çalışmalar yapmaktadır.	2,62	1,112
32	Sağlık yöneticiliği mesleğinin ilişkili olduğu dış paydaşlar (sağlık sen, tabipler birliği gibi) sağlık yöneticiliği mesleğinin tanınması ve sahiplenilmesi için gerekli çalışmalar yapmaktadır.	2,61	1,064
Genel ortalama		2,63	,936

Tablo 3.13' e göre, zayıf lobicilik kaynaklı sorunların genel ortalamalarının 3 değerine yakın olduğu görülmektedir. 3 değeri “kararsızım” ifadesine denk gelmektedir. Zayıf lobicilik kaynaklı sorunlara yönelik sorulan 3 ifadenin genel ortalamasının 2,63 olduğu tespit edilmiştir. Bu kategoride en düşük aritmetik ortalama puanını “*Sağlık yöneticiliği mesleğinin ilişkili olduğu dış paydaşlar (sağlık sen, tabipler birliği gibi) sağlık yöneticiliği mesleğinin tanınması ve sahiplenilmesi için gerekli çalışmalar yapmaktadır.*” (2,61±1,064) ve en yüksek aritmetik ortalama puanını ise “*Bölümdeki öğrenci kulüpleri sağlık yöneticiliği mesleğinin tanınması ve sahiplenilmesi için gerekli çalışmalar yapmaktadır.*” (2,66±1,125) ifadesi olduğu görülmektedir.

3.6.3. T- Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizine İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu kısmında katılımcıların demografik değişkenleri ile konunun içeriğini oluşturan sorunların değerlendirilmesine yönelik analiz sonuçları sunulmaktadır.

Katılımcıların eğitim ile ilgili, eğitici kaynaklı, öğrenci kaynaklı ve eğitim süreci kaynaklı sorunlara ait bakış açılarının demografik özelliklerine göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemeye yönelik oluşturulan hipotezlerin analizleri T-testi ve Tek Yönlü Varyans analizleri ile yapılmıştır. Tek yönlü varyans analizlerinde anlamlı farklılıklar olması halinde anlamlı farklılıkların gruplarını öğrenmek için post hoc testi kullanılmıştır. Varyanslar eşit olması halinde scheffe ve Bonferroni testleri kullanılmıştır çünkü çalışmada çoklu karşılaştırma yapılması ve örneklemin eşit dağılmaması nedeni ile bu iki teste bakılmıştır. Varyansların eşit dağılmaması ve örneklemin eşit olmaması halinde Games-Howell ve Dunnett's testlerine bakılmıştır.

Cinsiyet değişkeni ile eğitim kaynaklı sorunlara yönelik geliştirilen hipotezler;

H₁: Katılımcıların cinsiyetleri ile eğitim kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂: Katılımcıların cinsiyetleri ile eğitici kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃: Katılımcıların cinsiyetleri ile öğrenci kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₄: Katılımcıların cinsiyetleri ile eğitim süreci kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Yukarıdaki H₁, H₂, H₃, H₄ hipotezlerinin testi T-testi yardımıyla test edilmiş ve elde edilen bulgular aşağıda Tablo 3.14.'te sunulmuştur.

Tablo 3.14: Cinsiyet Değişkeni ve Eğitim Kaynaklı Sorunlar T-Testi Sonuçları

		N	X	SS	P
Eğitim ile İlgili Sorunlar	Kadın(1)	203	3,2080	,48939	,405
	Erkek(2)	53	3,1426	,57874	
Eğitici Kaynaklı Sorunlar	Kadın(1)	203	3,6092	,86458	,932
	Erkek(2)	53	3,5975	,97481	
Öğrenci Kaynaklı Sorunlar	Kadın(1)	203	2,5928	,79638	,127
	Erkek(2)	53	2,7862	,89894	

Tablo 3.14: Cinsiyet Değişkeni ve Eğitim Kaynaklı Sorunlar T-Testi Sonuçları (Devamı)

Eğitim Süreci	Kadın (1)	203	3,4220	,64641	,005
Kaynaklı Sorunlar	Erkek (2)	53	3,0440	,89643	

Tablo 3.14’e bakıldığı zaman katılımcılarının cinsiyet değişkeni ile eğitim ile ilgili sorunlar, eğitici kaynaklı sorunlar ve öğrenci kaynaklı sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunamazken eğitim süreci kaynaklı sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,005<\alpha=0,050$).

Yaş değişkeni ile söz konusu sorunlar arasında kurulan hipotezler;

H₅: Katılımcıların yaşları ile eğitimle ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₆: Katılımcıların yaşları ile eğitici kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₇: Katılımcıların yaşları ile öğrenci kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₈: Katılımcıların yaşları ile eğitim süreci kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Yukarıdaki H₅, H₆, H₇, H₈ hipotezlerinin testi tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yardımıyla test edilmiş ve elde edilen bulgular aşağıda Tablo 3.15.’te sunulmuştur.

Tablo 3.15: Yaş Değişkeni ve Eğitim Kaynaklı Sorunlar Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Sorun	Bağımsız Değişken	N	SS	F	P
Eğitim ile İlgili Sorunlar	18 Yaş ve Altı	15	,41546	,790	,500
	19-22	181	,49988		
	23-25	52	,53924		
	25 Yaş ve Üstü	8	,66931		
Eğitici Kaynaklı Sorunlar	18 Yaş ve Altı	15	,83444	,350	,789
	19-22	181	,89436		

Tablo 3.15: Yaş Değişkeni ve Eğitim Kaynaklı Sorunlar Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları (Devamı)

Öğrenci Kaynaklı Sorunlar	23-25	52	,87426	1,211	,306
	25 Yaş ve Üstü	8	,99103		
	18 Yaş ve Altı	15	,69996		
	19-22	181	,76808		
	23-25	52	,97135		
	25 Yaş ve Üstü	8	1,07552		
	18 Yaş ve Altı	15	,33014		
	19-22	181	,70707		
	23-25	52	,81122		
	25 Yaş ve Üstü	8	,83095		
Eğitim Süreci Kaynaklı Sorunlar				1,476	,006

Tablo 3.15’e göre katılımcıların yaşları ile eğitim ile ilgili, eğitici kaynaklı ve öğrenci kaynaklı sorunlar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yapılan çalışmada eğitim süreci kaynaklı sorunlar homojen dağılmamasından kaynaklı olarak Robust Test bölümünde p değerlerine bakılmış ve anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Analiz sonucunda anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Games Howell ve Dunnett’s teknikleri kullanılmıştır. Test sonucunda farklılıkların “18 yaş ve altı” yaş grubu ile “19-22” yaş grubu arasında, “18 yaş ve altı” yaş grubu ile “23-25” yaş grubu arasında olduğu belirlenmiştir.

Sınıf değişkeni ile söz konusu sorunlar arasında kurulan hipotezler;

H₉: Katılımcıların sınıfları ile eğitimle ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₁₀: Katılımcıların sınıfları ile eğitici kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₁₁: Katılımcıların sınıfları ile öğrenci kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₁₂: Katılımcıların sınıfları ile eğitim süreci kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Yukarıdaki H_9 , H_{10} , H_{11} , H_{12} hipotezlerinin testi tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yardımıyla test edilmiş ve elde edilen bulgular aşağıda Tablo 3.16.'da sunulmuştur.

Tablo 3.16: Sınıf Değişkeni ve Eğitim Kaynaklı Sorunlar Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Sorun	Bağımsız Değişken	N	SS	F	P
Eğitim ile İlgili Sorunlar	1.Sınıf	50	,52268	5,609	,016
	2. Sınıf	71	,40744		
	3.Sınıf	16	,49892		
	4. Sınıf	119	,52967		
Eğitici Kaynaklı Sorunlar	1.Sınıf	50	,80759	7,764	,000
	2. Sınıf	71	, 86333		
	3.Sınıf	16	,98296		
	4. Sınıf	119	,84789		
Öğrenci Kaynaklı Sorunlar	1.Sınıf	50	,72809	6,926	,001
	2. Sınıf	71	,66043		
	3.Sınıf	16	,72998		
	4. Sınıf	119	,89313		
Eğitim Süreci Kaynaklı Sorunlar	1.Sınıf	15	,61412	3,822	,000
	2. Sınıf	181	,55432		
	3.Sınıf	52	,53705		
	4. Sınıf	8	,83426		

Tablo 3.16. incelendiğinde katılımcıların sınıfları ile eğitim ile ilgili ve eğitici kaynaklı sorunlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yapılan çalışmada eğitim süreci kaynaklı ve öğrenci kaynaklı sorunların homojen dağılmamasından kaynaklı olarak Robust Test bölümünde p değerlerine bakılmış ve anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Analiz sonucunda anlamlı farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Scheffe, Bonferroni, Games Howell ve Dunnett's teknikleri kullanılmıştır. Test sonucunda eğitim ile ilgili sorunların farklılıklarının "3." sınıf grubu ile "4." sınıf grubu arasında olduğu belirlenmiştir. Eğitici kaynaklı sorunların farklılıklarının "1." sınıf grubu ile "4." sınıf grubu arasında, "2." sınıf grubu ile "4." sınıf

grubu arasında ve “3.” sınıf grubu ile “4.” sınıf grubu arasında olduğu tespit edilmiştir. Öğrenci kaynaklı sorunların farklılıklarının “2.” sınıf grubu ile “4.” sınıf grubu arasında ve “3.” sınıf grubu ile “4.” sınıf grubu arasında olduğu tespit edilmiştir. Eğitim süreci kaynaklı sorunların farklılıklarının “1.” sınıf grubu ile “4.” sınıf grubu arasında ve “2.” sınıf grubu ile “4.” sınıf grubu arasında olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların politika ile ilgili, istihdam kaynaklı, eğitim politikası kaynaklı ve politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunlara ait bakış açılarının demografik özelliklerine göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemeye yönelik oluşturulan hipotezlerin analizi aşağıda verilmiştir. Hipotezlerin analizi sırasında SPSS analiz programı kullanılmıştır. Bu program kullanılarak Tek varyans analizi ve T-testleri uygulanmıştır.

Cinsiyet değişkeni ile söz konusu faktörler arasında kurulan hipotezler;

H₁₃: Katılımcıların cinsiyetleri ile politikayla ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₁₄: Katılımcıların cinsiyetleri ile istihdam kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₁₅: Katılımcıların cinsiyetleri ile eğitim politikası kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₁₆: Katılımcıların cinsiyetleri ile politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Yukarıdaki H₁₃, H₁₄, H₁₅, H₁₆ hipotezlerinin testi T-testi yardımıyla test edilmiş ve elde edilen bulgular aşağıda Tablo 3.17.’de sunulmuştur.

Tablo 3.17: Cinsiyet Değişkeni ve Politika Kaynaklı Sorunlar T- Testi Sonuçları

		N	X	SS	P
Politika ile İlgili Sorunlar	Kadın(1)	203	2,8665	,49589	,838
	Erkek(2)	53	2,8508	,51798	
İstihdam Kaynaklı Sorunlar	Kadın(1)	203	2,1117	,90568	,686
	Erkek(2)	53	2,1698	1,03077	

Tablo 3.17: Cinsiyet Değişkeni ve Politika Kaynaklı Sorunlar T- Testi Sonuçları
(Devamı)

Eğitim Politikası	Kadın(1)	203	3,5970	,60574	,626
Kaynaklı Sorunlar	Erkek(2)	53	3,5509	,63598	
Politikaların	Kadın(1)	203	2,4039	,97151	,796
Sürdürülebilirliği	Erkek(2)	53	2,3648	1,02379	
Kaynaklı Sorunlar					

Tablo 3.17'ye bakıldığı zaman katılımcılarının cinsiyet değişkeni ile politika ile ilgili sorunlar, istihdam kaynaklı sorunlar, eğitim politikası kaynaklı sorunlar ve politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

Yaş değişkeni ile söz konusu sorunlar arasında kurulan hipotezler;

H₁₇: Katılımcıların yaşları ile politikayla ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₁₈: Katılımcıların yaşları ile istihdam kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₁₉: Katılımcıların yaşları ile eğitim politikası kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂₀: Katılımcıların yaşları ile politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Yukarıdaki H₁₇, H₁₈, H₁₉, H₂₀ hipotezlerinin testi tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yardımıyla test edilmiş ve elde edilen bulgular aşağıda Tablo 3.18.'de sunulmuştur.

Tablo 3.18: Yaş Değişkeni ve Politika Kaynaklı Sorunlar Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Sorun	Bağımsız Değişken	N	SS	F	P
Politika ile İlgili Sorunlar	18 Yaş ve Altı	15	,53892	1,344	,261
	19-22	181	,47530		
	23-25	52	,56365		
	25 Yaş ve Üstü	8	,49301		

Tablo 3.18: Yaş Değişkeni ve Politika Kaynaklı Sorunlar Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları (Devamı)

İstihdam Kaynaklı Sorunlar	18 Yaş ve Altı	15	,78680	1,866	,097
	19-22	181	,87526		
	23-25	52	1,06381		
	25 Yaş ve Üstü	8	1,30931		
Eğitim Politikası Kaynaklı Sorunlar	18 Yaş ve Altı	15	,65232	1,833	,142
	19-22	181	,63092		
	23-25	52	,52772		
	25 Yaş ve Üstü	8	,44641		
Politikaların Sürdürülebilirliği Kaynaklı Sorunlar	18 Yaş ve Altı	15	,98776	1,886	,132
	19-22	181	,92951		
	23-25	52	1,09855		
	25 Yaş ve Üstü	8	1,14087		

Tablo 3.18'e göre katılımcıların yaşları ile politika ile ilgili, istihdam kaynaklı, eğitim politikası kaynaklı ve politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunlar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yapılan çalışmada istihdam kaynaklı sorunların homojen dağılmamasından kaynaklı olarak Robust Test bölümünde p değerlerine bakılmıştır.

Sınıf değişkeni ile söz konusu sorunlar arasında kurulan hipotezler;

H₂₁: Katılımcıların sınıfları ile politikayla ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂₂: Katılımcıların sınıfları ile istihdam kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂₃: Katılımcıların sınıfları ile eğitim politikası kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂₄: Katılımcıların sınıfları ile politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Yukarıdaki H_{21} , H_{22} , H_{23} , H_{24} hipotezlerinin testi tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yardımıyla test edilmiş ve elde edilen bulgular aşağıda Tablo 3.19.'da sunulmuştur.

Tablo 3.19: Sınıf Değişkeni ve Politika Kaynaklı Sorunlar Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Sorun	Bağımsız Değişken	N	SS	F	P
Politika ile İlgili Sorunlar	1.Sınıf	50	,42650	3,430	,018
	2. Sınıf	71	,42677		
	3.Sınıf	16	,40093		
	4. Sınıf	119	,56046		
İstihdam Kaynaklı Sorunlar	1.Sınıf	50	,80011	5,853	,001
	2. Sınıf	71	,85559		
	3.Sınıf	16	,81536		
	4. Sınıf	119	,98332		
Eğitim Politikası Kaynaklı Sorunlar	1.Sınıf	50	,56314	4,210	,006
	2. Sınıf	71	,61838		
	3.Sınıf	16	,56095		
	4. Sınıf	119	,60833		
Politikaların Sürdürülebilirliği Kaynaklı Sorunlar	1.Sınıf	15	,88548	5,579	,001
	2. Sınıf	181	,84388		
	3.Sınıf	52	,86066		
	4. Sınıf	8	1,05191		

Tablo 3.19. incelendiğinde katılımcıların sınıfları ile politika ile ilgili, istihdam kaynaklı ve eğitim politikası kaynaklı sorunlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yapılan çalışmada politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunların homojen dağılmamasından kaynaklı olarak Robust Test bölümünde p değerlerine bakılmış ve anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Analiz sonucunda anlamlı farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek için Scheffe, Bonferroni, Games Howell ve Dunnett's teknikleri kullanılmıştır. Test sonucunda politika ile ilgili sorunların farklılıklarının "1." sınıf grubu ile "2." sınıf grubu arasında ve "1." sınıf grubu ile "4." sınıf grubu arasında olduğu belirlenmiştir. İstihdam kaynaklı sorunların farklılıklarının "1." sınıf grubu ile "4." sınıf grubu arasında olduğu tespit edilmiştir. Eğitim politikası

kaynaklı sorunların farklılıklarının “3.” sınıf grubu ile “4.” sınıf grubu arasında olduğu tespit edilmiştir. Politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunların farklılıklarının “1.” sınıf grubu ile “2.” sınıf grubu arasında ve “1.” sınıf grubu ile “4.” sınıf grubu arasında olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların mesleğin sahiplenilmemesi ile ilgili, akademisyenlerin sahiplenmemesi kaynaklı, kamu kurumlarının sahiplenmemesi kaynaklı, mesleki örgüt yetersizliği kaynaklı ve zayıf lobicilik kaynaklı sorunlara ait bakış açılarının demografik özelliklerine göre anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemeye yönelik oluşturulan hipotezlerin analizi aşağıda verilmiştir. Hipotezlerin analizi sırasında SPSS analiz programı kullanılmıştır. Bu program kullanılarak Tek varyans analizi ve T-testleri uygulanmıştır.

Cinsiyet değişkeni ile söz konusu faktörler arasında kurulan hipotezler;

H₂₅: Katılımcıların cinsiyetleri ile mesleğin sahiplenilmemesiyle ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂₆: Katılımcıların cinsiyetleri ile akademisyenlerin sahiplenmemesi kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂₇: Katılımcıların cinsiyetleri ile kamu kurumlarının sahiplenmemesi kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂₈: Katılımcıların cinsiyetleri ile mesleki örgüt yetersizliği kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂₉: Katılımcıların cinsiyetleri ile zayıf lobicilik kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Yukarıdaki H₂₅, H₂₆, H₂₇, H₂₈, H₂₉ hipotezlerinin testi T-testi yardımıyla test edilmiş ve elde edilen bulgular aşağıda Tablo 3.20’de sunulmuştur.

Tablo 3.20: Cinsiyet Değişkeni ve Mesleğin Sahiplenilmemesi Kaynaklı Sorunlar T-Testi Sonuçları

		N	X	SS	P
Mesleğin Sahiplenilmemesi ile İlgili Sorunlar	Kadın(1)	203	3,1765	,45080	,754
	Erkek(2)	53	3,2028	,56318	
Akademisyenlerin Sahiplenmemesi Kaynaklı Sorunlar	Kadın(1)	203	3,1642	,76313	,784
	Erkek(2)	53	3,2075	1,08057	
Kamu Kurumlarının Sahiplenmemesi Kaynaklı Sorunlar	Kadın(1)	203	2,9836	,69475	,204
	Erkek(2)	53	3,1195	,67966	
Mesleki Örgüt Yetersizliği Kaynaklı Sorunlar	Kadın(1)	203	3,9392	,80982	,222
	Erkek(2)	53	3,7862	,81149	
Zayıf Lobcilik Kaynaklı Sorunlar	Kadın(1)	203	2,6190	,90192	,622
	Erkek(2)	53	2,6981	1,06672	

Tablo 3.20'ye bakıldığı zaman katılımcıların cinsiyet değişkeniyle mesleğin sahiplenilmemesi ile ilgili sorunlar, akademisyenlerin sahiplenmemesi kaynaklı sorunlar, kamu kurumlarının sahiplenmemesi kaynaklı sorunlar, mesleki örgüt yetersizliği kaynaklı sorunlar ve zayıf lobcilik kaynaklı sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Yaş değişkeni ile söz konusu sorunlar arasında kurulan hipotezler;

H₃₀: Katılımcıların yaşları ile mesleğin sahiplenilmemesiyle ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃₁: Katılımcıların yaşları ile akademisyenlerin sahiplenmemesi kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃₂: Katılımcıların yaşları ile kamu kurumlarının sahiplenmemesi kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃₃: Katılımcıların yaşları ile mesleki örgüt yetersizliği kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃₄: Katılımcıların yaşları ile zayıf lobicilik kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Yukarıdaki H₃₀, H₃₁, H₃₂, H₃₃, H₃₄ hipotezlerinin testi tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yardımıyla test edilmiş ve elde edilen bulgular aşağıda Tablo 3.21’de sunulmuştur.

Tablo 3.21: Yaş Değişkeni ve Mesleğin Sahiplenilmemesi Kaynaklı Sorunlar Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Sorun	Bağımsız Değişken	N	SS	F	P
Mesleğin Sahiplenilmemesi ile İlgili Sorunlar	18 Yaş ve Altı	15	,40172	,262	,853
	19-22	181	,47155		
	23-25	52	,51048		
	25 Yaş ve Üstü	8	,50970		
Akademisyenlerin Sahiplenmemesi Kaynaklı Sorunlar	18 Yaş ve Altı	15	,53452	,467	,585
	19-22	181	,78800		
	23-25	52	,96025		
	25 Yaş ve Üstü	8	1,44681		
Kamu Kurumlarının Sahiplenmemesi Kaynaklı Sorunlar	18 Yaş ve Altı	15	,64488	,762	,516
	19-22	181	,67693		
	23-25	52	,78112		
	25 Yaş ve Üstü	8	,50395		
Mesleki Örgüt Yetersizliği Kaynaklı Sorunlar	18 Yaş ve Altı	15	,84515	1,506	,214
	19-22	181	,82383		
	23-25	52	,76090		
	25 Yaş ve Üstü	8	,66069		
Zayıf Lobicilik Kaynaklı Sorunlar	18 Yaş ve Altı	15	,90735	,716	,544
	19-22	181	,90573		
	23-25	52	1,03328		
	25 Yaş ve Üstü	8	1,08379		

Tablo 3.21’e göre katılımcıların yaşları ile mesleğin sahiplenilmemesi ile ilgili, akademisyenlerin sahiplenmemesi kaynaklı sorunlar, kamu kurumlarının sahiplenmemesi kaynaklı sorunlar, mesleki örgüt yetersizliği kaynaklı sorunlar ve zayıf lobicilik kaynaklı sorunlar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yapılan

çalışmada akademisyenlerin sahiplenmemesi kaynaklı sorunların homojen dağılmamasından kaynaklı olarak Robust Test bölümünde p değerlerine bakılmıştır.

Sınıf değişkeni ile söz konusu sorunlar arasında kurulan hipotezler;

H₃₅: Katılımcıların sınıfları ile mesleğin sahiplenilmemesiyle ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃₆: Katılımcıların sınıfları ile akademisyenlerin sahiplenmemesi kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃₇: Katılımcıların sınıfları ile kamu kurumlarının sahiplenmemesi kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃₈: Katılımcıların sınıfları ile mesleki örgüt yetersizliği kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃₉: Katılımcıların sınıfları ile zayıf lobcilik kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Yukarıdaki H₃₅, H₃₆, H₃₇, H₃₈, H₃₉, hipotezlerinin testi tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yardımıyla test edilmiş ve elde edilen bulgular aşağıda Tablo 3.22’de sunulmuştur.

Tablo 3.22: Sınıf Değişkeni ve Mesleğin Sahiplenilmemesi Kaynaklı Sorunlar Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Sorun	Bağımsız Değişken	N	SS	F	P
Mesleğin Sahiplenilmemesi ile İlgili Sorunlar	1.Sınıf	50	,36878	1,607	,072
	2. Sınıf	71	,48273		
	3.Sınıf	16	,31728		
	4. Sınıf	119	,52080		
Akademisyenlerin Sahiplenmemesi Kaynaklı Sorunlar	1.Sınıf	50	,63760	1,422	,125
	2. Sınıf	71	,69426		
	3.Sınıf	16	,69921		
	4. Sınıf	119	,98492		

Tablo 3.22: Sınıf Değişkeni ve Mesleğin Sahiplenilmemesi Kaynaklı Sorunlar Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları (Devamı)

Kamu Kurumlarının Sahiplenmemesi Kaynaklı Sorunlar	1.Sınıf	50	,58025	1,240	,296
	2. Sınıf	71	,69994		
	3.Sınıf	16	,59900		
	4. Sınıf	119	,73844		
Mesleki Örgüt Yetersizliği Kaynaklı Sorunlar	1.Sınıf	15	,70360	1,250	,292
	2. Sınıf	181	,79432		
	3.Sınıf	52	,73755		
	4. Sınıf	8	,86680		
Zayıf Lobcilik Kaynaklı Sorunlar	1.Sınıf	15	,82536	1,890	,081
	2. Sınıf	181	,80744		
	3.Sınıf	52	,94256		
	4. Sınıf	8	1,03532		

Tablo 3.22 incelendiğinde katılımcıların sınıfları ile kamu kurumlarının sahiplenmemesi kaynaklı ve mesleki örgüt yetersizliği kaynaklı sorunlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Yapılan çalışmada mesleğin sahiplenilmemesi ile ilgili, akademisyenlerin sahiplenmemesi kaynaklı ve zayıf lobcilik kaynaklı sorunların homojen dağılmamasından kaynaklı olarak Robust Test bölümünde p değerlerine bakılmış ve anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

3.6.4. Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular

Korelasyon analizi, iki ya da daha fazla değişken arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını anlamak amacıyla yapılan istatistiksel bir analizdir. Başka bir tanıma göre bağımlı değişken ve bağımsız değişken arasındaki ilişkinin gücünü gösteren bir katsayıdır şeklinde ifade edilmektedir ve (r) harfi ile gösterilmektedir (Ersöz & Ersöz, 2022, s. 282). Korelasyon sonucunda ulaşılan korelasyon katsayısı $-1 \leq r \leq 1$ aralığında değer almaktadır. Korelasyon +1'e yaklaşması pozitif bir ilişki olduğunu gösterirken -1'e yaklaşması negatif yönde bir ilişki oluşturduğunu göstermektedir. Sıfır sayısında olan korelasyon katsayısında ise değerler arasında herhangi bir ilişkinin olmadığını göstermektedir. Bu katsayının yer aldığı aralıkları şu şekilde tanımlayabiliriz:

Korelasyon katsayısı (-0,25)-0,00 ve 0,00 - 0,25 aralığında ilişki çok zayıf,
 Korelasyon katsayısı (-0,49)-(-0,26) ve 0,26-0,49 aralığında ilişki zayıf,
 Korelasyon katsayısı(-0,69)-(-0,50)ve 0,50-0,69 aralığında ilişki orta düzeyde,
 Korelasyon katsayısı (-0,89)-(-0,70) ve 0,70-0,89 aralığında ilişki yüksek,
 Korelasyon katsayısı (-1,00)-(-0,90) ve 0,90-1,00 aralığındaki ilişki çok yüksektir
 (Öztürk, 2020).

Korelasyon grafiğindeki ifadelerle de pozitif veya negatif bir ilişki içerisinde olup olmadıkları anlaşılabilir (Ersöz & Ersöz, 2022, s. 284). Grafik de değerler yukarıya doğru çıkış gösteriyor ise pozitif yönde bir ilişki olduğu aşağıya doğru iniş gösteriyor ise negatif yönde bir ilişkisinin olduğunu söylemek mümkündür. Bir yerde grafik toplanıyor ise herhangi bir ilişki olmadığını göstermektedir (Öztürk, 2020).

Çalışmada değişkenler arasındaki korelasyon değerleri Tablo 3.23 'de gösterilmiştir.

Tablo 3.23: Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	Eğitim ile İlgili Sorunlar	Politika ile İlgili Sorunlar	Mesleğin Sahiplenilmemesi ile İlgili Sorunlar
Eğitim ile İlgili Sorunlar	1,000		
Politika ile İlgili Sorunlar	0,280**	1,000	
Mesleğin Sahiplenilmemesi ile İlgili Sorunlar	0,209**	0,511**	1,000

**Korelasyon $p < 0,01$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 3.23'te sorunlar arasındaki ilişkinin anlamlı olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapılan korelasyon analizleri incelendiğinde istatistiki olarak $p < 0,01$ anlamlılığın bulunduğu görülmüştür. Bulunan sonuçlar incelendiğinde eğitim ile ilgili sorunlara ait görüşler ile politika ile ilgili sorunlara ait görüşler arasında zayıf, pozitif

yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Korelasyon kat sayısı ($r=0,280$) olarak hesaplanmıştır. Eğitim ile ilgili sorunlara ait görüşler ile mesleğin sahiplenilmemesi ile ilgili sorunlara ait görüşler arasında çok zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Korelasyon kat sayısı ($r=0,209$) olarak hesaplanmıştır. Bulunan sonuçlar incelendiğinde mesleğin sahiplenilmemesi ile ilgili sorunlara ait görüşler ile politika ile ilgili sorunlara ait görüşler arasında orta düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Korelasyon kat sayısı ($r=0,511$) olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3.24: Hipotezlere İlişkin Kabul-Red Tablosu

H₁: Katılımcıların cinsiyetlerine göre eğitim ile ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₂: Katılımcıların cinsiyetlerine göre eğitici kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₃: Katılımcıların cinsiyetlerine göre öğrenci kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₄: Katılımcıların cinsiyetlerine göre eğitim süreci kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	KABUL
H₅: Katılımcıların yaşlarına göre eğitim ile ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₆: Katılımcıların yaşlarına göre eğitici kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₇: Katılımcıların yaşlarına göre öğrenci kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₈: Katılımcıların yaşlarına göre eğitim süreci kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	KABUL
H₉: Katılımcıların sınıflarına göre eğitim ile ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	KABUL
H₁₀: Katılımcıların sınıflarına göre eğitici kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	KABUL
H₁₁: Katılımcıların sınıflarına göre öğrenci kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	KABUL
H₁₂: Katılımcıların sınıflarına göre eğitim süreci kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	KABUL

Tablo 3.24: Hipotezlere İlişkin Kabul-Red Tablosu (Devamı)

H₁₃: Katılımcıların cinsiyetine göre politika ile ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₁₄: Katılımcıların cinsiyetlerine göre istihdam kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₁₅: Katılımcıların cinsiyetlerine göre eğitim politikası kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₁₆: Katılımcıların cinsiyetlerine göre politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₁₇: Katılımcıların yaşlarına göre politika ile ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₁₈: Katılımcıların yaşlarına göre istihdam kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₁₉: Katılımcıların yaşlarına göre eğitim politikası kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₂₀: Katılımcıların yaşlarına göre politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₂₁: Katılımcıların sınıflarına göre politika ile ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	KABUL
H₂₂: Katılımcıların sınıflarına göre istihdam kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	KABUL
H₂₃: Katılımcıların sınıflarına göre eğitim politikası kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	KABUL
H₂₄: Katılımcıların sınıflarına göre politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	KABUL
H₂₅: Katılımcıların cinsiyetlerine göre mesleğin sahiplenilmemesi ile ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₂₆: Katılımcıların cinsiyetlerine göre akademisyenlerin sahiplenmemesi kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₂₇: Katılımcıların cinsiyetlerine göre kamu kurumlarının sahiplenmemesi kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₂₈: Katılımcıların cinsiyetlerine göre mesleki örgüt yetersizliği kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED

Tablo 3.24: Hipotezlere İlişkin Kabul-Red Tablosu (Devamı)

H₂₉: Katılımcıların cinsiyetlerine göre zayıf lobicilik kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₃₀: Katılımcıların yaşlarına göre mesleğin sahiplenilmemesi ile ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₃₁: Katılımcıların yaşlarına göre akademisyenlerin sahiplenmemesi kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₃₂: Katılımcıların yaşlarına göre kamu kurumlarının sahiplenmemesi kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₃₃: Katılımcıların yaşlarına göre mesleki örgüt yetersizliği kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₃₄: Katılımcıların yaşlarına göre zayıf lobicilik kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₃₅: Katılımcıların sınıflarına göre mesleğin sahiplenilmemesi ile ilgili karşılaşılan sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₃₆: Katılımcıların sınıflarına göre akademisyenlerin sahiplenmemesi kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₃₇: Katılımcıların sınıflarına göre kamu kurumlarının sahiplenmemesi kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₃₈: Katılımcıların sınıflarına göre mesleki örgüt yetersizliği kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₃₉: Katılımcıların sınıflarına göre zayıf lobicilik kaynaklı sorunlara bakış açıları farklılaşmaktadır.	RED
H₄₀: Sağlık yönetiminde karşılaşılan eğitim ile ilgili sorunlar ve politika ile ilgili sorunlar arasında anlamlı bir ilişki vardır.	KABUL
H₄₁: Sağlık yönetiminde karşılaşılan eğitim ile ilgili sorunlar ve mesleğin sahiplenilmemesi ile ilgili sorunlar arasında anlamlı bir ilişki vardır.	KABUL
H₄₂: Sağlık yönetiminde karşılaşılan mesleğin sahiplenilmemesi ile ilgili sorunlar ve politika ile ilgili sorunlar arasında anlamlı bir ilişki vardır.	KABUL

3.6.5. Dematel Yöntemi Analizine İlişkin Bulgular

Dematel yöntemi, 1972 yılında Cenevre Battele Memorial Enstitüsü tarafından ortaya çıkarılmıştır (Aksakal & Dağdeviren, 2010, s. 907). Dematel, faktörler arasındaki nedensellik ilişkisine bakan ve analiz eden çok kriterli karar verme yöntemidir (Arslankaya & Göraltay, 2019, s. 36). Bu yöntem doğrultusunda kriterlerin diğer kriterler

tarafından etkilenen ya da etkileyen olduğu sonucuna ulaşılabilir (Çelikkbilek & Özdemir, 2020, s. 5). Dematel yöntemi 7 adımdan oluşmaktadır (Arslankaya & Göraltay, 2019, s. 36). Bu adımlar şekil 3.1’de verilmiştir.

Şekil 3.1: Dematel Yönteminde Takip Edilecek Adımlar



Kaynak: Seher Arslankaya & Kübra Göraltay (2019, ss. 36-39)

Birinci Adım: Kriterler Arasındaki İlişkinin Ölçülmesi

Uzmanlar tarafından ikili karşılaştırma ölçeği kullanılarak kriterler arasındaki ilişkiler değerlendirilmektedir. Bu adımda kullanılan ikili karşılaştırma ölçeği tablo 3.25’te verilmiştir (Arslankaya & Göraltay, 2019, s. 37).

Tablo 3.25: İkili Karşılaştırma Ölçeği

Sayısal Değer	Tanım
0	Etkisiz
1	Düşük Derecede Etki
2	Orta Derecede Etki
3	Yüksek Derecede Etki
4	Çok Yüksek Derecede Etki

Kaynak: Seher Arslankaya & Kübra Göraltay (2019, s. 37)

İkinci Adım: Direkt İlişki Matrisinin Oluşturulması

Birinci adımda karşılaştırılması yapılan kriterlerde birden fazla karar vericinin bulunması halinde ortalamaların alındığı ve köşelerin sıfır olduğu bir doğrudan ilişki matrisi(A) elde edilmektedir (Karaoğlu, 2016, s. 13).

Üçüncü Adım: Direkt İlişki Matrisinin Normalizasyonu

A matrisine bakılarak,

1.denklem: $x = k * A$

2.denklem: $k = \frac{1}{\max \sum_{j=1}^n a_{ijx}}, i, j = 1, 2, \dots, n$

İki denklemin kullanılması ile 0-1 arası değerleri olan X matrisi oluşturulmaktadır (Arslankaya & Göraltay, 2019, s. 37).

Dördüncü Adım: Toplam İlişki Matrisinin Oluşturulması

X matrisine bakılarak,

3. denklem: $T = X(1 - X)^{-1}$ 'in kullanılması sonucu toplam ilişki matrisi oluşturulur (Arslankaya & Göraltay, 2019, s. 38).

Beşinci Adım: Kriterler Arasındaki İlişkinin Tespit Edilmesi

5.Adımda asıl amaç hangisinin daha etkilenen hangisinin daha etkileyen olduğunu anlamaktır. Bu adımda D_i , toplam ilişki matrisinin satır toplamını ifade etmektedir. R_i ise sütun toplamını ifade etmektedir. $D_i + R_i$ kriterin sistem içerisindeki önemini ve $D_i - R_i$ ise değişkenin net etkisini göstermektedir (Arslankaya & Göraltay, 2019, s. 39).

Altıncı Adım: Etki Diyagramı ve İlişki Haritasının Oluşturulması:

Önemsiz olarak değerlendirilen etkilerin çıkarılması amacıyla bir eşik değer (α) belirlenmektedir. Eşik değer karar vericiler tarafından belirlenebildiği gibi denklem 4 ile de bulunabilmektedir (Arslankaya & Göraltay, 2019, s. 39).

4. denklem: $\alpha = \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n t_{ij}}{N}$

Denklem sonucunda veya karar vericilerin belirlediği değer doğrultusunda toplam ilişki matrisindeki değer eşik değerden küçük olduğu zaman ve sıfır olmadığı zaman elaman değeri aynı şekilde yazılmaktadır. Bu ifadeden sonra gerekli ilişki haritası ve etki diyagramı oluşturulmaktadır (Arslankaya & Göraltay, 2019, s. 39).

Yedinci Adım: Kriter Ağırlıklarının Belirlenmesi:

$(D_i + R_i)$ ve $(D_i - R_i)$ değerleri 5. denklemde kullanılmaktadır. 5.denklem ve 6. denklemin kullanılması ile beraber her bir kriterin ağırlıkları belirlenmektedir (Arslankaya & Göraltay, 2019, s. 40).

$$5.\text{denklem: } S_i = \sqrt{(D_i + R_i)^2 + (D_i - R_i)^2}$$

$$6.\text{denklem: } W_i = \frac{S_i}{\sum_{i=1}^n S_i}$$

3.6.5.1. Dematel Yöntemi ile Değişkenlerin Ağırlıklarına İlişkin Bulgular

Dematel yöntemi ile eğitim ile ilgili sorunlar, politik sorunlar ve mesleğin sahiplenilmemesi ile ilgili sorunların değişken ağırlıklarına ilişkin bulgular verilmektedir.

3.6.5.1.1. Eğitim ile İlgili Sorunlara İlişkin Bulgular

Araştırmada kullanılan değişkenler; K1: eğitici kaynaklı sorunlar, K2: öğrenci kaynaklı sorunlar ve K3: eğitim süreci kaynaklı sorunlar olarak belirlenmiştir. Araştırmanın bulguları doğrultusunda değişken ağırlıkları adım adım hesaplanmıştır.

Birinci Adım: Doğrudan İlişki Matrisinin Belirlenmesi

Alanında uzman 5 akademisyenin görüşleri alınarak hazırlanan ilişki matrisi Tablo 3.26’da verilmiştir.

Tablo 3.26: Eğitim ile İlgili Sorunların Doğrudan İlişki Matrisi

	K1	K2	K3
K1	0,00	3,00	2,60
K2	2,00	0,00	2,60
K3	2,20	3,20	0,00

İkinci Adım: Doğrudan İlişki Matrisinin Normalizasyonu

1.denklem ve 2. denklem kullanılarak oluşturulan normalize doğrudan ilişki matrisi Tablo 3.27’de verilmiştir.

Tablo 3.27: Eğitim ile İlgili Sorunların Normalize Doğrudan İlişki Matrisi

	K1	K2	K3
K1	0	0,535714	0,464286
K2	0,357143	0	0,464286
K3	0,392857	0,571429	0

Üçüncü Adım: Toplam İlişki Matrisinin Elde Edilmesi

3. denklem kullanılarak toplam ilişki matrisi elde edilir. Toplam ilişki matrisi Tablo 3.28’de verilmiştir.

Tablo 3.28: Eğitim ile İlgili Sorunların Toplam İlişki Matrisi

	K1	K2	K3
K1	3,360097	4,753717	4,231414
K2	3,201946	3,852122	3,739389
K3	3,542579	4,640173	3,799135

Dördüncü Adım: Etkileyen ve Etkilenen Değişkenlerin Belirlenmesi

Tablo 3.29’da etkilenen ve etkileyen değişkenler gösterilmektedir.

Tablo 3.29: Eğitim ile İlgili Sorunların Etkileyen ve Etkilenen Değişkenleri

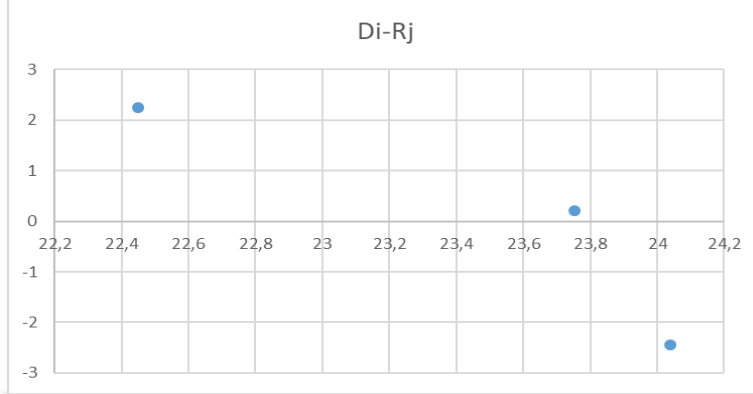
	Di	Rj	Di+Rj	Di-Rj	Etki Grubu
K1	12,34523	10,10462	22,44985	2,240606	Etkileyen
K2	10,79346	13,24601	24,03947	-2,45255	Etkilenen
K3	11,98189	11,76994	23,75182	0,211949	Etkileyen

Tablo 3.29’a bakıldığı zaman K1: Eğitici kaynaklı sorunlar ve K3: Eğitim süreci kaynaklı sorunların etkileyen değişkenler olduğu görülmektedir. K2: Öğrenci kaynaklı sorunlar ise etkilenen değişken kategorisine girmektedir. Bu ifadeler doğrultusunda eğitici kaynaklı ve eğitim süreci kaynaklı sorunların öğrenci kaynaklı sorunları etkilediği görülmektedir.

Beşinci Adım: İlişki Haritası ve Etki Diyagramının Oluşturulması

Etki diyagramı Şekil 3.2’de gösterilmektedir.

Şekil 3.2: Eğitim ile İlgili Sorunların Etki Diyagramı



Altıncı Adım: Değişken Ağırlıklarının Belirlenmesi

5.denklem ve 6. Denklem kullanılarak oluşturulan değişken ağırlıklar Tablo 3.30’da gösterilmektedir.

Tablo 3.30: Eğitim ile İlgili Sorunların Değişken Ağırlıkları

	Wi
K1	0,320118
K2	0,34286
K3	0,337022

Tablo 3.30’a göre en yüksek öneme sahip değişken 0,344286 ağırlıkla K2: öğrenci kaynaklı sorunlardır. En düşük öneme sahip değişken ise 0,320118 ağırlıkla K1: eğitici kaynaklı sorunlardır. K3: eğitim süreci kaynaklı sorunlarda 0,337022 ağırlıklı öneme sahiptir.

3.6.5.1.2. Politika ile İlgili Sorunlara İlişkin Bulgular

Araştırmada kullanılan değişkenler; P1: istihdam kaynaklı sorunlar, P2: eğitim politikası kaynaklı sorunlar ve P3: politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunlar olarak belirlenmiştir. Araştırmanın bulguları doğrultusunda değişken ağırlıkları adım adım hesaplanmıştır.

Birinci Adım: Politika ile İlgili Sorunların Doğrudan İlişki Matrisinin Belirlenmesi

Alanında uzman 5 akademisyenin görüşleri alınarak hazırlanan ilişki matrisi Tablo 3.31’de verilmiştir.

Tablo 3.31: Politika ile İlgili Sorunların Doğrudan İlişki Matrisi

	P1	P2	P3
P1	0,00	2,80	3,00
P2	2,40	0,00	2,80
P3	2,60	2,20	0,00

İkinci Adım: Doğrudan İlişki Matrisinin Normalizasyonu

1.denklem ve 2. denklem kullanılarak oluşturulan normalize doğrudan ilişki matrisi Tablo 3.32’de verilmiştir.

Tablo 3.32: Politika ile İlgili Sorunların Normalize Doğrudan İlişki Matrisi

	P1	P2	P3
P1	0	0,482759	0,517241
P2	0,413793	0	0,482759
P3	0,448276	0,37931	0

Üçüncü Adım: Toplam İlişki Matrisinin Elde Edilmesi

3. denklem kullanılarak toplam ilişki matrisi elde edilir. Toplam ilişki matrisi Tablo 3.33’te verilmiştir.

Tablo 3.33: Politika ile İlgili Sorunların Toplam İlişki Matrisi

	P1	P2	P3
P1	3,092646	3,401602	3,759039
P2	3,157354	2,848398	3,490961
P3	3,032251	2,984593	3,009244

Dördüncü Adım: Etkileyen ve Etkilenen Değişkenlerin Belirlenmesi

Tablo 3.34’te etkilenen ve etkileyen değişkenler gösterilmektedir.

Tablo 3.34: Politika ile İlgili Sorunların Etkileyen ve Etkilenen Değişkenleri

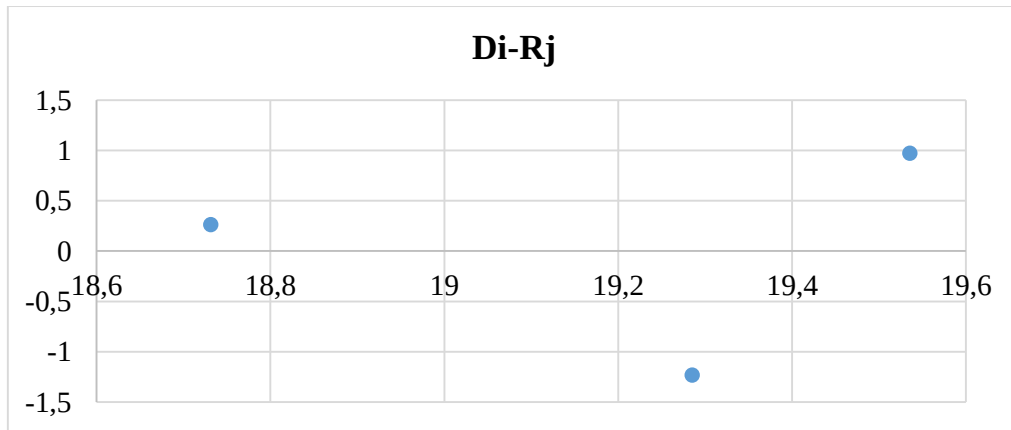
	Di	Rj	Di+Rj	Di-Rj	Etki Grubu
P1	10,25329	9,282251	19,53554	0,971035	Etkileyen
P2	9,496713	9,234593	18,73131	0,26212	Etkileyen
P3	9,026089	10,25924	19,28533	-1,23316	Etkilenen

Tablo 3.34’e göre P1: İstihdam kaynaklı sorunlar ve P2: Eğitim politikası kaynaklı sorunların etkileyen değişkenler olduğu görülmektedir. P3: Politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunlar ise etkilenen değişken kategorisine girmektedir. Bu ifadelerle göre istihdam kaynaklı ve eğitim politikası kaynaklı sorunların politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunları etkilediği sonucuna ulaşılmaktadır.

Beşinci Adım: İlişki Haritası ve Etki Diyagramının Oluşturulması

Etki diyagramı Şekil 3.3’te gösterilmektedir.

Şekil 3.3: Politika ile İlgili Sorunların Etki Diyagramı



Altıncı Adım: Değişken Ağırlıklarının Belirlenmesi

5.denklem ve 6. Denklem kullanılarak oluşturulan değişken ağırlıklar Tablo 3.35’te gösterilmektedir.

Tablo 3.35: Politika ile İlgili Sorunların Değişken Ağırlıkları

	Wi
P1	0,339474
P2	0,325129
P3	0,335397

Tablo 3.35'e göre en yüksek öneme sahip değişken 0,339474 ağırlıkla P1: istihdam kaynaklı sorunlardır. En düşük öneme sahip değişken ise 0,325129 ağırlıkla P2: eğitim politikası kaynaklı sorunlardır. P3: Politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunlar ise 0,335397 ağırlıklı öneme sahiptir.

3.6.3.1.3. Mesleğin Sahiplenilmemesi ile İlgili Sorunlara İlişkin Bulgular

Araştırmada kullanılan değişkenler; M1: akademisyenlerin sahiplenmemesi ile ilgili sorunlar, M2: kamu kurumlarının sahiplenmemesi ile ilgili sorunlar, M3: mesleki örgütlerin yetersizliği ile ilgili sorunlar ve M4: zayıf lobicilik ile ilgili sorunlar olarak belirlenmiştir. Araştırmanın bulguları doğrultusunda değişken ağırlıkları adım adım hesaplanmıştır.

Birinci Adım: Mesleğin Sahiplenilmemesi ile İlgili Sorunların Doğrudan İlişki Matrisinin Belirlenmesi

Alanında uzman 5 akademisyenin görüşleri alınarak hazırlanan ilişki matrisi Tablo 3.36'da verilmiştir.

Tablo 3.36: Mesleğin Sahiplenilmemesi ile İlgili Sorunların Doğrudan İlişki Matrisi

	M1	M2	M3	M4
M1	0,00	2,20	2,40	2,60
M2	2,40	0,00	3,60	3,60
M3	2,40	2,40	0,00	2,40
M4	2,00	2,80	2,40	0,00

İkinci Adım: Doğrudan İlişki Matrisinin Normalizasyonu

1.denklem ve 2. denklem kullanılarak oluşturulan normalize doğrudan ilişki matrisi Tablo 3.37’de verilmiştir.

Tablo 3.37: Mesleğin Sahiplenilmemesi ile İlgili Sorunların Normalize Doğrudan İlişki Matrisi

	M1	M2	M3	M4
M1	0	0,229167	0,25	0,270833
M2	0,25	0	0,375	0,375
M3	0,25	0,25	0	0,25
M4	0,208333	0,291667	0,25	0

Üçüncü Adım: Toplam İlişki Matrisinin Elde Edilmesi

3. denklem kullanılarak toplam ilişki matrisi elde edilir. Toplam ilişki matrisi Tablo 3.38’de verilmiştir.

Tablo 3.38: Mesleğin Sahiplenilmemesi ile İlgili Sorunların Toplam İlişki Matrisi

	M1	M2	M3	M4
M1	0,764335	1,010432	1,10313	1,132535
M2	1,15942	1,035427	1,410628	1,429952
M3	0,967864	1,026675	0,908003	1,124134
M4	0,9477	1,060842	1,118252	0,934047

Dördüncü Adım: Etkileyen ve Etkilenen Değişkenlerin Belirlenmesi

Tablo 3.39’da etkilenen ve etkileyen değişkenler gösterilmektedir.

Tablo 3.39: Mesleğin Sahiplenilmemesi ile İlgili Sorunların Etkileyen ve Etkilenen Değişkenleri

	Di	Rj	Di+Rj	Di-Rj	Etki Grubu
M1	4,010432	3,839319	7,849751	0,171113	Etkileyen

Tablo 3.39: Mesleğin Sahiplenilmemesi ile İlgili Sorunların Etkileyen ve Etkilenen Değişkenleri (Devamı)

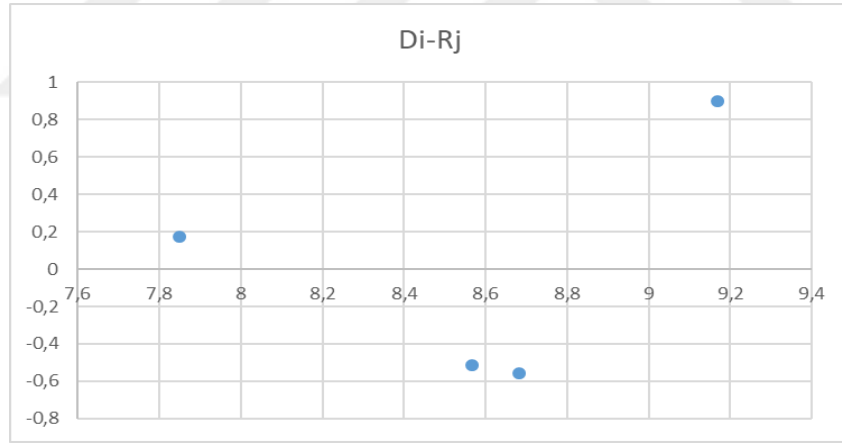
M2	5,035427	4,133375	9,168802	0,902051	Etkileyen
M3	4,026675	4,540013	8,566688	-0,51334	Etkilenen
M4	4,060842	4,620668	8,681509	-0,55983	Etkilenen

Tablo 3.39'a bakıldığı zaman M1: Akademisyenlerin sahiplenmemesi kaynaklı sorunlar ve M2: Kamu kurumlarının sahiplenmemesi kaynaklı sorunların etkileyen değişkenler olduğu görülmektedir. M3: Mesleki örgüt yetersizliği kaynaklı sorunlar ve M4: Zayıf lobicilik kaynaklı sorunlar ise etkilenen değişken kategorisine girmektedir. Bu ifadelerle göre akademisyenlerin ve kamu kurumlarının sahiplenilmemesi kaynaklı sorunlar mesleki örgüt yetersizliği ve zayıf lobicilik kaynaklı sorunları etkilemektedir.

Beşinci Adım: İlişki Haritası ve Etki Diyagramının Oluşturulması

Etki diyagramı Şekil 3.4'te gösterilmektedir.

Şekil 3.4: Mesleğin Sahiplenilmemesi ile İlgili Sorunların Etki Diyagramı



Altıncı Adım: Değişken Ağırlıklarının Belirlenmesi

5.denklem ve 6. Denklem kullanılarak oluşturulan değişken ağırlıklar Tablo 3.40'ta gösterilmektedir.

Tablo 3.40: Mesleğin Sahiplenilmemesi ile İlgili Sorunların Değişken Ağırlıkları

	Wi
M1	0,228602

Tablo 3.40: Mesleğin Sahiplenilmemesi ile İlgili Sorunların Değişken Ağırlıkları
(Devamı)

M2	0,268241
M3	0,249869
M4	0,253289

Tablo 3.40'a göre en yüksek öneme sahip değişken 0,268241 ağırlıkla M2: kamu kurumlarının sahiplenmemesi ile ilgili sorunlardır. En düşük öneme sahip değişken ise 0,228602 ağırlıkla M1: akademisyenlerin sahiplenmemesi ile ilgili sorunlardır. M3: mesleki örgüt yetersizliği 0,249869 ağırlıklı ve M4: zayıf lobcilik 0,253289 ağırlıklı öneme sahip değişkenlerdir.

3.6.3.1.4. Sağlık Yönetimi Bölümünde Karşılaşılan Tüm Sorunlara İlişkin Bulgular

Araştırmada kullanılan değişkenler; T1: eğitim ile ilgili sorunlar, T2: politik sorunlar ve T3: mesleğin sahiplenilmemesi sorunları olarak belirlenmiştir. Araştırmanın bulguları doğrultusunda değişken ağırlıkları adım adım hesaplanmıştır.

Birinci Adım: Genel Sorunların Doğrudan İlişki Matrisinin Belirlenmesi

Alanında uzman 5 akademisyenin görüşleri alınarak hazırlanan ilişki matrisi Tablo 3.41'de verilmiştir.

Tablo 3.41: Genel Sorunların Doğrudan İlişki Matrisi

	T1	T2	T3
T1	0,00	3,40	2,60
T2	3,00	0,00	3,20
T3	2,20	2,40	0,00

İkinci Adım: Genel Sorunların Doğrudan İlişki Matrisinin Normalizasyonu

1.denklem ve 2. denklem kullanılarak oluşturulan normalize doğrudan ilişki matrisi Tablo 3.42'de verilmiştir.

Tablo 3.42: Genel Sorunların Normalize Doğrudan İlişki Matrisi

	T1	T2	T3
T1	0	0,548387	0,419355
T2	0,483871	0	0,516129
T3	0,354839	0,387097	0

Üçüncü Adım: Toplam İlişki Matrisinin Elde Edilmesi

3. denklem kullanılarak toplam ilişki matrisi elde edilir. Toplam ilişki matrisi Tablo 3.43'te verilmiştir.

Tablo 3.43: Genel Sorunların Toplam İlişki Matrisi

	T1	T2	T3
T1	2,864322	3,432161	3,39196
T2	3,221106	3,110553	3,472362
T3	2,61809	2,809045	2,547739

Dördüncü Adım: Etkileyen ve Etkilenen Değişkenlerin Belirlenmesi

Tablo 3.44'te etkilenen ve etkileyen değişkenler gösterilmektedir.

Tablo 3.44: Genel Sorunların Etkileyen ve Etkilenen Değişkenleri

	Di	Rj	Di+Rj	Di-Rj	Etki Grubu
T1	9,688442	8,703518	18,39196	0,984925	Etkileyen
T2	9,80402	9,351759	19,15578	0,452261	Etkileyen
T3	7,974874	9,41206	17,38693	-1,43719	Etkilenen

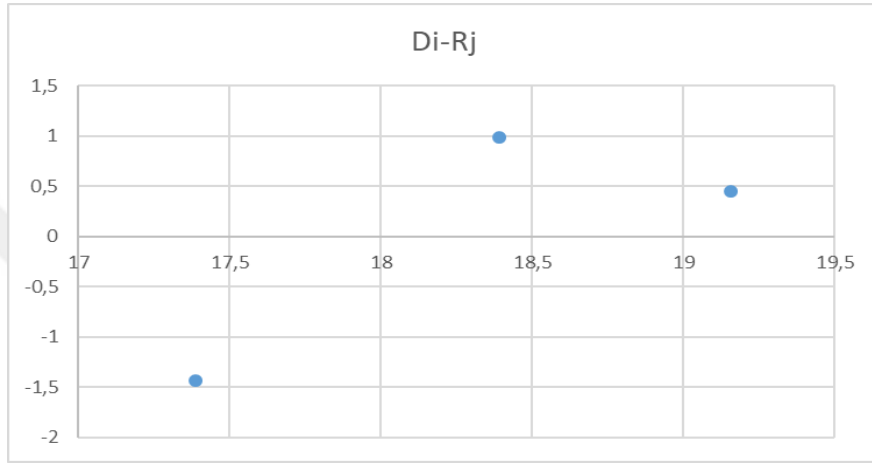
Tablo 3.44'e göre T1: eğitim ile ilgili sorunlar ve T2: politika kaynaklı sorunların etkileyen değişkenler olduğu görülmektedir. T3: mesleğin sahiplenilmemesi kaynaklı sorunlar ise etkilenen değişken kategorisine girmektedir. Bu ifade doğrultusunda eğitim

ile ilgili sorunlar ve politika kaynaklı sorunların mesleğin sahiplenilmemesi kaynaklı sorunları etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Beşinci Adım: Genel Sorunların İlişki Haritası ve Etki Diyagramının Oluşturulması

Etki diyagramı Şekil 3.5’te gösterilmektedir.

Şekil 3.5: Genel Sorunların Etki Diyagramı



Altıncı Adım: Değişken Ağırlıklarının Belirlenmesi

5.denklem ve 6. Denklem kullanılarak oluşturulan değişken ağırlıklar Tablo 3.45’te gösterilmektedir.

Tablo 3.45: Genel Sorunların Değişken Ağırlıkları

	Wi
T1	0,334722
T2	0,348221
T3	0,317056

Tablo 3.45’e göre en yüksek öneme sahip değişken 0,348221 ağırlıkla T2: politik sorunlardır. En düşük öneme sahip değişken ise 0,317056 ağırlıkla T3: mesleğin sahiplenilmemesi ile ilgili sorunlardır. T1: eğitim ile ilgili sorunlar ise 0,334722 ağırlıklı öneme sahip değişkendir.

Tablo 3.46’da dematel entegrasyonu öncesi ortalamaları ve dematel entegrasyonu sonrası ortalamaları gösterilmektedir.

Tablo 3.46: Dematel Entegrasyonu Öncesi ve Dematel Entegrasyonu Sonrası Ortalamalar

	Dematel Entegrasyonu Öncesi	Dematel Entegrasyonu Sonrası
K1	3,60	1,1546
K2	2,63	0,9027
K3	3,34	1,1269
P1	2,12	0,7209
P2	3,58	1,1664
P3	2,39	0,8036
M1	3,17	0,7254
M2	3,01	0,8079
M3	3,90	0,9764
M4	2,63	0,6675

Tablo 3.46’ya bakıldığı zaman sıralamaların genel olarak aynı kaldığı görülmektedir.

Dematel entegrasyonu öncesi K1: eğitici kaynaklı sorunlar 1. sırada, K3: Eğitim Süreci kaynaklı sorunlar 2. sırada ve K2: Öğrenci kaynaklı sorunlar 3.sırada yer almaktadır. Dematel entegrasyonu sonrası ortalamalarına bakıldığı zaman K1: eğitici kaynaklı sorunlar 1. sırada, K3: Eğitim Süreci kaynaklı sorunlar 2. sırada ve K2: Öğrenci kaynaklı sorunların 3.sırada yer alarak aynı sıralamayı oluşturduğu görülmektedir.

Dematel entegrasyonu öncesi P2: Eğitim politikası kaynaklı sorunlar 1. sırada, P3: Politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunlar 2. sırada ve P1: İstihdam kaynaklı sorunlar 3.sırada yer almaktadır. Dematel entegrasyonu sonrası ortalamalarına bakıldığı zaman P2: Eğitim politikası kaynaklı sorunlar 1. sırada, P3: Politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı sorunlar 2. sırada ve P1: İstihdam kaynaklı sorunlar 3.sırada yer alarak aynı sıralamayı oluşturmaktadır.

Dematel entegrasyonu öncesi M3: Merkezi örgüt yetersizliği kaynaklı sorunlar 1. sırada, M1: akademisyenlerin sahiplenmemesi kaynaklı sorunlar 2. sırada, M2: Kamu

kurumlarının sahiplenmemesi kaynaklı sorunlar 3.sırada ve M4: Zayıf lobicilik kaynaklı sorunlar 4. sırada yer almaktadır. Dematel entegrasyonu sonrası ortalamalarına bakıldığında zaman M3: Merkezi örgüt yetersizliği kaynaklı sorunlar 1. sırada, M2: Kamu kurumlarının sahiplenmemesi kaynaklı sorunlar 2. sırada, M1: Akademisyenlerin sahiplenmemesi kaynaklı sorunlar 3.sırada ve M4: Zayıf lobicilik kaynaklı sorunlar 4. sırada yer almaktadır. Öğrencilere göre yapılan anket çalışmasından elde edilen ortalamalarda akademisyenlerin sahiplenmemesi 2. sırada ve kamu kurumlarının sahiplenilmemesi 3.sırada olurken akademisyenlere yapılan görüşme formu sonucunda dematel yöntemi ile bulunan ortalamalarda kamu kurumlarının sahiplenilmemesi 2.sırada ve akademisyenlerin sahiplenmemesi 3.sırada yer almaktadır.

Tablo 3.47: Dematel Entegrasyonu Öncesi ve Dematel Entegrasyonu Sonrası Genel Ortalamalar

	Dematel Entegrasyonu Öncesi	Dematel Entegrasyonu Sonrası
Eğitim Kaynaklı	3,19	1,0614
Politika Kaynaklı	2,69	0,8969
Mesleğin Sahiplenilmemesi	3,18	0,7943

Tablo 3.47'ye göre Öğrencilere göre yapılan anket çalışmasından elde edilen ortalamalarda Eğitim Kaynaklı sorunlar 3,19 ortalama ile 1. sırada, Mesleğin Sahiplenilmemesi 3,18 ortalama ile 2. sırada ve Politika kaynaklı sorunlar 2,69 ortalama ile 3. sırada yer almaktadır. Akademisyenlere yapılan görüşme formu sonucunda dematel yöntemi ile bulunan ortalamalarda Eğitim kaynaklı sorunlar 1,0614 ortalama ile 1. sırada, Politika kaynaklı sorunlar 0,8969 ortalama ile 2. sırada ve mesleğin sahiplenilmemesi 0,7943 ortalama ile 3. sırada yer almaktadır. Bu değerler doğrultusunda öğrencilere göre önemlilik sırası eğitim kaynaklı> mesleğin sahiplenilmemesi>politika kaynaklı sorunlar şeklinde olmaktadır. Akademisyenlere göre ise sıralama eğitim kaynaklı> politika kaynaklı >mesleğin sahiplenilmemesi kaynaklı sorunlar olmaktadır. Bu ifadeler ile akademisyenlerin öğrencilerin tam tersi olarak politika kaynaklı sorunların mesleğin sahiplenilmemesinden daha önemli bir sorun olduğu görüşünde sonuca varılmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık sektörü, dinamik yapısı ve multidisipliner karakteri ile toplumsal refah ve yaşam kalitesinin artırılmasında kritik bir rol oynamaktadır. Bu kompleks endüstrinin etkin yönetimi, sektöre özgü bilgi ve becerilere sahip profesyonellerin varlığını gerekli kılmaktadır. Bu ihtiyaç doğrultusunda ortaya çıkan sağlık yönetimi mesleği, sağlık kurumlarının optimal performansını sağlamada kilit bir öneme sahiptir. Sağlık yönetimi mesleğinin etkinliği, sağlık sektörüne hâkimiyet ve spesifik alan bilgisi gibi faktörlere bağlıdır. Bu bağlamda, sağlık ve yönetim alanlarında yetkin profesyoneller yetiştirmek amacıyla sağlık yönetimi eğitimi önem kazanmıştır. Bu eğitim programlarının varlığı, sağlık kurumlarının verimli yönetimi, hasta memnuniyetinin artırılması ve çalışan bağlılığının güçlendirilmesi gibi olumlu sonuçlar doğurmuştur. Ancak, Türkiye özelinde sağlık yönetimi mesleğinin yeterince değer görmemesi ve gerekli atamaların yapılmaması, alanın gelişimini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Bu çalışma, sağlık yönetimi eğitimi ve mesleğinde karşılaşılan sorunları tespit etmeyi ve çözüm önerileri sunmayı amaçlamıştır. Bu amaç doğrultusunda yapılan çalışmanın uygulama kısmından elde edilen sonuçlar aşağıda değerlendirilmiştir.

Sağlık yönetimi bölümlerinin Türkiye'de hızla yaygınlaşmasına rağmen (80 üniversite), alanda uzmanlaşmış akademisyen sayısının yetersiz olduğunu göstermiştir. Bu durum, alan dışı akademisyenlerin istihdamını zorunlu kılmakta ve eğitimin etkinliğini olumsuz etkilemektedir. Bu bulgu, Karaşin ve Tatlı (2022) ile Kaya vd. (2022)'nin çalışmalarıyla paralellik göstermektedir. Ayrıca öğrencilerin bölüm tercihlerinde "kolay iş bulma" beklentisinin ön planda olduğu tespit edilmiş, bu durum Yorulmaz (2019) ve Öztürk ve İlman (2015)'in çalışmalarında da yer verildiği gibi bilinçsiz tercihler yapıldığına işaret etmektedir. Bununla birlikte sağlık yönetimi bölümünün farklı fakültelerde (Sağlık Bilimleri, İktisadi ve İdari Bilimler) yer alması, müfredat farklılıklarına ve öğrenciler arasında karmaşaya yol açmaktadır. Bu bulgu, Aydemir ve Çetin (2023)'in çalışmasıyla tutarlılık göstermektedir. Sağlık Bakanlığı'nın sağlık yönetimi mezunlarının istihdamı konusundaki yetersiz politikaları, öğrencilerin mesleğe bakış açısını olumsuz etkilemektedir. Ayrıca sağlık yönetimi bölümünün farklı isimler altında ve çeşitli fakültelerde açılması, öğrenciler arasında endişeye yol açmaktadır. Bu sonuç, Yılmaz vd. (2021)'nin çalışmasıyla paralellik göstermektedir. Bu

sonuçlara ek olarak açıköğretim fakültelerinde sağlık yönetimi öğrenci sayısının örgün eğitime kıyasla fazla olması, gelecekte istihdam sorunlarına yol açabilecek bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Sağlık yönetimi mesleğinin tanınırlığı ve benimsenmesi konusundaki eksiklikler, önemli bir sorun olarak öne çıkmaktadır. Akademisyenlerin mesleği sahiplenme düzeyi konusunda öğrenciler arasında belirsizlik mevcuttur.

Öğrencilerinin cinsiyetleri ile eğitim alanında karşılaşılan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamış, eğitim süreci kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında ise anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kadınların eğitim süreci kaynaklı sorunlara yönelik bakış açılarının erkeklere göre daha olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık yönetimi öğrencilerinin yaşları ile eğitim süreci kaynaklı sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Bu anlamlı farklılığın 18 yaş ve altı ile 19-22 yaş arasında olduğu görülmüştür. Bir diğer anlamlı farklılık ise 18 yaş ve altı ile 23-25 yaş arasında olduğu görülmüştür. Öğrencilerin cinsiyetleri ve yaşları ele alındığında politika ile ilgili sorunlara bakış açıları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yapılan çalışma sonucunda öğrencilerin sınıf düzeyleri ile eğitim ve politika kaynaklı sorunlar arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Mesleğin sahiplenilmemesi kaynaklı sorunlar ile katılımcıların demografik değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Son olarak sağlık yönetimi sorunlarının birbiriyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Eğitim, politika ve mesleğin sahiplenilmesi konularındaki sorunların birbirini etkilediği görülmüştür.

Araştırma sonucunda eğitim ve politika kaynaklı sorunlar arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüş ve durumun oluşmasındaki etken olarak sağlık yönetimi mesleğine gereken atamaların yapılmamasının, farklı isimler altında toplanmasının, belirli bir eğitim müfredatının olmamasının ve sağlık yönetimi mezunlarına yeterince ilgi gösterilmemesinin sağlık yönetimindeki öğrencilerin bölümü seçmesinde olumsuz etki yaratmakta ve sağlık yönetimi doktoralı akademisyenlerin atmasını engellemektedir. Eğitim ve mesleğin sahiplenilmemesi kaynaklı sorunlar arasında da anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu ilişki doğrultusunda gelişimi ve tanıtımı için yeterli çalışmalar yapılmamış sağlık yönetimi bölümünün bilinçli bir şekilde tercih edilmeyeceği ortaya çıkmıştır. Son olarak politika kaynaklı ve mesleğin sahiplenilmemesi kaynaklı sorunlar arasında anlamlı bir ilişki çıkmıştır. Bu sonuç sağlık yönetiminin tanınmaması, kamu

kurumları ve akademisyenler tarafından benimsenmemesinin sonucu olarak atamaların yapılmaması, mezunlara yeterince imkânlar tanınmamasına neden olmaktadır.

Araştırma kapsamında sağlık yönetimi mesleği ve eğitimde karşılaşılan sorunlar, eğitimle ilgili sorunlar, politika ile ilgili sorunlar ve mesleğin sahiplenilmemesi ile ilgili sorunlar şeklinde sınıflandırılmıştır. Bu sorunların önem düzeylerine göre akademisyenler tarafından eğitim, politika ve mesleğin sahiplenilmemesi kaynaklı sorunlar şeklinde sıralanmıştır. Öğrenciler tarafından önem düzeylerine göre yapılan sıralama ise eğitim, mesleğin sahiplenilmemesi ve politika kaynaklı sorunlar şeklindedir.

Araştırmada elde edilen sonuçlar ve yapılan çıkarımlar çerçevesinde sağlık yönetimi mesleğine ve eğitimine yönelik öneriler aşağıda sunulmaktadır:

- Sağlık yönetimi eğitiminin standardizasyonu için, bölümlerin tek bir çatı altında toplanması ve ortak bir müfredat oluşturulması.
- Yükseköğretim Kurulu'nun, sağlık yönetimi alanında doktoralı akademisyen sayısının artırılması için teşvik politikaları geliştirmesi.
- Sağlık Bakanlığı'nın, sağlık yönetimi mezunlarının istihdamını artırmaya yönelik kapsamlı politikalar geliştirmesi ve uygulaması.
- Açık öğretim fakültelerindeki sağlık yönetimi programlarının gözden geçirilmesi ve istihdam dengesi gözetilerek düzenlenmesi.
- Sağlık yönetimi mezunlarının, aldıkları eğitimle uyumlu pozisyonlarda istihdam edilmesinin sağlanması ve alan dışı atamaların önlenmesi için yasal düzenlemeler yapılması.
- Sağlık yönetimi mesleğinin tanınırlığını ve gelişimini desteklemek amacıyla öğrenci kulüpleri, sivil toplum kuruluşları ve sosyal medya platformlarının güçlendirilmesi ve desteklenmesi gerekir.

Bu öneriler doğrultusunda yapılacak düzenlemeler ve iyileştirmeler, sağlık yönetimi eğitiminin kalitesini artıracak, mesleğin tanınırlığını güçlendirecek ve sağlık sektörünün yönetim kapasitesini geliştirerek toplum sağlığına olumlu katkılar sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Açıl, Y. (2020). Okul Yönetiminde Yönetim Süreçlerinin Etkililiği İle Örgütsel Adalet Arasındaki İlişki . *Yüksek Lisans Tezi*. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi,Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Açılar, S. (2020, Mayıs 9). *Sağlık Yönetimi Ne İş Yapar ?* İstanbul Enstitüsü Web Sitesi: <https://www.iienstitu.com/blog/saglik-yonetimi-ne-is-yapar> adresinden alındı
- Ak, B. (2010). Parametrik Hipotez Testleri. Ş. Kalaycı içinde, *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikler* (s. 73-82). Ankara: Asil Yayın Dağıtım .
- Akbolat, M. (2009). Türkiye Sağlık Sektöründe Rekabet Stratejileri: Hastaneler Üzerine Bir Araştırma. *Doktora Tezi*. Sakarya: Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Akdoğan, R. (2023, Şubat). Sağlık Yönetimi Lisans Programlarında Muhasebe Ders İçeriklerinin Değerlendirilmesi ve Yeni Ders İçerikleri Önerisi. *Doktora Tezi*. Üsküdar: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Akdur, R. (1998). Çağdaş Sağlık ve Sağlık Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler. R. Akdur, M. Çöl, A. Işık, A. İdil, M. Durmuşoğlu, & A. Tunçbilek içinde, *Halk Sağlığı* (s. 3-35). Ankara: Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü “Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akgül, A., & Çevik, O. (2003). *İstatistiksel Analiz Teknikleri*. Ankara : Emek Ofset .
- Akman, E., & Kopuz, K. (2021). Katastrofik Sağlık Harcamalarında Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Rolü. *Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi*(1), 1-14.
- Aksakal, E., & Dağdeviren, M. (2010). ANP ve Dematel Yöntemleri İle Personel Seçimi Problemine Bütünleşik Bir Yaklaşım. *Gazi Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 25(4), 905-913.
- Aktepe, E. (2006). *Genel İşletme*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Aldoğan, E. U. (2024). Sağlık Kurumları Yönetimi Eğitimi. S. Bostan, A. Atilla, G. Y. Tarcan, E. U. Aldoğan, M. Ç. Barsbay, Ü. Çıraklı, . . . A. Yılmaz, & Y. Akbulut (Dü.) içinde, *Sağlık Kurumları Yönetimi I* (s. 1-21). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını. 06 26, 2024 tarihinde alındı
- Almeida, P. C. (2023). Innovative Approaches to Health Services Management: A Critical Analysis and Future Prospects. *Biomedical Journal*, 54(2), 45724-45727.
- Altan, E. (2020). Sağlık Yönetimi Bölümü Öğrencilerinin Bölümü Seçmelerine Etki Eden Faktörler: Üsküdar Üniversitesi Örneği . *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Anderson, M. M., Garman, A. N., Johnson, T. J., Louis, F., Walton, S. M., & Douglas, K. (2021). How Do Employers Judge the Quality of Applicants’ Graduate Healthcare Management Education? A Conjoint Analysis Study. *The Journal of Health Administration Education*, 38(3), 665-680.
- Antalyalı, Ö. L. (2010). Varyans Analizi(Anova-Manova). Ş. Kalaycı içinde, *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri* (s. 131-167). Ankara: Asil Yayın Dağıtım.

- Arslan, U. (2022, Temmuz). Sağlık Kurumları Yönetiminde Yaşanan Sıkıntılar ve Yönetim Süreci: Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Örneği. *Yüksek Lisans Tezi*. Sivas : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Arslankaya, S., & Göraltay, K. (2019). *Çok Kriterli Karar Verme Yöntemlerinde Güncel Yaklaşımlar*. Ankara, Ankara: İksad Yayınevi.
- Ateş, Ç. (2014). Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansın Değerlendirilmesi(Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği). *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Aya Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi. (2020). *Koruyucu Sağlık Hizmetleri Nelerdir?* AYA Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi: <https://www.ayaosgb.com/koruyucu-saglik-hizmetleri-nelerdir#:~:text=Bireylere%20y%C3%B6nelik%20koruyucu%20sa%C4%9Fl%C4%B1k%20hizmetleri,sa%C4%9Fl%C4%B1k%20hakk%C4%B1nda%20verilmesi%20gereken%20e%C4%9Fitimlerdir.adresinden%20alındı>
- Aydemir, İ., & Çetin, B. (2023). Türkiye'deki Sağlık Yönetimi Lisans Programları Profiline Değerlendirilmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 9(2), 155-170.
- Aydın, İ. (2009). Sağlık Yönetimi Alanında Lisans Eğitimi Almış Sağlık Çalışanlarının Çalışma Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Basılmamış Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü .
- Aydoğan, M. (2015). Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Sağlık Hizmetleri Sunumunda İletişimin Önemi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Balcı, E., Çakıl, E., Dudak, A. H., Gün, İ., Çetinkaya, F., & Günay, O. (2011). Kayseri İlinde Görev Yapan Sağlık Yöneticilerinin Genel Özellikleri ve Uygulamada Karşılaştıkları Sorunlar. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(3), 174-183.
- Başaran, İ. E. (1994). *Eğitime Giriş*. Ankara: Kadioğlu Matbaası.
- Bose, R. (2003). Knowledge Management-Enabled Health Care Management Systems: Capabilities, Infrastructure, and Decision-Support. *Elsevier Journal*, 24(1), 59-71.
- Bovee, C. L., Thill, J. V., & Mescon, M. H. (2007). *Excellence in Business Third Edition*. New York: Pearson Prentice Hall.
- Bulut, F., & Civaner, M. M. (2016). Modern tıp insancıl özünü yitiriyor: Artık “Hasta yok, Hastalık var!”. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 3(2), 66-73.
- Büyüköztürk, Ş. (2010). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegem
- Calhoun, J. G., Davidson, P. L., Sinioris, M. E., Vincent, E. T., & Griffith, J. R. (2002). Toward an Understanding of Competency Identification and Assessment in Health Care Management. *Quality Management in Health Care*, 11(1), 14-38.
- Calhoun, J. G., Vincent, E. T., Calhoun, G. L., & Brandsen, L. E. (2008). Why Competencies in Graduate Health Management and Policy Education? *The Journal of Health Administration Education*, 25(1), 17-35.
- Chanda, R. (2002). Trade In Health Services. *Bulletin Of The World Health Organization*, 80(2), 158-163.

- Coşkun, Ş. (2011). Afet Eğitimi Algılaması: İlköğretim Öğrencilerine Verilen Afet Eğitimlerinin Algılamasını Ölçmek Üzere Bir Araştırma. *Yüksek Lisans Tezi*. Sakarya: Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Creswell, J. W. (2013b). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. CA: Sage Publications.
- Çamcı, M. (2007). Sağlık Yönetimi. *Yüksek Lisans Tezi*. Mersin: Mersin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çelikkilek, Y., & Özdemir, M. (2020). *Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Çimen, M. (2010). Sağlık Yönetimi ve Sağlık Yönetimi Eğitimi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 136-139.
- Devebakan, N. (2001). Sağlık İşletmelerinde Kalite ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi. *Yüksek Lisans tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler enstitüsü.
- Devebakan, N. (2007). Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği. *Doktora Tezi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Elg, M., Stenberg, J., & Kammerlind, P. (2011). Swedish Healthcare Management Practices and Quality Improvement Work: Development Trends. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(2), 101-123.
- Erdem, A. R. (2005). *Etkili ve Verimli (Nitelikli) Eğitim*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Ersöz, F., & Ersöz, T. (2022). *İstatistik-I*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Eryılmaz, B. (2002). *Kamu Yönetimi*. İstanbul: Erkam Matbaası.
- Filerman, L. G. (1981). Varieties Of Health Administrator Education. Lowell Eliezer Bellin, & . E. Weeks içinde, *The Challenge of Administring Health Services: Career Patways*. Washington: Aupha Press.
- Filiz, M. (2021). Sağlık Yönetimi Bölümünün Eğitsel ve Akademik Yapısı. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Statrejileri Araştırma Dergisi*, 7(3), 614-624.
- Fişek, N. H. (1983). *Halk Sağlığı'na Giriş*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını.
- George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows Step by Step. A Simple Study Guide and Reference*. Boston: Pearson Education India.
- Hair, J. F., & vd. (2014). Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM): An Emerging Tool in Business Research. *European Business Review*, 26(2), 106-121.
- Hayran, O., Sarp, N., Aydın, S., Sur, H., Palteki, T., & Özşarı, H. (2018, Ağustos). *Sağlık Kurumları Yönetimi-I*. Anadolu Üniversitesi: <https://ets.anadolu.edu.tr/storage/nfs/SAK201U-Y/ebook/SAK201U-Y-17V1S1-8-0-0-SV1-ebook.pdf> adresinden alındı
- Hilsenrath, P. E. (2012). Healthcare Management Education Settings İn The United States: History and Perspective. *Journal of Management History*, 18(4), 1-24.
- Huck, S. W. (2008). *Reading Statistics and Research*. Boston: MA: Pearson Education, Inc.

- Jankelová, N., Joniaková, Z., & Mišún, J. (2023). Innovative Approaches in the Management of Healthcare Organisations. *Journal of Health Management*, 1-13. doi:0.1177/09720634231216026
- Kalaycı, Ş. (2010). *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Ankara: Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti.
- Kandemir, M. (2015). Sağlık Kurumları Yöneticilerinde Zaman Yönetimi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kaptanoğlu, A. Y. (2011). *Sağlık Yönetimi*. İstanbul: Beşir Kitapevi.
- Karaatlı, M. (2010). Verilerin Düzenlenmesi ve Gösterimi. ğ. K. (Ed.) içinde, *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri* (s. 3-42). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Karagöz, S., & Balcı, A. (2007). Effectiveness of Health Management Departments of Universities That Train Health Managers in Turkey. *International Journal of Health planning and Management*, 22(4), 263-288. doi:10.1002/hpm.854
- Karaoğlu, S. (2016). Dematel ve Vikor Yöntemleriyle Dış Kaynak Seçimi: Otel İşletmesi Örneği. *Akademik Bakış Dergisi*(55), 9-24.
- Karaşin, Y., & Tatlı, E. (2022). Sağlık Yönetimi Bölümünün Akademik Profili. *Sağlık Bilimleri ve Yaşam Dergisi*, 6(1), 55-65.
- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2015). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya, R. R., Tatlıdil, R., & Yıldız, E. (2022). Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programlarının Akademisyen Profillerinin İncelenmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 8(2), 125-139.
- Keskin, H. (2020). *İşletme Fonksiyonları*. Yıldız Teknik Üniversitesi Web Sitesi: <https://avesis.yildiz.edu.tr/hkeskin/dokumanlar> adresinden alındı
- Kıral, E., & Deliveli, K. (2019). *Yönetim Süreçleri*. Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Kısa, A. (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Kitapçı, C. (1993). Türkiye’de Sağlık Yönetimi (Sorunlar ve Çözüm Önerileri). *Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi*. Ankara: Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü.
- Kıyak, M. (2013). Sağlık Yönetimi Eğitimi: Durum ve Öneriler. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*(27), 30-33. Medipol Üniversitesi Web Sayfası. adresinden alındı
- Korkmaz, F. (2011). Meslekleşme ve Ülkemizde Hemşirelik. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 56-97.
- Köse, İ. A., & Öztemur, B. (2014). Kayıp Veri Ele Alma Yöntemlerinin T-testi ve Anova Parametreleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 400-412.
- Lantz, P. M. (2008). Gender and Leadership in Healthcare Administration: 21st Century Progress and Challenges. *Journal of Healthcare Management*, 53(5), 291-301.
- Leebov, W., & Scott, G. (1990). *Health care managers in transition: Shifting roles and changing organizations*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

- Mansur, F. (2016). Sağlık Yönetimi Eğitimine Yönelik Bütünleşik Teknoloji Kabul ve Kullanım Modeli Önerisi. *Doktora Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- McDaniel, R. R., Driebe, D. J., & Lanham, H. J. (2013). Health Care Organizations as Complex Systems: New Perspectives on Design and Management. *Annual Review of Health Care Management: Revisiting the Evolution of Health Systems Organization*, 15, 3-26.
- Odabaşı, Y. (2001). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Öztürk, E. E. (2020, 06 27). *Korelasyon Analizi*. Veri Bilimi Okulu Web Sitesi: <https://www.veribilimiokulu.com/korelasyon-analizir-nedir/> adresinden alındı
- Öztürk, Z., & İlman, E. Z. (2015). Sağlık Yönetimi ve İşletmeciliği Bölümünde Okuyan Öğrencilerin Bölümü Tercih Nedenleri ile Beklenti ve Motivasyon Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 71-93.
- Ramirez, B., Oetjen, R. M., & Malvey, D. (2011). Sustainability and the Health Care Manager: Part II. *The Health Care Manager*, 30(3), 261-265.
- Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu (2013). Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. (1961, 01 05). 1(10705). Resmi Gazete.
- Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik. (2014, 05 22). (29007). Resmi Gazete.
- Sağlık Yönetimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı. (2017). Yüksek Öğretim Kurulu: https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/saglik_yonetimi.pdf adresinden alındı
- Saraçel, N., Özkara, B., Kararkaş, M., Özdemir, Ş., Yelken, R., Dünder, S., & Karaca, Y. (2002). Afyon İli Tüketim Analizi, Tüketici Davranışları ve Eğilimleri. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayınları*, 27(1), 28.
- Sargutan, E. (2005). Sağlık Teknolojisi Yönetimi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 113-144.
- Sarvan, F. (1995). Hastane Yönetimi Eğitimi. *Toplum ve Hekim*, 10(69), 10-18.
- Sayım, F., & Aydın, V. (2011). Hizmet Sektörü Özellikleri Ve Sistemik Olmayan Risklerin Sektör Menkul Kıymetleri İle Etkileşimine Dair Teorik Bir Çalışma. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*(29), 245-262.
- Selçuk, D. (2019). Sağlık Yönetimi Eğitimi Alan Ön lisans/Lisans Öğrencilerinin Kariyer Beklentileri. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Senthilkumar, S. A., Bharatendra, R., Meshram, A. A., Gunasekaran, A., & Chandrakumarmangalam, S. (2018). Big Data in Healthcare Management: A Review of Literature. *American Journal of Theoretical and Applied Business*, 4(2), 57-69.
- Son, K. (2022). Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin Bölümü Tercih Nedenleri Ve Akademik Motivasyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Şeremet, G. G., & Uçakkuş, P. (2023). Holacratic Management Approach As A New Approach İn Health. *Eurasion Journal Of Health Sciences*, 6(2), 60-66.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using Multivariate Statistics*. Boston : Ally And Bacon.
- Tan, J., & Payton, F. (2009). *Adaptive Health Management Information Systems; Concepts, Cases and Pratical Applications* (Third Edition b.). USA: Jones and Bartlett Learning.
- Tengilimoğlu, D., & Çıtak, N. (2003). *Yönetici ve Tıp Sekreterliği*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2021). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Tercan, M., & Yeşilaydın, G. (2022). Efficiency of Turkish Health Management Departments Through Data Envelopment Analysis. *ERIES Journal*, 16(2), 102-112.
- Terris, M. (1992). Concepts Of Health Promotion: Dualities İn Public Health Theory. *Journal Of Public Health Policy*, 13(3), 267-276.
- Tıraş, H. H. (2013). Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(2), 125-152.
- Tokay, M. (2000). Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanmasında Kalite Ve Hasta Tatmini Eskişehir Devlet Hastanesinde Bir Araştırma. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi* . Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Turaç, İ. S., & Donar, G. B. (2017). Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin İşsizlik Kaygılarını ve Yaşam Doyumlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Siyaset,Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 5(4), 119-127.
- Tutkun, Ö. F., & Koç, M. (2008). Stereotypes Towards Occupations in Turkey. *Ankara University, Journal of Faculty of Educational Sciences*, 255-273.
- Ulusoy, M. F., & Görgülü, R. S. (1995). *Hemşirelik Esasları Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler* (Cilt 1). Ankara: Çağın Ofset.
- Yalım, D. (2005). *İnsan Kaynaklarında Yeni Eğilimler*. İstanbul: Hayat Yayınları.
- Yavuz, A. İ. (2014). Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kapsamında Çalışanlara Yönelik Şiddet(Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği). *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yazan, T. (2015). Kamu Hastanelerinde Temel Yönetim Sorunları ve İdeal Hastane Yönetimi (Alanya Devlet Hastanesi Çalışanları Örneği). *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yılmaz, F. (2009). Sağlık işletmelerinde Finansal Riskin Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi. *Doktora Tezi*. Ankara: Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yılmaz, N., Yıldız, E., & Özdiç, Ö. (2021). Sağlık Yöneticisi Adaylarının Mesleki Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 726-739.
- Yorulmaz, M. (2015). Türkiye'deki Sağlık Yönetiminin Mevcut Durumu ve Geleceğine Dair Niitel Bir Çalışma. *Doktora Tezi*. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Yorulmaz, M. (2019). Sağlık Yönetimi Bölümü Öğrencilerinin Bölümü Tercih Etme Nedenlerinin İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 22(1), 74-82.
- Yorulmaz, R., & Erdem, R. (2021). Sağlıklı Yaşam Üzerine Kavramsal Bir Çerçeve. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(1), 57-74.
- Yüceler, A. (2011). Sağlık İşletmelerinde Örgüt Kültürünün Bir Boyutu Olarak Hasta ve Çalışan Güvenliği: Kuram ve Konya İlindeki Hastanelerde Bir Uygulama. *Doktora Tezi*. Konya: Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yükseköğretim Kurulu. (2023, 11 21). *Sağlık Kurumları İşletmeciliği Önlisans Bölümleri*. Yükseköğretim Kurulu Web Sitesi: <https://yokatlas.yok.gov.tr/onlisans-program.php?b=19504> adresinden alındı
- Yükseköğretim Kurulu. (2023). *Sağlık Yönetimi Lisans Programları*. YÖKATLAS Web Sitesi: <https://yokatlas.yok.gov.tr/lisans-bolum.php?b=10238> adresinden alındı
- Zeren, G. Y. (2023, 03 31). *150 Bin Sağlık Yönetimi Lisansiyerinden 'Beyaz Reform Ataması' İsyanı!* Bilim ve Sağlık Haber Ajansı: <https://www.bsha.com.tr/150-bin-saglik-yonetimi-lisansiyerinden-beyaz-reform-atamasi-isyani/> adresinden alındı
- Ziegenfuss, J. T., & Sassani, J. W. (2004). *Portable Health Administration*. USA: Elsevier Academic Press. https://books.google.com.tr/books?id=xLpR4VooQvKC&printsec=frontcover&hl=tr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false adresinden alındı

EKLER

EK.1 Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümünde Okuyan Öğrencilere Uygulanan Anket Çalışması

ANKET FORMU

Sayın sağlık yönetimi bölümü öğrencisi,

Bu anket ile “Sağlık Yönetimi Mesleğinde ve Eğitiminde Karşılaşılan Sorunlar Üzerine Bir Araştırma ” başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına veri toplanması amaçlanmaktadır. Araştırmanın amacına ulaşması özenle vereceğiniz cevaplara bağlıdır. Araştırmaya yapacağınız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Demografik özellikler	
Cinsiyetiniz	() Kadın () Erkek
Yaşınız	() 18 Ve Altı () 19-22 () 23-25 () 25 Ve Üstü
Sınıfınız	() 1 () 2 () 3 () 4

	Lütfen, Sizin uygun olan alanı işaretleyiniz	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Sağlık yönetimi eğitiminin alan dışı akademisyenler tarafından verilmesini bir sorun olarak görüyorum.					
2	Sağlık yönetimi bölümlerinde alan dışı akademisyenlerin fazla olması etkin bir şekilde eğitim verilmesini engellemektedir.					

3	Sağlık yönetimi bölümlerinde sağlık yönetimi doktoralı akademisyenlerin sınırlı sayıda olması eğitimlerde altyapı eksikliğine neden olmaktadır.					
4	Bu bölümü bilinçsiz bir şekilde tercih ettim.					
5	Bu bölümü okuyarak kolay iş bulacağım düşüncesi ile tercih ettim.					
6	Ailemin baskısı ile bu bölümü tercih ettim.					
7	Sağlık yönetimi bölümünde standartlaştırılmış temel bir eğitim müfredatının olduğunu düşünüyorum.					
8	Sağlık yönetimi bölümünde verilen derslerin sağlık yönetimi alanında temel beceri ve kazanımları sağlayacak nitelikte olduğunu düşünüyorum.					
9	Sağlık yönetimi bölümünde mesleki uygulama kapsamında verilen dersler sayesinde eğitim sürecinin daha verimli hale geldiğini düşünüyorum.					
10	Sağlık kuruluşlarının idari kısımlarında sağlık yönetimi mezunlarının yeterince istihdam ettirildiğini düşünüyorum.					

11	Kamuya personel alımlarında sağlık yönetimi bölümü mezunlarına yeterince yer verilmektedir.					
12	Sağlık yönetimi mezunlarının istihdam ettirilmesi için sağlık bakanlığının bu konuda çalışmalar yaptığını düşünüyorum.					
13	Bu bölümün hemen hemen her üniversitede açılmasına izin verilmesinin ileride sorun olacağını düşünüyorum.					
14	Bu bölümün sağlık yönetimi, sağlık idaresi, sağlık kurumları işletmeciliği gibi farklı isimler adı altında açılmasının karışıklığa yol açtığını düşünüyorum.					
15	Bu bölümün sağlık bilimler fakültesi içinde açılması gerektiğini düşünüyorum.					
16	Bu bölümün İİBF içinde açılması gerektiğini düşünüyorum.					
17	Sağlık yönetimi bölümünün açık öğretim fakültelerinde de açılmasının ileride sorun olacağını düşünüyorum.					
18	Sağlık yönetimi mezunlarının istihdamı için sürdürülebilir politikaların geliştirildiğini düşünüyorum.					

19	Bu bölümün gelişmesi için yetkililer tarafından gerekli planlamaların yapıldığını düşünüyorum.					
20	Bu bölümün KPSS ile alımlarda yer alması için yetkililer tarafından verilen sözlerin hayata geçirildiğini düşünüyorum.					
21	Bölümdeki alan dışı akademisyenler, sağlık yöneticiliğini bir meslek olarak sahiplenmektedir.					
22	Bölümdeki sağlık yönetimi doktoralı akademisyenler, sağlık yöneticiliğini bir meslek olarak sahiplenmektedir.					
23	Bölümdeki akademisyenlerin sağlık yönetimi mesleğinin nitelikli meslekler arasında yer alması için çalışmalar yaptığını düşünüyorum.					
24	Sağlık bakanlığının sağlık yöneticiliğini bir meslek olarak sahiplendiğini düşünüyorum.					
25	Sağlık kuruluşlarında sağlık yöneticilerinin çalışması gereken yerlerde farklı bölüm mezunlarının çalıştırıldığını düşünüyorum.					
26	Sağlık bakanlığı dışındaki diğer kamu kurumlarının sağlık yöneticiliğinin meslek olarak sahiplenilmesi için gerekli çalışmaları(kadro tahsisi gibi) yaptığını düşünüyorum.					

27	Sağlık yöneticiliği mesleğinin sahiplenilmesi ve gelişimi için öğrenci kulüplerinin az olduğunu düşünüyorum.					
28	Sağlık yöneticiliği mesleğinin sahiplenilmesi ve gelişimi için sivil toplum kuruluşlarının az olduğunu düşünüyorum.					
29	Sağlık yöneticiliği mesleğinin sahiplenilmesi ve gelişimi için sosyal medya platformlarının az olduğunu düşünüyorum.					
30	Bölümdeki öğrenci kulüpleri sağlık yöneticiliği mesleğinin tanınması ve sahiplenilmesi için gerekli çalışmalar yapmaktadır.					
31	Sağlık yöneticiliği alanındaki dernekler gibi mesleki kuruluşlar, sağlık yöneticiliği mesleğinin tanınması ve sahiplenilmesi için gerekli çalışmalar yapmaktadır.					
32	Sağlık yöneticiliği mesleğinin ilişkili olduğu dış paydaşlar (sağlık sen, tabipler birliği gibi) sağlık yöneticiliği mesleğinin tanınması ve sahiplenilmesi için gerekli çalışmalar yapmaktadır.					

EK.2 Sağlık Yönetimi Bölümü Uzmanlarına Yapılan Görüşme Formu

Sayın Öğretim Üyesi,

Sağlık yönetimi mesleği ve sağlık yönetimi eğitiminde karşılaşılan sorunlar için aşağıda yer alan değişkenlerin birbirine göre etki düzeylerini belirlemeniz istenmektedir. Bu etki düzeyini Tablo1'e göre yapmanız gerekmektedir.

Tablo 1: DEMATEL yönteminde kullanılan puanlama ölçeği

Sayısal Değer	Dilsel İfade
0	Etkisiz
1	Düşük Etki
2	Orta Etki
3	Yüksek Etki
4	Çok Yüksek Etki

Örneğin; K1 kriteri K2 kriterine göre orta etki ise 2 yazılmalıdır. K1 kriteri K3 kriterine göre çok yüksek etkili ise 4 yazılmalıdır. Benzer şekilde K2 kriteri K1 kriterine göre düşük etkili ise 1 yazılmalıdır. K2 kriteri K3 kriterine göre etkisiz ise 0 yazılmalıdır. K3 kriteri K1 kriterine göre etkisiz ise 0 yazılmalıdır. K3 kriteri K2 kriterine göre yüksek etkili ise 3 yazılmalıdır. Buna göre ilgili tablo aşağıdaki gibi oluşturulur.

	K1	K2	K3
K1	0	2	4
K2	1	0	0
K3	0	3	0

	Eğitici kaynaklı	Öğrenci kaynaklı	Eğitim süreci kaynaklı
Eğitici kaynaklı	0		
Öğrenci kaynaklı		0	
Eğitim süreci kaynaklı			0

	İstihdam kaynaklı	Eğitim politikası kaynaklı	Politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı
İstihdam kaynaklı	0		
Eğitim politikası kaynaklı		0	
Politikaların sürdürülebilirliği kaynaklı			0

	Akademisyenlerin sahiplenmemesi	Kamu kurumlarının sahiplenmemesi	Mesleki örgüt yetersizliği	Zayıf lobicilik
Akademisyenlerin sahiplenmemesi	0			
Kamu kurumlarının sahiplenmemesi		0		

Mesleki örgüt yetersizliği			0	
Zayıf lobicilik				0

	Eğitim ile ilgili sorunlar	Politik sorunlar	Mesleğin sahiplenilmemesi
Eğitim ile ilgili sorunlar	0		
Politik sorunlar		0	
Mesleğin sahiplenilmemesi			0

EK.3 Normal Dağılım Testi

			Çarpıklık	Basıklık
EĞİTİM İLE İLGİLİ SORUNLAR	Eğitici kaynaklı	EK1	-,635	-,423
		EK2	-,385	-,677
		EK3	-,658	-,221
	Öğrenci Kaynaklı	ÖK1	,133	-1,201
		ÖK2	,121	-1,203
		ÖK3	,970	-,078
	Eğitim Süreci Kaynaklı	ESK1	-,371	-,354
		ESK2	-,477	-,559
		ESK3	-,642	-,336
POLİTİKA İLE İLGİLİ SORUNLAR	İstihdam Kaynaklı	İK1	,645	-,688
		İK2	1,232	,612
		İK3	,445	-,796
	Eğitim Politikası Kaynaklı	EPK1	-,751	-,516
		EPK2	-,584	-,578
		EPK3	-,385	-1,050
		EPK4	,140	-1,184
		EPK5	-1,005	,084
		PS1	,343	-,793
		PS2	,490	-,539

	Politikaların Sürdürülebilirliği Kaynaklı	PS3	,624	-,455
MESLEĞİN SAHİPLENİLMEMESİ İLE İLGİLİ SORUNLAR	Akademisyenlerin Sahiplenmemesi Kaynaklı	AS1	-,180	-,434
		AS2	-,471	-,471
		AS3	-,052	-,689
	Kamu Kurumlarının Sahiplenmemesi Kaynaklı	KKS1	,199	-,918
		KKS2	-,931	,015
		KKS3	,390	-,724
	Mesleki Örgüt Yetersizliği Kaynaklı	MÖY1	-1,077	1,022
		MÖY2	-,936	,812
		MÖY3	-1,054	1,065
	Zayıf Lobcilik Kaynaklı	ZL1	,092	-,858
		ZL2	,240	-,571
		ZL3	,193	-,527

EK.4. Sağlık Yönetimi Ön Lisans Eğitimi Verilen Üniversiteler

Üniversite Adı	Öğrenim Türü
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Devlet
Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi	Devlet
Akdeniz Üniversitesi	Devlet
Artvin Çoruh Üniversitesi	Devlet
Atatürk Üniversitesi	Devlet
Balıkesir Üniversitesi	Devlet
Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi	Devlet
Batman Üniversitesi	Devlet
Bayburt Üniversitesi	Devlet
Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi	Devlet
Bingöl Üniversitesi	Devlet
Bitlis Eren Üniversitesi	Devlet
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi	Devlet
Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi	Devlet
Dokuz Eylül Üniversitesi	Devlet
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi	Devlet
Fırat Üniversitesi	Devlet
Giresun Üniversitesi	Devlet
Gümüşhane Üniversitesi	Devlet
Hakkâri Üniversitesi	Devlet
Hitit Üniversitesi	Devlet
Iğdır Üniversitesi	Devlet
Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi	Devlet
Kafkas Üniversitesi	Devlet
Karabük Üniversitesi	Devlet
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi	Devlet
Kastamonu Üniversitesi	Devlet
Kayseri Üniversitesi	Devlet
Kırklareli Üniversitesi	Devlet
Kütahya Dumlupınar Üniversitesi	Devlet
Mersin Üniversitesi	Devlet

Muş Alparslan Üniversitesi	Devlet
Nevřehir Hacı Bektaşı Veli Üniversitesi	Devlet
Pamukkale Üniversitesi	Devlet
Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Devlet
Sağlık Bilimleri Üniversitesi(Ankara)	Devlet
Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi	Devlet
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	Devlet
şırnak niversitesi	Devlet
Tarsus Üniversitesi	Devlet
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi	Devlet
Trakya Üniversitesi	Devlet
Uşak Üniversitesi	Devlet
Yalova Üniversitesi	Devlet
Yozgat Bozok Üniversitesi	Devlet
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi	Devlet
İstanbul Beykent Üniversitesi	Vakıf
İstanbul Gelişim Üniversitesi	Vakıf
İstanbul Medipol Üniversitesi	Vakıf
İzmir Kavram Meslek Yüksekokulu	Vakıf
Ufuk Üniversitesi	Vakıf
skdar Üniversitesi	Vakıf
Kıbrıs Amerikan Üniversitesi	Vakıf
Anadolu Üniversitesi	Açık ęretim (Devlet)
Atatürk Üniversitesi	Açık ęretim (Devlet)
İstanbul Üniversitesi	Açık ęretim (Devlet)

Kaynak: Ykseęretim Kurulu (2023)

EK.5. Sağlık Yönetimi Lisans Eğitimi Verilen Üniversiteler

Üniversite Adı	Bağlı Olduğu Fakülte	Öğrenim Türü
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Aksaray Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	Devlet
Ankara Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Ardahan Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Artvin Üniversitesi	İşletme Fakültesi	Devlet
Bandırma Onyedli Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Batman Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Bayburt Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Bingöl Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	Devlet
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	Uygulamalı Bilimleri Fakültesi	Devlet
Çankırı Karatekin Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Dicle Üniversitesi	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	Devlet
Düzce Üniversitesi	İşletme Fakültesi	Devlet
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	Devlet
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Gümüşhane Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet

Hacettepe Üniversitesi	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	Devlet
Hitit Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Iğdır Üniversitesi	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	Devlet
İstanbul Medeniyet Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
İzmir Bakırçay Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	Devlet
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	Devlet
Karadeniz Teknik Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Kayseri Üniversitesi	Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi	Devlet
Kırıkkale Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Kırklareli Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Kilis 7 Aralık Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Marmara Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Munzur Üniversitesi	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	Devlet
Muş Alparslan Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Necmettin Erbakan Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Ondokuz Mayıs Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Ordu Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Sağlık Bilimleri Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Sağlık Bilimleri Üniversitesi(Ankara)	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Sakarya Üniversitesi	İşletme Fakültesi	Devlet
Samsun Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Selçuk Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Sinop Üniversitesi	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	Devlet
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Süleyman Demirel Üniversitesi	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	Devlet
Şırnak Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Tarsus Üniversitesi	Uygulamalı Bilimler Fakültesi	Devlet
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Trakya Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Uşak Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Devlet
Yozgat Bozok Üniversitesi	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	Devlet
Kafkas Üniversitesi	Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu	Devlet
Mersin Üniversitesi	Sağlık Yüksekokulu	Devlet
Atatürk Üniversitesi	Açık ve Uzaktan Öğretim Fakültesi	Devlet

Anadolu Fakóltesi	Açıköğretim Fakóltesi	Devlet
Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakóltesi	Vakıf
Başkent Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakóltesi	Vakıf
Bezm-i Âlem Vakıf Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakóltesi	Vakıf
Demiroğlu Bilim Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakóltesi	Vakıf
İstanbul Arel Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakóltesi	Vakıf
İstanbul Aydın Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakóltesi	Vakıf
İstanbul Beykent Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakóltesi	Vakıf
İstanbul Gelişim Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakóltesi	Vakıf
İstanbul Medipol Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakóltesi	Vakıf
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakóltesi	Vakıf
İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakóltesi	Vakıf
İstinye Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakóltesi	Vakıf
Üsküdar Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakóltesi	Vakıf
Yüksek İhtisas Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakóltesi	Vakıf
Doğu Akdeniz Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakóltesi	Vakıf
Girne Amerika Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakóltesi	Vakıf
Lefke Avrupa Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakóltesi	Vakıf

Kaynak: Yükseköğretim Kurulu (2023)

ÖZGEÇMİŞ

Ad Soyad: Habibe KAYA	
Eğitim Bilgileri	
Lisans	
Üniversite	Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi
Fakülte	İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Bölümü	Sağlık Yönetimi
Yüksek Lisans	
Üniversite	
Enstitü Adı	
Ana Bilim Dalı	
Programı	
Makale ve Bildiriler (Varsa)	
1.	
2.	